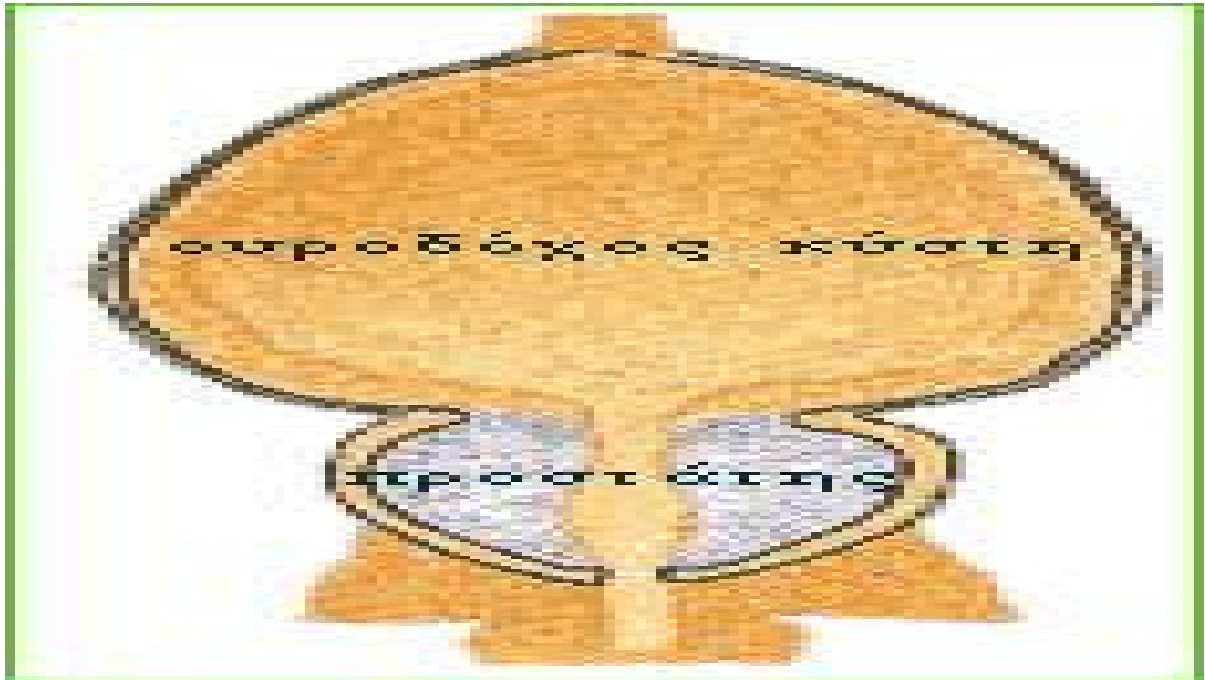


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ :

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ ΚΑΙ
ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ»**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
κ. ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΝΕΖΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	Σελ 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	» 9

ΜΕΡΟΣ Α : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	»13
----------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ.....	» 15
2.2 ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	» 16
2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	» 16
2.4 ΚΛΙΝΙΚΑ Κ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	» 17
2.5 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	» 18
2.6 ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΤΑ GLEASON.....	» 20
2.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	» 21
2.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	» 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	» 27
---------------	------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	» 54
---------------	------

ΜΕΡΟΣ Β' : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	» 59
-------------------	------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	» 59
------------------------	------

6.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	» 60
6.3 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ.....	» 62
6.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	» 64
6.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	» 64
6.6 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	» 65
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</u>	
7.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.....	
	» 68
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</u>	
8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	
	» 76
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9</u>	
9. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	
	» 79
	» 85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	» 86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για πολλούς άνδρες η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη μπορεί να δημιουργεί έντονο φόβο, αφού είναι μια πάθηση που όταν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα γίνεται απειλητική για την ζωή. Ο καρκίνος του προστάτη είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες, και αποτελεί ταυτόχρονα τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Ο προστατικός καρκίνος είναι αναμφισβήτητα μια νόσος που έχει σχέση με την ηλικία. Σπάνια διαγιγνώσκεται πριν από την ηλικία των 50 ετών, και συνήθως απαντάται σε άνδρες ηλικίας 60-80 ετών. Ο βαθμός διαφοροποίησης του προστατικού καρκίνου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση και την θεραπεία του. Υπάρχουν σήμερα πολλά συστήματα, με τα οποία μπορεί να αξιολογηθεί ο βαθμός διαφοροποίησης είναι το σύστημα κατά Gleason score. Για την σταδιοποίηση του προστατικού καρκίνου χρησιμοποιείται κυρίως το σύστημα TNM. Η ύπαρξη συμπτωμάτων εξαρτάται βασικά από το στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια της νόσου δεν υπάρχουν συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διάγνωση του προστατικού καρκίνου γίνεται είτε τυχαία, είτε λόγω μιας ανεύρεσης σκληρού όγκου. Η δακτυλική εξέταση είναι εκείνη που πολλές φορές επιβεβαιώνει τη διάγνωση, με την δακτυλική εξέταση μπορεί να προσδιοριστεί και η έκταση της νεοπλασίας.

Το PSA θεωρείται ως καρκινικός δείκτης. Είναι μια γλυκοπρωτεΐνη παράγεται από το επιθήλιο του προστάτη και οι φυσιολογικές τιμές του είναι <4ng/ml.

Η θεραπεία της νόσου μπορεί να περιλαμβάνει ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, ακτινοβολία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, μέχρι και απλή παρακολούθηση. Τα ποία από όλες αυτές τις εναλλακτικές λύσεις θα επιλέξουμε εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, από την ηλικία, από την φυσική κατάσταση και από τις προτιμήσεις του ιδίου του ασθενούς.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος του ουροποιογεννητικού συστήματος. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου ουροδόχου κύστης ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι περίπου 3:1 αντίστοιχα. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι οι επαγγελματικοί, το κάπνισμα, καφές, φαρμακευτικές ουσίες κλπ. Και στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης υπάρχει βαθμός διαφοροποίησης. Ο βαθμός διαφοροποίησης σχετίζεται με το στάδιο διήθησης. Έχουμε :1) Όγκοι καλώς διαφοροποιημένοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας I (grade I) 2) Όγκοι μέτρια διαφοροποιημένοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας II (Grade II) 3) Όγκοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας III(grade III). Η σταδιοποίηση εφαρμόζεται με το σύστημα Marchall, και με το σύστημα TNM. Η αιματουρία αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Οι εξετάσεις που ακολουθούνται για την διάγνωση του καρκίνου είναι η κλινική εξέταση, υπερηχογράφημα κύστης, ενδοφλέβια ουρογραφία, κυστεοσκόπηση και λήψη βιοψιών.

Η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής είτε αναφέρεται στη διουρηθρική εξαίρεση επιφανειακών όγκων, είτε στην ριζική εξαίρεση της κύστης επί διηθητικού καρκίνου. Τόσο η ακτινοθεραπεία όσο και η χημειοθεραπεία, εκτός του ότι είναι η μόνη λύση σε ορισμένες περιπτώσεις, διευρύνουν τα όρια της χειρουργικής αντιμετώπισης με τα διάφορα σχήματα που προτείνονται.

Σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του προστάτη και στον καρκίνο ουροδόχου κύστης όσο αφορά την αντιμετώπιση παίζουν και οι ογκολογικοί νοσηλευτές καθώς και οι ειδικοί νοσηλευτές διάφορων ειδικοτήτων. Ο νοσηλευτής /τρια με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες εμπίπτουν στις δικές τους αρμοδιότητες και μεταφέρουν στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες. Ο νοσηλευτής /τρια είναι εκείνος που αντιμετωπίζει το άτομο σαν άτομο, όχι σαν ειδικότητα. Έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές ανθρώπινες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν.

Αυτό επιτυγχάνεται με την συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν μέλη της ομάδας. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής/τρια στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και στην ανακουφιστική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου.

Θέλω να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Φιδάνη Αικατερίνη, η οποία δέχτηκε να αναλάβει την εργασία μου, με μεγάλη χαρά, τον άντρα μου, που μου έδινε δύναμη όλους αυτούς τους μήνες, και τους αγαπητούς μου γονείς που στις δύσκολες αυτές εποχές, με βοήθησαν να τελειώσω την σχολή μου.

Σε μια κοινωνία που έχει κηρύξει « πόλεμο στον καρκίνο», ο ασθενής είναι το θύμα, ο όμηρος μιας νόσου που έχει εισβάλει στο σώμα του. Το σώμα του γίνεται το πεδίο μάχης, πάνω στο οποίο διεξάγεται ο πόλεμος.

Αφιερωμένο σε μια ψυχούλα που εδώ και δύο χρόνια έχει φύγει από κοντά μας, από «καρκίνο». Όπου κ αν είσαι να ξέρεις ότι σ' αγαπάμε!!!

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι επηρεάζονται από τον καρκίνο άμεσα ή έμμεσα. Όλοι έχουν ακούσει, έχουν διαβάσει ή έχουν δει εικόνες που τον αναπαριστούν αφού ο καρκίνος περιγράφεται συχνά στις εφημερίδες, περισσότερο σαν πόλεμος, βία, εχθρός ή θάνατος, παρά σαν φροντίδα ή θεραπεία.

Σκεπτόμενη τα παραπάνω το θέμα που διάλεξα να ασχοληθώ είναι « Νοσηλευτική Αντιμετώπιση σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη και καρκίνο ουροδόχου κύστης».

Πριν αρχίσουμε την ανάλυση θα πρέπει να κατανοήσουμε τρεις ορισμούς 1. Τι είναι νοσηλευτική; 2. Τι είναι καρκίνος και 3. Ποια η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και ασθενή στην σύγχρονη Νοσηλευτική Ογκολογία. Ας ξεκινήσουμε πρώτα από το τι είναι νοσηλευτική;

Η νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα, είναι ένα από τα κυριότερα έργα, που ασχολούνται με την φροντίδα του αρρώστου. Ένας πρόσφατος ορισμός του Βασιλικού Κολεγίου της Μεγάλης Βρετανίας ορίζει τη Νοσηλευτική ως η χρήση κλινικής κρίσης για την παροχή φροντίδας που καθιστά τα άτομα ικανά να βελτιώνουν, διατηρούν, ή να αποκαθιστούν την υγεία, να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας και να επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή ποιότητα ζωής ανεξαρτήτως της ασθένειας ή ανικανότητας μέχρι το θάνατο.

Οι νοσηλευτικοί στόχοι συνοψίζονται στην :

- Προαγωγή-Διατήρηση της υγείας.
- Στην ολιστική φροντίδα ασθενών
- Την αποκατάσταση των αρρώστων
- Την κινητοποίηση της ανεξαρτησίας των ατόμων
- Την κάλυψη των αναγκών ατόμων-οικογένειας
- Και την βελτίωση-διατήρηση της ευεξίας και της ποιότητας ζωής.

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στο τι είναι καρκίνος και ποια η επίδραση του στους επαγγελματίες υγείας;

*Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού: **α)** Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ στην καταστροφή των ηπατικών κύτταρων (αφαίρεση ήπατος) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά **β)** Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).*

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μία μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά.

«Σχεδόν όλοι οι ιστοί του ανθρώπινου σώματος μπορούν να αναπτύξουν κακοήγη νεοπλασμάτα και ορισμένοι μάλιστα περισσότερους από ένα τύπο. Κάθε μορφή καρκίνου έχει μοναδικά χαρακτηριστικά. Τα φυσιολογικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται μόνο όταν τα γειτονικά τους κύτταρα τα ειδοποιήσουν ότι πρέπει να το κάνουν. Η συνεργασία αυτή, διατηρεί το κατάλληλο μέγεθος και την αρχιτεκτονική κάθε ιστού, ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος. Σε αντίθεση, τα καρκινικά κύτταρα παραβιάζουν αυτό το σχήμα και κωφεύοντας στα συνήθη ερεθίσματα για τον ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό ακολουθούν δικούς τους ρυθμούς αναπαραγωγής. Επιπλέον αποκτούν μια περισσότερη ύπουλη ιδιότητα, την ικανότητα της μετανάστευσης από το σημείο προέλευσης τους, διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς και δημιουργώντας μάζες σε απομακρυσμένα σημεία του

σώματος. Με την πάροδο του χρόνου, οι αποτελούμενοι από τέτοια κακοήθη κύτταρα όγκοι γίνονται περισσότερο επιθετικοί και τα κύτταρα καθίστανται φονικά, διαρρηγνύοντας τους ιστούς και τα όργανα που είναι απαραίτητα για την επιβίωση του σώματος ως ολότητα.»

Στην σύγχρονη Νοσηλευτική Ογκολογία, η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή θεωρείται κεντρικής σημαντικότητας στις επικεντρωμένες στο συναίσθημα παρεμβάσεις και τη συνολική παροχή ποιοτικής φροντίδας. Αυτό δεν συνέβαινε ανέκαθεν και γενικά είναι αποδεκτό ότι μέχρι πρόσφατα η δυναμική της σχέσης νοσηλευτή – ασθενή δεν ήταν αναγνωρισμένη. Η ιατρική διάγνωση και θεραπεία επικρατούσε στην ογκολογική νοσηλευτική ιδεολογία και το φυσικό σώμα του ατόμου αντιπροσώπευε το κύριο επίκεντρο της νοσηλευτικής εργασίας.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν λάβει ιδιαίτερης προσοχής από τους νοσηλευτές ως τμήμα της αποτελεσματικής ογκολογικής νοσηλευτικής και αναφέρονται στην εναλλακτική άποψη σχετικά με την γνώση του ασθενή που γνωρίζει το νοσηλευτή ως άτομο και συνεργάζεται μαζί του.

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνοντας θεραπευτικά δημιουργεί ένα συναισθηματικό κλίμα, που θα καταστήσει το άτομο ικανό να διερευνήσει προοδευτικά τις σκέψεις και τα συναισθήματα του για την ασθένεια του καρκίνου, να επανεξετάσει προβλήματα και δυσκολίες και να αποκτήσει την αίσθηση της αυτό-κυριαρχίας.

Ο καρκίνος στην κυριολεξία βρίσκεται παντού γύρω μας, τόσο εξαιτίας του πληθυσμού των πασχόντων, όσο και εκείνων που θα τον αναπτύξουν. Επομένως ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών ογκολογικής νοσηλευτικής είναι « **Να αυξήσουμε την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει με τον καρκίνο**»

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης έχει σχήμα και μέγεθος καστανού, βάρος άνω των 20 gr σε ενήλικες άρρενες, και περιβάλλει την προστατική μοίρα της ουρήθρας.

Συνίσταται από ινομύδες στρώμα και από σωληνοκυψελοειδείς αδένες . Το στρώμα αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες.

Το πλείστον της εξωτερικής επιφάνειας του προστάτου καλύπτεται από ινολειομυωματώδη ιστό, ο οποίος ενώ δεν συνιστά καλά καθορισμένη ανατομική δομή, αναφέρεται ως προστατική κάψα.

Το αδενικό στοιχείο του προστάτου απαρτίζεται από 30-50 διακλαδούμενους σωληνοκυψελοειδείς αδένες, που εκβάλλουν στην προστατική μοίρα της ουρήθρας.

Το προστατικό επιθήλιο (κυψελίδων και πόρων) περιλαμβάνει κύτταρα

A) κυλινδρικά εκκριτικά, B) βασικά, και Γ) νευροενδοκρινή.

- Τα κυλινδρικά είναι ανδρογονοεξαρτώμενα εκκριτικά κύτταρα με απαλού χρώματος έως διαυγές πρωτόπλασμα, και διατάσσονται προς τον αυλό των πόρων/κυψελίδων.
- Τα βασικά κύτταρα σχηματίζουν λεπτή συνεχή στοιβάδα μεταξύ των εκκριτικών κυττάρων και της βασικής μεμβράνης των αδενίων.
- Τα νευροενδοκρινή κύτταρα εντοπίζονται διασπάρτως μεταξύ των βασικών κυττάρων και αναδεικνύονται ανοσοϊστοχημικώς.

Οι μείζονες προστατικοί πόροι επενδύονται από ουροθήλιο, όμοιο με της προστατικής ουρήθρας.

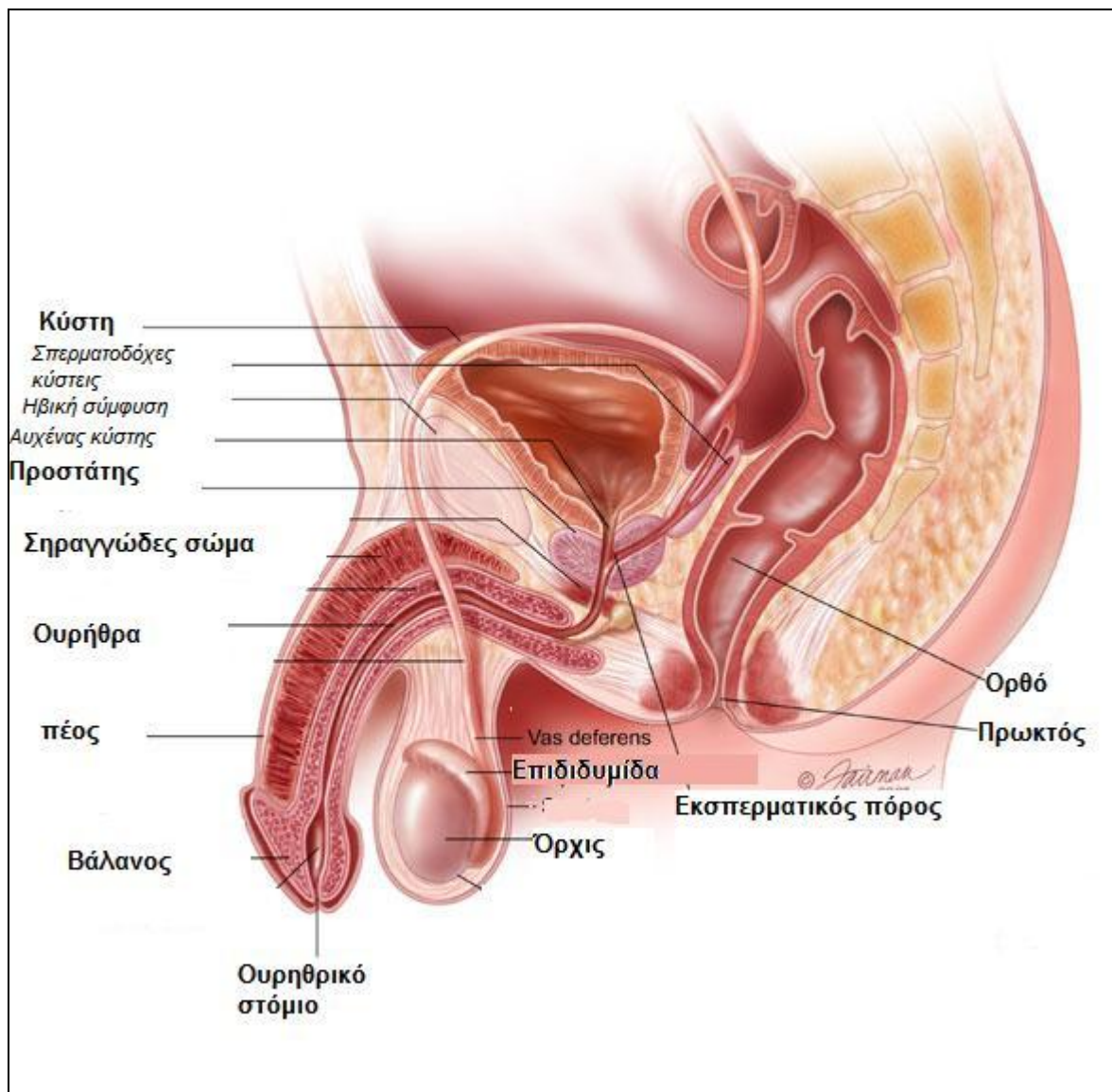
Η παραδοσιακή διαίρεση του προστάτου σε λοβούς έχει σήμερα αντικατασταθεί από την αδρή διάκριση δύο ιστολογικά και βιολογικά διαφορετικών περιοχών του οργάνου: α) έσω (περιουρηθρική) και β) την έξω (φλοιώδη), ούτως ώστε να

υπάρχει καλύτερη συσχέτιση με τις διάφορες φυσιολογικές και παθολογικές αλλαγές.

Συνήθως χρησιμοποιείται η πιο αναλυτική διαίρεση του προστάτου σε 4 ζώνες με ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά :

- I. Περιφερική ζώνη
- II. Μεταβατική ζώνη
- III. Κεντρική ζώνη
- IV. Πρόσθια ινολειομυωματώδης ζώνη ¹.

ΕΙΚΟΝΑ 1 Ανατομία των γεννητικών οργάνων του άντρα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Φυσιολογικά στον προστάτη, όπως και στο υπόλοιπο σώμα, υπάρχει μια συνεχής ανακύκλωση των νεκρών κυττάρων, κατά την οποία τα καινούρια αναπληρώνουν τα γερασμένα. Στην περίπτωση του καρκίνου η ισορροπία μεταξύ των καινούριων και των παλαιών κυττάρων παύει να υφίσταται, με πολλά καινούρια να παράγονται και παλαιά να ζουν περισσότερο, καθώς η διαδικασία θανάτου των κυττάρων έχει διαταραχθεί.

Η δημιουργία κακοηθών κυττάρων είναι γνωστή ως «Καρκίνος του προστάτη». Διαφέρουν από την ήπια μορφή υπερτροφίας, στο ότι τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος (δημιουργία μεταστάσεων)².

Ο καρκίνος του προστάτου ΚΠ είναι η συχνότερη νεοπλασία και η δεύτερη αιτία θανάτου από κακοήθεις νόσους στους άρρενες. Η αύξηση της συχνότητας του αντιπροσωπεύει κυρίως αύξηση του ποσοστού ασθενών με εντοπισμένη νόσο που επιδέχονται ίαση. Επομένως είναι προφανής η αξία προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου (ΠΠΕ) σε άνδρες ηλικίας >45/50 ετών.

Το 50-67% των ανδρών, που επισκέπτονται τον ουρολόγο με κλινικά εμφανές καρκίνωμα, έχουν μεταστατική νόσο. Το 30% των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο εμφανίζουν υποτροπή μετά ριζική προστατεκτομή (ΡΠ), λόγω υποκλινικών μικρομεταστάσεων, αφανών στις συνήθεις απεικονιστικές μεθόδους. Το 70-80% των ασθενών, στους οποίους εφαρμόζεται πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός, εμφανίζει συμπτωματική βελτίωση¹.

2.2 ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1. Λανθάνων καρκίνος (*latent carcinoma*).** Είναι ο καρκίνος που ανακαλύπτεται από τον παθολογοανατόμο σε νεκροτομική μελέτη, σε ασθενή που δεν είχε συμπτώματα από τον προστάτη κατά την διάρκεια της ζωής του.
- 2. Τυχαίος καρκίνος (*incidental carcinoma*).** Στο 6-20% των περιπτώσεων όπου γίνεται προστατεκτομή για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερτροφίας, ανευρίσκεται τυχαία στην παθολογοανατομική εξέταση καρκίνος.
- 3. Κρυφός καρκίνος (*occult carcinoma*).** Σε αυτήν την κατηγορία ανήκει ο καρκίνος εκείνος, που προκαλεί μεταστάσεις στα οστά ή στους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει την αύξηση της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου στο αίμα, (PSA) χωρίς όμως ο ασθενής να έχει την υποψία ότι πάσχει από την νόσο αυτή, μια και δεν έχει συμπτώματα από τον προστάτη του, ή δεν έχει δώσει σημασία σ'αυτά.
- 4. Κλινικός καρκίνος (*clinical carcinoma*).** Είναι ο καρκίνος εκείνος ο οποίος ανακαλύπτεται από τον ουρολόγο, συνήθως με την δακτυλική εξέταση, σε ασθενείς που προσέρχονται αιτιώμενοι κάποιο σύμπτωμα από τον προστάτη³.

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ηλικία και Φυλή: Σειρές από νεκροτομικό υλικό δείχνουν ότι περίπου ένα ποσοστό 60% των ανδρών θα αναπτύξει καρκίνο προστάτου με την πάροδο της ηλικίας. Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου φαίνεται ότι είναι η ηλικία κυρίως στην μαύρη φυλή.

Οικογενειακό Ιστορικό: Οι άνδρες που έχουν ένα συγγενή Α΄ βαθμού με καρκίνο προστάτου έχουν περίπου δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο προστάτου κατά την διάρκεια της ζωής τους, ενώ ο κίνδυνος γίνεται 9 φορές μεγαλύτερος σ΄ αυτούς που έχουν δύο συγγενείς Α΄ βαθμού με καρκίνο προστάτου.

Σεξουαλική δραστηριότητα/σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα:
Δεν έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής δραστηριότητας ή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της επίπτωσης του καρκίνου προστάτου.

Κληρονομικότητα: Ο κατ΄ εξοχήν κληρονομικός καρκίνος προστάτου εμφανίζεται σε μικρό αριθμό ανδρών ηλικίας < των 55 ετών⁴.

2.4 ΚΛΙΝΙΚΑ Κ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινικά ευρήματα

Η συντριπτική πλειοψηφία των προστατικών καρκίνων σε πρώιμα στάδια (ενδοπροστατική βλάβη) δεν προκαλεί καθόλου συμπτώματα, η διάγνωσή τους δε είναι τυχαία, μετά από έλεγχο του ειδικού προστατικού αντιγόνου (P.S.A.) ή από δακτυλική εξέταση. Μερικοί προστατικοί καρκίνοι δίνουν άτυπα συμπτώματα προστατικής συνδρομής (συχνουρία, νυκτουρία, δυσουρία). Συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου του προστάτη περιλαμβάνουν την αιματουρία, τα οστικά άλγη σε διάφορα μέρη του σώματος, άλγη στο υπογάστριο ή στο περίνεο κλπ.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει κυρίως την δακτυλική εξέταση με την οποία ανακαλύπτονται ύποπτες περιοχές (σκληρά ανώδυνα οζίδια, ασαφείς περιοχές). Η δακτυλική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνεται στον ετήσιο γενικό έλεγχο όλων των ανδρών ηλικίας 50 ετών και άνω.

Εργαστηριακά - Ευρήματα - Διάγνωση

Ο εργαστηριακός έλεγχος του καρκίνου του προστάτη περιλαμβάνει αρχικά τον προσδιορισμό της τιμής του ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (P.S.A.), μιας γλυκοπρωτεΐνης που παράγεται κυρίως από τα κύτταρα των αδένων και πόρων του προστάτη και ανευρίσκεται στον ορό του αίματος. Η οριστική διάγνωση του προστατικού καρκίνου τίθεται μετά από ιστολογική επιβεβαίωση, από τον παθολογοανατόμο, υλικού βιοψίας προστάτου ή προστάτη αδένου που αφαιρέθηκε χειρουργικά λόγω καλοήθους υπερπλασίας. Οι βιοψίες προστάτου γίνονται σήμερα με την χρήση Διορθικού υπερηχογραφήματος και καθοδηγούμενης λεπτής βελόνης. Στην περίπτωση που η τιμή του P.S.A. ή η Δακτυλική εξέταση θέσουν την υποψία προστατικού καρκίνου, το Διορθικό Υπερηχογράφημα είναι πολύ χρήσιμο γιατί καθοδηγεί την βελόνη της βιοψίας ακριβώς στην επιθυμητή θέση του προστατικού αδένου, ακόμη και σε ύποπτες περιοχές που είναι πολύ μικρές ή βρίσκονται σε τέτοιες θέσεις που δεν εντοπίζονται από την Δακτυλική εξέταση⁵.

2.5 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Υπάρχει ένας αριθμός επιλογών για την αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη, που εξαρτάται από τον βαθμό επέκτασης της νόσου ο οποίος διαφορετικά ονομάζεται στάδιο. Η πιο γνωστή ταξινόμηση η οποία χρησιμοποιείται για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη είναι το σύστημα TNM.

Σύστημα TNM

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 1.</u>
(T) Τοπική νόσος
<u>T_x</u> Δεν μπορεί να γίνει εκτίμηση του προστάτη.
T0 Δεν υπάρχει όγκος
T1 Όγκος που δεν ψηλαφάτε με την δακτυλική εξέταση και δεν φαίνεται με τους υπερήχους.
T1α. Τυχαία ανακάλυψη του όγκου , καταλαμβάνουσα <5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.
T1β. Τυχαία ανακάλυψη του όγκου , καταλαμβάνουσα >5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.
T1γ. Διάγνωση έγινε μετά από βιοψία με βελόνα, λόγω υψηλής τιμής του PSA.
T2. Ο όγκος περιορίζεται μέσα στον προστάτη
T2α. Ο όγκος καταλαμβάνει το μισό η λιγότερο από τον ένα λοβό
T2β. Ο όγκος καταλαμβάνει πάνω από τον μισό λοβό , αλλά όχι και τους δύο.
T2γ. Ο όγκος καταλαμβάνει και τους δυο λοβούς.
T3. Ο όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα του προστάτη
T3α. Ο όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα από την μια πλευρά
T3β. Αμφοτερόπλευρη επέκταση έξω από την κάψα
T3γ. Ο όγκος διηθεί τις σπερματοδόχους κύστες
T4. Ο όγκος διηθεί και άλλα πλην των σπερματοδόχων κυστών παρακείμενα όργανα.
T4α. Ο όγκος διηθεί τον αυχένα της κύστης ή τον έξω σφιγκτήρα
T4β. Ο όγκος διηθεί του μυς ή είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα
<u>(N) Περιοχικοί λεμφαδένες.</u>
NX Περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

N0 Δεν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1 Μετάσταση σε ένα περιοχικό λεμφαδένα < 2 cm
N2 Μετάσταση σε ένα περιοχικό λεμφαδένα > 2 cm αλλά < 5 cm
N3 Μετάσταση σε ένα περιοχικό λεμφαδένα > 5 cm
(M) Απομακρυσμένες μεταστάσεις.
MX Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν μπορούν να αξιολογηθούν
M0 Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1 Απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1α. Σε μη περιοχικούς λεμφαδένες
M1β. Στα οστά
M1γ. Σε άλλα όργανα (ήπαρ, πνεύμονες).

2.6 ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΤΑ GLEASON

Βάσει της έκτασης της αδενικής διαφοροποίησης και του αρχιτεκτονικού προτύπου ανάπτυξης του νεοπλάσματος στο στρώμα Κ.Π κατατάσσονται σε 5 ιστολογικούς βαθμούς αδενικής διαφοροποίησης (Gleason Grades-GG): 1,2,3(A, B, C), 4 (A, B) και 5 (A,B)

Η παρατήρηση ότι τα Κ.Π δυνατόν να εμφανίζουν περισσότερα του ενός GG και η βιολογική συμπεριφορά τους σχετίζεται με το χειρότερο, οδήγησε στην δημιουργία της βαθμολόγησης κατά Gleason (Gleason score-GS), που είναι το άθροισμα του πρωτεύοντος (επικρατέστερου) και του δευτερεύοντος (του υψηλότερου) GG, και έχει τιμές από 2 έως 10.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.
Καρκίνωμα με
<ul style="list-style-type: none"> • GS 2-4 χαρακτηρίζονται ως υψηλής διαφοροποίησης και σπανίως είναι επιθετικά, με
<ul style="list-style-type: none"> • GS 5 ή 6 ως μέσης διαφοροποίησης και ενίοτε έχουν επιθετική συμπεριφορά, ενώ με
<ul style="list-style-type: none"> • GS 8-10 χαρακτηρίζονται ως χαμηλής διαφοροποίησης και κατά κανόνα είναι πολύ επιθετικά.
<ul style="list-style-type: none"> • Τα καρκινώματα με GS 7 έχουν βιολογική συμπεριφορά μεταξύ GS 5 / 6 και GS 8-10³.

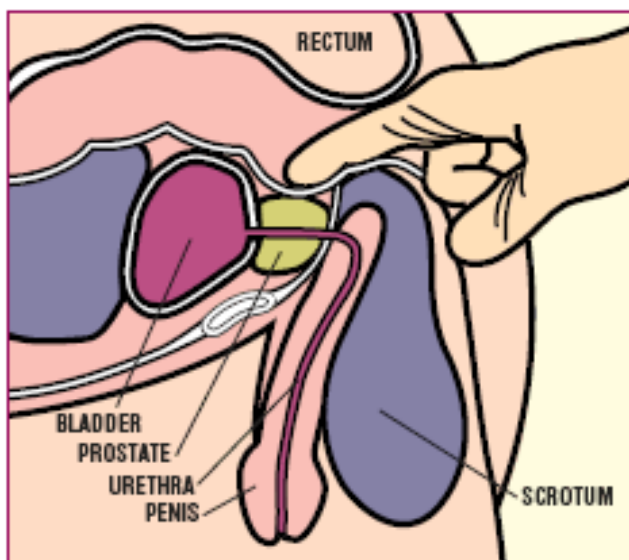
2.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η σταδιοποίηση είναι μια διαδικασία συλλογής πληροφοριών που αφορούν τον προστατικό καρκίνο, προκειμένου να εκτιμηθεί η επέκτασή του, αν δηλαδή βρίσκεται εντός της προστατικής κάψας, αν διηθεί παρακείμενους ιστούς ή ακόμη απομακρυσμένα όργανα.

1. Προσδιορισμός της τοπικής επέκτασης της νόσου.

A) Δακτυλική εξέταση

EIKONA 2: Δακτυλική εξέταση



Η ψηλάφηση του προστάτη είναι ασφαλώς ακόμα ένας αξιόπιστος τρόπος διάγνωσης παθολογικών καταστάσεως του αδένου. Σκληρία του προστάτη, ανωμαλίες στην επιφάνεια του και τη δομή του είναι ενδείξεις για περαιτέρω έλεγχο προκειμένου να διαπιστωθεί και να διευκρινιστεί εάν πρόκειται για μια απλή υπερτροφία ή για καρκίνο. Μόνο στο 1-7% των καρκίνων του προστάτη θα γίνει ανίχνευση με την ψηλάφηση και τότε θα πρόκειται σχεδόν πάντα για καρκίνους σε προχωρημένο στάδιο.(T3 ή μεγαλύτερο)⁵.

B) Διορθικό υπερηχογράφημα

Αποτελεί την καλύτερη και οικονομικότερη μέθοδο για την σταδιοποίηση του προστατικού καρκίνου. Το χαρακτηριστικό εύρημα με τον υπέρηχο , είναι μια υποηχογενής εστία , η οποία συνήθως ανιχνεύεται στην περιφερική ζώνη του προστάτη³.

Γ) Ειδικό προστατικό αντιγόνο (P.S.A.)

Το PSA (Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο) είναι μια πρωτεΐνη που εκκρίνεται από

τον προστάτη αδένα. Η μεγαλύτερη ποσότητα διοχετεύεται στο σπερματικό υγρό ενώ μικρότερες ποσότητες εισέρχονται στο αίμα. Η μέτρηση του PSA μπορεί να γίνει με μια απλή εξέταση αίματος και πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο μετά την ηλικία των 45 ετών. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται:

- Για να ανιχνεύσουμε έγκαιρα τον καρκίνο σε περιπτώσεις με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου π.χ. με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη.
- Κατά τη διάρκεια της διερεύνησης ανδρών με συμπτώματα προστατισμού όπως δυσκολία στην ούρηση, νυκτουρία, συχνουρία και διακεκομμένη ούρηση.
- Για να παρακολουθήσουμε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο προστάτη, εάν δηλαδή η νόσος παραμένει στάσιμη και υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι τιμές του PSA είναι συνήθως υψηλές όταν υπάρχει καρκίνος του προστάτη. Υπάρχουν ωστόσο και άλλες παθήσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα υψηλό PSA.

- Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (BPH). Είναι μια συνηθισμένη πάθηση των ανδρών που η συχνότητά της αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η υπερπλασία του αδένα συντελεί σε μεγαλύτερη παραγωγή του PSA με συνέπεια να ανευρίσκονται υψηλότερες τιμές της πρωτεΐνης αυτής στο αίμα.

- Φλεγμονές του προστάτη όπως οξεία ή χρόνια προστατίτιδα.

- Μετά από χειρουργεία όπως διουρηθρική προστατεκτομή, βιοψία του προστάτη, τοποθέτηση καθετήρα κύστης, μάλαξη του προστάτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Τιμή PSA ng/ml

0,5-4 ng/ml

φυσιολογικές τιμές

4-10 ng/ml

20% πιθανότητα να υπάρχει προστατικός καρκίνος

> 10 ng/ml

50% πιθανότητα να υπάρχει προστατικός καρκίνος

Αύξηση της αρχικής τιμής κατά 20% ανά έτος : πρέπει να γίνει βιοψία

Ανώτατα όρια του PSA σύμφωνα με την ηλικία.

<u>Πίνακας 4</u>	Ανώτερο όριο PSA
Ηλικία 40-49	2,5 ng/ml
Ηλικία 50-59	3.5 ng/ml
Ηλικία 60-69	4.5 ng/ml
Ηλικία 70-79	6.5 ng/ml

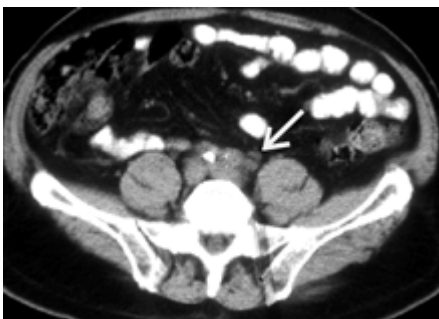


ΕΙΚΟΝΑ 3. Συσκευή PSA

Επομένως η ανεύρεση υψηλών τιμών PSA δε σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει καρκίνος του προστάτη, μπορεί δηλαδή ο άνδρας να πάσχει από κάποια άλλη καλοήθη πάθηση του ουροποιητικού συστήματος. Ο ουρολόγος χρησιμοποιεί την τιμή του PSA σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις Complex PSA, δακτυλική εξέταση κ.τ.λ. Τα αποτελέσματα όλων αυτών θα κριθούν εάν πρέπει να γίνει διορθικό υπερηχογράφημα και κατευθυνόμενη βιοψία προστάτη. Ο καρκίνος του προστάτη δεν προκαλεί πάντα αύξηση των τιμών του PSA, αυτό όμως συμβαίνει σπανιότερα. Εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη έχετε μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσετε τη νόσο⁶.

2. Προσδιορισμός των λεμφαδενικών μεταστάσεων

Αξονική τομογραφία



ΕΙΚΟΝΑ 4: Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία είναι εξέταση ρουτίνας, για να προσδιορίσουμε την υπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων . Είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία πριν από την οποία δίδεται στον ασθενή ενδοφλεβίως ένα ειδικό φάρμακο για την καλύτερη απεικόνιση των εσωτερικών οργάνων.

2. Προσδιορισμός των απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Σπινθηρογράφημα Οστών



EΙΚΟΝΑ 5: Σπινθηρογράφημα Οστών

Αφού γίνει η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, εάν υπάρχει υποψία εξάπλωσης, μια εξέταση οστών είναι απαραίτητη για να εξακριβωθεί εάν ο όγκος έχει προχωρήσει στα κόκαλα. Για την ανώδυνη αυτή εξέταση, μια μικρή ποσότητα από ραδιενεργό ουσία θα δοθεί ενδοφλεβίως. Αυτή η ουσία εξαπλώνεται στο σώμα και συγκεντρώνεται ιδιαίτερα εκεί όπου υπάρχουν καρκινικά κύτταρα. Μετά από λίγες ώρες, ο ασθενής εξετάζεται από ειδικό μηχάνημα, το οποίο εντοπίζει τα σημεία έντονης πρόσληψης του ραδιοφαρμακού, εάν υπάρχουν².

Επιπλοκές

- 1) Παθολογικά κατάγματα από οστικές μεταστάσεις
- 2) Επίσχεση ουρών. Σε προχωρημένο στάδιο από διήθηση της προστατικής μοίρας της ουρήθρας ή από αιματηρά πύγματα λόγω έντονης προστατικής αιμορραγίας.
- 3) Λεμφοίδημα των κάτω ακρών: από μεταστάσεις σε λεμφαδένες.
- 4) Ουρολοιμώξεις: Κυρίως λόγω της επίσχεσης ουρών και της ανοσοκαταστολής σε πιο προχωρημένο στάδιο.

2.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του προστατικού αδενοκαρκινώματος εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Ασθενείς με εντοπισμένη νόσο που υποβάλλεται με επιτυχία σε ριζική προστατεκτομή έχουν σχεδόν την ίδια επιβίωση με τους άνδρες που δεν έχουν προσβληθεί από την νόσο αυτή. Ο βαθμός διαφοροποίησης του νεοπλασματος Gleason είναι επίσης ενδεικτικός για την εξέλιξη της νόσου και λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στις αποφάσεις που παίρνονται για την επιλογή της θεραπείας.

Σε άτομα με μεταστατική νόσο, μεγάλη προγνωστική αξία έχει η γενική κατάσταση του αρρώστου, η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης, τα επίπεδα του PSA, ο ρυθμός πτώσης του PSA μετά την έναρξη της ορμονοθεραπείας και ο αριθμός οστικών μεταστάσεων³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ

Η πορεία για την θεραπεία και την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι συνήθως χρονοβόρα και δύσκολη και περιλαμβάνει διαφορετικά στάδια και θεραπείες διάρκειας αρκετών μηνών ή και ετών. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα ώστε η φροντίδα τους να επιβλέπεται από ειδικούς υπεύθυνους κατάλληλα καταρτισμένους νοσηλευτές³. Οι ειδικοί νοσηλευτές είναι αυτή που έχουν αποκτήσει υψηλότερους και προηγμένους τίτλους σπουδών σε σχέση με την φροντίδα ασθενών με καρκίνο και κατέχουν σε βάθος ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Ο ρόλος του ογκολογικού νοσηλευτή είναι βασικός και δεν περιορίζεται μόνο στη συμμετοχή στην ομάδα λήψης αποφάσεων για την θεραπεία αλλά και στην ανάληψη ευθυνών για τη χορήγηση και τον έλεγχο των

επιδράσεων της θεραπείας. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές κατέχουν κεντρικό ρόλο στον καθορισμό του απαιτούμενου επιπέδου φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών και στην διαμόρφωση των στρατηγικών φροντίδας που απαιτούνται για την παροχή τους. Οι στρατηγικές αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της θεραπείας του καρκίνου και επειδή σχετίζονται με τα συναισθήματα, πρακτικά και λειτουργικά προβλήματα, είναι δυσκολότερο να αναγνωριστούν οι καταλληλότερες απαιτούμενες ανταποκρίσεις ή ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να τροποποιούνται ανάλογα με τις αλλαγές που υφίσταται ο ασθενής κατά την διάρκεια της θεραπείας⁷.

3.1 Νόσος που εντοπίζεται μέσα στον προστάτη αδένα

3.1.1) Απλή παρακολούθηση

Σε αρκετές περιπτώσεις επιλέγουμε σήμερα την απλή παρακολούθηση επειδή γνωρίζουμε ότι πολλά από αυτά τα νεοπλάσματα έχουν βραδεία εξέλιξη.

3.1.2) Χειρουργική θεραπεία.

Η χειρουργική θεραπεία η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μια από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με όγκους. Οι νοσηλευτές της ειδικότητας αυτής είναι σε ιδεώδη θέση να βοηθήσουν το άτομο στην προσπάθεια του να βρει κάποιο νόημα και κάποια λογική συνέχεια της κατάστασης του. Η παροχή πληροφοριών είναι μια σημαντική στρατηγική βοήθειας του ατόμου να συμμετέχει στην διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην προ-εγχειρητική φροντίδα και αποτελεί θεμελιώδους σημασίας νοσηλευτική παρέμβαση. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι, καθώς υποστηρίζουν τον ασθενή στην διαδικασία της λήψης απόφασης και της προεγχειρητικής φροντίδας, ο ασθενής μπορεί να λάβει αποφάσεις με τις οποίες εκείνοι δεν συμφωνούν και όσο κι αν αυτό είναι δύσκολο για τους ίδιους νοσηλευτές, ο ασθενής έχει την ανάγκη να αισθάνεται

ότι θα έχει την υποστήριξη τους ανεξάρτητα από την απόφαση του, να επιλέξει να υποβληθεί στην χειρουργική επέμβαση είτε το αντίθετο.

Ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις.

1) Ριζική προστατεκτομή.

Ριζική προστατεκτομή ονομάζεται η χειρουργική επέμβαση που αποσκοπεί στην πλήρη αφαίρεση του προστάτη αδένου καθώς και συνοδευτικών ανατομικών στοιχείων όπως οι σπερματοδόχοι κύστες, λεμφαδένες και περιπροστατικό λίπος. Η χειρουργική αυτή επέμβαση είναι η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους. Έχει ως στόχο την πλήρη εκρίζωση καρκίνου που εντοπίζεται μέσα στον προστάτη και δεν εκτείνεται πέρα από τα όρια του, δηλαδή νόσο αρχικών σταδίων (I και II) και διενεργείται είτε με ανοικτή χειρουργική επέμβαση ή με λαπαροσκοπική προσπέλαση μέσω μικρών κοιλιακών τομών⁸. Πριν από την επέμβαση ο ασθενής θα υποβληθεί στον συνήθη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας αλλά και σε ειδικές για το ουροποιητικό απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η υπερηχοτομογραφία, η ενδοφλέβια ουρογραφία και η υπολογιστική αξονική τομογραφία. Ο νοσηλευτής/τρια χειρουργικού τομέα θα πρέπει να εξηγήσει σε ενδεχόμενη απορία του ασθενούς, ότι κάποιες από αυτές τις εξετάσεις είναι απαραίτητες για την προεγχειρητική μελέτη της περίπτωσης του ενώ κάποιες άλλες θεωρούνται συμπληρωματικές για αποσαφήνιση προβλημάτων που ανακύπτουν από την ιδιομορφία της πάθησης. Εκτός από την κλινική σταδιοποίηση της νόσου, στην λήψη απόφασης για διενέργεια ή όχι της επέμβασης αυτής συμβάλλουν και άλλες παράμετροι όπως η ηλικία του ασθενούς (επιθυμητό το δεκαετές και πλέον γενικό προσδόκιμο επιβίωσης) και συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις που ενδεχομένως δεν επιτρέπουν μείζονες χειρουργικούς χειρισμούς¹¹.

Εκτός όμως των ανωτέρω, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπ' όψιν, οι προσωπικές επιθυμίες και προσδοκίες καθώς και η συναίνεση για τον τύπο θεραπείας του καλά ενημερωμένου ασθενούς. Καλά ενημερωμένος είναι ο ασθενής που με φροντίδα του θεράποντος ιατρού του έχει επαρκώς κατανοήσει την φύση της νόσου του, τις φάσεις και βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης, τις πιθανές επιπλοκές και τους τρόπους αντιμετώπισης τους, το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, καθώς και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές⁸.

2) Ανοικτή Ριζική Προστατεκτομή

Υπό γενική αναισθησία ή συνδυασμό γενικής και ραχιαίας αναισθησίας, εκτελείται τομή στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα που αρχίζει λίγο χαμηλότερα από τον ομφαλό και εκτείνεται έως την ηβική σύμφυση (οπισθοηβική προστατεκτομή). Στην συνέχεια διανοίγονται τα στρώματα του κοιλιακού τοιχώματος και αποκαλύπτεται η ουροδόχος κύστη, ο προστάτης και οι περιβάλλοντες ιστοί χωρίς να διανοιχτεί το περιτόναιο (εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση). Εκτελείται εκτομή λεμφαδένων στα πλάγια τοιχώματα της πυέλου και κατόπιν η αφαίρεση του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων και λιπώδους ιστού⁹. Εφ' όσον δεν προκύπτει υποψία εξωπροστατικής επέκτασης της νόσου (ψηλάφηση σκληρίας) επιχειρείται αποκόλληση και διαφύλαξη κατά το δυνατόν άθικτων των απαραίτητων για την στύση νεύρων που πορεύονται παράλληλα και σε στενή επαφή με τον προστάτη (νευροπροστατευτική προστατεκτομή), με στόχο την μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης στυτικής δυσλειτουργίας μετεγχειρητικά. Στο τέλος και μετά προσεκτική αιμόσταση, τοποθετείται ουροκαθετήρας και συρράπτεται (αναστομώνεται) η ουροδόχος κύστη με την ουρήθρα με χρήση απορροφήσιμων ραμμάτων. Η οπισθοηβική προστατεκτομή αποτελεί την συχνότερη μέθοδο και αυτή που εφαρμόζεται στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών. Εναλλακτικά, η προσπέλαση και αφαίρεση του προστάτη μπορεί να γίνει με τομή στην βάση της πυέλου (περινεϊκή

προστατεκτομή), με την οποία όμως δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν λεμφαδένες και γειτονικοί ιστοί παρά μόνο με συμπληρωματική επέμβαση, ανοικτά ή λαπαροσκοπικά. Στο σημείο αυτό όμως, επισημαίνεται ότι δεν είναι πάντοτε απαραίτητη η λεμφαδεκτομή και μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να παραληφθεί εφ'οσον από τον προεγχειρητικό έλεγχο (Gleason score, PSA, απεικονιστικός έλεγχος) προκύψει ότι οι πιθανότητες λεμφαδενικής μετάστασης είναι μικρές¹⁰.

3) Λαπαροσκοπική Ριζική Προστατεκτομή

Κατά τα τελευταία χρόνια, η με λαπαροσκοπική τεχνική αφαίρεση του προστάτη, εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο, και προσπαθεί να βρει την θέση της δίπλα στην ανοικτή επέμβαση. Διενεργείται μέσω 5 – 6 κοιλιακών τομών μήκους περί το 1 – 1,5 εκ δια των οποίων εισάγεται το λαπαροσκόπιο (εφοδιασμένο με σύστημα φωτισμού και μεγέθυνσης του οπτικού πεδίου κατά 5 - 6 φορές) και ειδικά χειρουργικά εργαλεία, είτε μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή εξωπεριτοναϊκά. Πρόσφατα, άρχισε να εφαρμόζεται η εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή. Οι βασικές αρχές και χρόνοι εκτέλεσης της επέμβασης είναι ίδιοι όπως και στην ανοικτή μέθοδο¹². Πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής προσπέλασης είναι ότι με μεγαλύτερη μεγέθυνση και καλύτερο φωτισμό του χειρουργικού πεδίου, επιτυγχάνεται ακριβέστερος χειρισμός των ιστών με σχετικά μικρότερη απώλεια αίματος (χωρίς αυτό να είναι απόλυτα εγγυημένο) και ευχερέστερη διατήρηση των στυτικών νεύρων όπου αυτό είναι εφικτό. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σχετικά μικρότερης έντασης και διάρκειας ενώ ο χρόνος ανάνηψης είναι θεωρητικά μικρότερος. Μειονεκτήματα είναι ο μεγαλύτερος συνολικός χρόνος της επέμβασης καθώς και ότι αντενδείκνυται η εφαρμογή της σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών. Τέλος, θα πρέπει ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή να γνωρίζει ότι είναι πιθανόν να απαιτηθεί μετατροπή της σε ανοικτή επέμβαση για λόγους ασφάλειας. Γενικά, ο

μέχρι σήμερα χρόνος εφαρμογής της μεθόδου αυτής θεωρείται ότι είναι ακόμη μικρός προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την αξιοπιστία της, φαίνεται όμως ότι κερδίζει συνεχώς έδαφος και στο μέλλον μπορεί να εφαρμόζεται εξ'ίσου όπως και η ανοικτή μέθοδος σε κατάλληλα επιλεγμένα περιστατικά.

Πρόσφατα, με την βοήθεια συστήματος ρομποτικής χειρουργικής έχει αρχίσει η κλινική εφαρμογή της ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής που βασίζεται σε συγκερασμό των αρχών της ανοικτής, λαπαροσκοπικής και τηλεματικής χειρουργικής. Για τον έμπειρο χειρουργό της ανοικτής μεθόδου αποτελεί ιδιαίτερα εύκολη και με μικρότερη κόπωση τεχνική με κύριο μειονέκτημα την διαθεσιμότητα, λόγω υψηλού κόστους, του συστήματος¹⁸.

Μετά την επέμβαση

Μετά την επέμβαση ακολουθεί η πλήρης ιστολογική εξέταση, η οποία καταδεικνύει κατά πόσο η νόσος ήταν πραγματικά περιορισμένη μέσα στο όργανο ή έχει επεκταθεί πέραν των ανατομικών του ορίων, δεδομένο το οποίο δεν είναι δυνατόν να εξασφαλισθεί προεγχειρητικά. Γενικά, στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι εφικτή η ριζική αφαίρεση του καρκίνου, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από τον μηδενισμό, εντός ολίγου χρόνου, των επιπέδων PSA ορού. Όμως, και όταν ακόμη μακροσκοπικά έχει αφαιρεθεί όλος ο όγκος με επιτυχή χειρουργική επέμβαση, είναι πιθανό σε ποσοστό που μπορεί να φθάσει το 33%, μετά άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα από την επέμβαση (έτη) να εμφανισθεί τοπική υποτροπή της νόσου που εκδηλώνεται με σταδιακή άνοδο των τιμών PSA ορού. Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με επικουρική εξωτερική ακτινοβολία και ορμονοθεραπεία. Για τους λόγους αυτούς είναι επιβεβλημένη η μακρόχρονη περιοδική παρακολούθηση του ασθενούς με σκοπό την πρόωπη διάγνωση τοπικής υποτροπής και την δέουσα έγκαιρη αντιμετώπιση.

Ο έλεγχος αυτός που διενεργείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, περιλαμβάνει:

- Φυσική εξέταση.
- Προσδιορισμό των επιπέδων PSA ορού.
- Δακτυλική εξέταση της περιοχής του εξαιρεθέντος προστάτη.
- Βιοψίες ύποπτων για τοπική υποτροπή σημείων.
- Απεικονιστικό έλεγχο (Αξονική ή Μαγνητική τομογραφία)⁸.

Μετεγχειρητική πορεία

Μετά την επέμβαση ο ασθενής φέρει ουροκαθετήρα (ο οποίος αφαιρείται μετά από τρεις εβδομάδες περίπου), ενδοφλέβιο ορρό για περίπου τρεις ημέρες και σωλήνα παροχέτευσης των υγρών που συγκεντρώνονται στον χώρο της επέμβασης που αφαιρείται όταν το περιεχόμενό του σάκου στον οποίο απολήγει είναι μικρότερο από 20 κεκ/ημέρα, περίπου μετά από 4-7 ημέρες. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ο νοσηλευτής/τρια θα βρεθεί κοντά στον ασθενή για να βοηθήσει αλλά και να παροτρύνει την γρήγορη κινητοποίησή του. Θα πρέπει να εξηγήσει ότι η κινητοποίηση αυτή όπως επίσης και η σταδιακή σίτιση και η λήψη υγρών, είναι πολύ σημαντικά βήματα για την ομαλή εξέλιξη της μετεγχειρητικής πορείας και την αποφυγή επιπλοκών.

Ο μετεγχειρητικός πόνος που προκύπτει, συνήθως δεν έχει μεγάλη ένταση, εμφανίζεται τις 2-3 πρώτες ημέρες με σταδιακή εξασθένηση και ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή την αιτία του πόνου του και να εξασφαλίσει σε συνεργασία με τους γιατρούς την κατάλληλη αναλγητική αγωγή. Σε αρκετές περιπτώσεις, ο αναισθησιολόγος τοποθετεί συσκευή συνεχούς έγχυσης διαλύματος αναλγητικών είτε ενδοφλέβια ή στον επισκληρίδιο χώρο (ραχιαία) με σκοπό την πλήρη εξάλειψη του πόνου κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Πέντε με επτά ημέρες μετά την επέμβαση ο

ασθενής είναι έτοιμος να εξέλθει του Νοσοκομείου, τα ράμματα αφαιρούνται την 8η-10η ημέρα και όπως προαναφέρθηκε, ο ουροκαθετήρας μετά τρεις εβδομάδες, προκειμένου να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος για ασφαλή επούλωση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης. Οι γενικές οδηγίες που δίνονται στους ασθενείς στο σπίτι συνίστανται σε κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λευκώματα αλλά κυρίως σε φυτικές ίνες προς αποφυγή δυσκοιλιότητας καθώς και αποφυγή βαριάς σωματικής καταπόνησης για περίπου έξι εβδομάδες προκειμένου να δοθεί χρόνος για ολοκλήρωση των εσωτερικών επουλωτικών διεργασιών. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των τυχόν επιπλοκών, όσο και στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών μόνο με επαρκή γνώση, εκπαίδευση και εξειδίκευση στον χειρουργικό τομέα²⁶.

Πιθανοί Κίνδυνοι - Επιπλοκές της Ριζικής Προστατεκτομής

Όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, υπάρχουν πιθανότητες επιπλοκών που διακρίνονται σε γενικές και αυτές που συνδέονται με τον τύπο της επέμβασης. Η ριζική προστατεκτομή ανήκει στην κατηγορία των βαρειών επεμβάσεων και οι γενικές επιπλοκές σχετίζονται με απώλεια αίματος, καρδιολογικά συμβάντα, θρομβοεμβολικά επεισόδια, αλλεργικές αντιδράσεις σε φάρμακα, διαταραχές εντερικής λειτουργίας (δυσκοιλιότητα, διάρροια, ειλεός) και φλεγμονές του χειρουργικού τραύματος. Κύρια θέση μεταξύ των ειδικών για τον τύπο της επέμβασης επιπλοκών, κατέχει η εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας, η διαταραχή του ελέγχου ουρήσεως και, σπανιότερα, ο τραυματισμός της τελικής μοίρας του εντέρου (ορθού).

Στυτική δυσλειτουργία

Διαταραχή της στυτικής λειτουργίας ποικίλης βαρύτητας, μπορεί να εμφανισθεί σε ποσοστό έως και 80% των ασθενών που υποβάλλονται σε ριζική προστατεκτομή. Οφείλεται κατά κύριο λόγο σε τραυματισμό των αγγείων και

νεύρων που απολήγουν στον στυτικό ιστό του πέους και που, ανατομικά, διατρέχουν παράλληλα και βρίσκονται σε στενή επαφή με τον προστάτη. Εφόσον οι τοπικές συνθήκες και τα κλινικά ευρήματα το επιτρέπουν (απουσία σκληρίας στα όρια του προστάτη εκατέρωθεν = πιθανή τοπική επέκταση της νόσου), διενεργείται η νευροπροστατευτική προστατεκτομή (nerve sparing prostatectomy) που στόχο έχει να αποκολλήσει από τον προστάτη και να διατηρήσει κατά το δυνατόν άθικτα τα στυτικά αγγεία και νεύρα. Ομως, ακόμη και μετά εφαρμογή της τεχνικής αυτής, είναι πιθανό να εμφανισθεί δυσλειτουργία σε ποσοστό που εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς: 50% σε άτομα μικρότερα των 60 ετών, 80% σε άτομα μεγαλύτερα των 70 ετών. Με την πάροδο του χρόνου (μήνες – έτη) παρατηρείται βαθμιαία επάνοδος της δυνατότητας στύσεως στην πλειονότητα των ανδρών με μετεγχειρητική δυσκολία. Ο βαθμός επανεμφάνισης στυτικής λειτουργίας εξαρτάται από την προεγχειρητική στυτική δυνατότητα, από πιθανές ιδιομορφίες και δυσκολίες κατά την επέμβαση και, κυρίως, από την ηλικία του ασθενούς. Έτσι, σημαντικού βαθμού αποκατάσταση της στυτικής λειτουργίας παρατηρείται στο 76% των ανδρών ηλικίας μικρότερης των 60 ετών, στο 56% των ασθενών ηλικίας 60 έως 65 ετών και στο 47% των ατόμων μεγαλύτερων των 65 ετών. Οι επιλογές αντιμετώπισης του προβλήματος περιλαμβάνουν φάρμακα από του στόματος λαμβανόμενα (Viagra - Cialis - Levitra) ή εγχέομενα ενδοπείκκα (Caverject) ενώ, σε βαρύτερες περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή, αποτελεσματική λύση αποτελεί η εμφύτευση ενδοπείκων προθέσεων. Πρόσφατα, έχει προταθεί η μετεμφύτευση τμήματος νεύρου που λαμβάνεται από τα κάτω άκρα σε αντικατάσταση του τρωθέντος κατά την επέμβαση νευρικού στοιχείου. Τα πρώιμα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής είναι ενθαρρυντικά, είναι όμως ακόμη πολύ νωρίς για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα⁸.

Διαταραχές ελέγχου ουρήσεως (ακράτεια ούρων - στένωμα ουρήθρας)

Ακράτεια ούρων, δηλαδή ανεξέλεγκτη απώλεια ούρων ποικίλης βαρύτητας (λίγες σταγόνες, μεγαλύτερη ποσότητα) εκλυόμενη κυρίως με τις αυξήσεις της ενδοκοιλιακής πίεσης (άρση βαρών, αιφνίδια αλλαγή θέσεως-στάσεως του σώματος, βήχας, φτάρνισμα κλπ), παρατηρείται στην πλειονότητα των χειρουργηθέντων ανδρών αμέσως μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα. Οφείλεται σε βλάβη του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας που συμβαίνει κατά την εκτομή του προστάτη και έχει ως συνέπεια, λειτουργική ανεπάρκεια του σφιγκτήρα. Κατά τις πρώτες εβδομάδες και μήνες, η κατάσταση αυτή εμφανίζεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50% έως 87% των περιπτώσεων, σταδιακά όμως, με την πάροδο του χρόνου η συχνότητα και ένταση του προβλήματος μειώνονται και βαθμιαία ανακτάται ο έλεγχος της ούρησης. Περίπου ένα χρόνο μετά την επέμβαση, ποσοστό περί το 20% των ασθενών συνεχίζει να εμφανίζει απώλεια ούρων και χρησιμοποιεί απορροφητικά υλικά για προστασία από την διαβροχή, όμως και αυτοί οι άνδρες έχουν περιθώρια βελτίωσης με ασκήσεις του πυελικού εδάφους και λήψη φαρμακευτικών ουσιών. Τελικά, αμετάβλητη παραμένει η κατάσταση σε 4% έως 10% των ασθενών και στην ομάδα αυτή ενδείκνυται η χειρουργική αποκατάσταση, προκειμένου να απαλλαγούν οι ασθενείς από την οχληρή διαβροχή με ούρα και την ανάγκη για μόνιμη χρήση προστατευτικών υλικών ή ουροκαθετήρα. Μεταξύ των χειρουργικών τεχνικών περιλαμβάνεται η έγχυση ογκωτικών ουσιών στην ουρήθρα, η ανάρτηση της ουρήθρας (male sling) και τέλος, σε βαρύτερες περιπτώσεις η εφαρμογή τεχνητού σφιγκτήρα.

Στον αντίποδα της ανεπάρκειας του σφιγκτηριακού μηχανισμού, βρίσκεται η κατάσταση της ανάπτυξης στενώματος της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης, που εμφανίζεται σε ποσοστό 10% έως 15% και εκδηλώνεται με σταδιακά επιδεινούμενη δυσκολία ούρησης και τελικά, επίσχεση ούρων (αδυναμία ούρησης)³².

3.1.3 Ακτινοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του καρκίνου και είναι μια λύση για εκείνους που δεν μπορούν , είτε γιατί δεν θέλουν να χειρουργηθούν. Η συνολική δόση ακτινοβολίας είναι 4000 -5000 rads και η θεραπεία διαρκεί 6 – 7 εβδομάδες. Η επιτυχία της εξαρτάται από το μέγεθος της καρκινικής μάζας, από την ευαισθησία του όγκου στην ακτινοβολία, καθώς και από την αντοχή των παρακείμενων ιστών. Η ακτινοβολία επηρεάζει τόσο τα υγιή, όσο και τα κακοήθη κύτταρα. Η ακτινοθεραπευτική αγωγή παρέχεται κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς, γεγονός που μειώνει τις ευκαιρίες παροχής νοσηλευτικής υποστηρικτικής φροντίδας χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι ο ειδικός νοσηλευτής/τρια δεν θα πρέπει να είναι ενήμερος/η των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας ή του τρόπου δράσης της και των παρενεργειών αυτής. Οι επιπλοκές της τοπικής ακτινοβολίας είναι η ακτινική κυστίτιδα και η ακτινική εντερίτιδα (διαρκούν περίπου 6 μήνες), ανικανότητα και οίδημα στα κάτω άκρα . Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να δημιουργηθούν εντερικά ή κυστικά συρίγγια³.

3.2 Νόσος τοπικά προχωρημένη

Σε ένα νεόπλασμα που υπάρχει η υποψία με το διορθικό υπερηχογράφημα για διήθηση της κάψας καλόν είναι να αποφεύγεται η ριζική προστατεκτομή. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς έχουν συχνότερα λεμφαδενικές μεταστάσεις και εμφανίζουν σύντομα απομακρυσμένες μεταστάσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι καλύτερο να γίνεται τοπική ακτινοβολία.

3.3 Μεταστατική νόσος.

Σε ασθενείς που η νόσος είναι μεταστατική ο σκοπός μας είναι να επιμηκύνουμε το χρόνο επιβίωσης, όσο τον δυνατόν περισσότερο και να βελτιώσουμε την

ποιότητα της ζωής του. Η θεραπεία γι' αυτούς τους ασθενείς είναι ο περιορισμός της έκκρισης των ανδρογόνων. Ο μέσος όρος επιβίωσης ασθενών με μεταστατική νόσο έχει βρεθεί ότι είναι 24-36 μήνες.

3.4 Ορμονοθεραπεία

Η θετική ή αρνητική εμπειρία της ενδοκρινικής (ή ορμονικής) θεραπείας εξαρτάται από το γενικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα και δύναται να ασκεί μεγάλη ή καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής. Ορισμένοι επειδή έχουν επιτύχει την ύφεση της νόσου τους πιστεύουν ότι η ποιότητα ζωής τους έχει βελτιωθεί σημαντικά, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι το όφελος που κερδίζουν από την θεραπεία της νόσου, αντικρούεται από τόσο σημαντικές παρενέργειες, που καθιστούν τη θεραπεία μη αποδεκτή⁷.

3.4.1.Ορμονική θεραπεία πρώτης γραμμής

Τα θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούν είναι η αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή και η χορήγηση οιστρογόνων.

Η αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή μειώνει τα επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα κάτω από 50 ng/ml μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι μια από τις βασικές θεραπευτικές λύσεις τις οποίες χρησιμοποιούν σήμερα πολλοί ουρολόγοι για την θεραπεία του προστατικού καρκίνου. Μετά την επέμβαση οι ασθενείς έχουν πτώση της στυτικής ικανότητας και ψυχολογικά προβλήματα τα οποία είναι δυνατόν να συνοδεύσουν την ορχεκτομή.

Η χορήγηση οιστρογόνων . Ο βασικός μηχανισμός είναι η αναστολή της έκκρισης της LH από την υπόφυση , με αποτέλεσμα να έχουμε μείωση στην παραγωγή της τεστοστερόνης από τους όρχεις.

3.4.2 Ανάλογα (αγωνιστές) LHRH

Η χορήγηση ενός αναλόγου LHRH αρχικά προκαλεί αύξηση στην έκκριση της LH και της τεστοστερόνης. Αυτή η αρχική αύξηση της τεστοστερόνης που διαρκεί 7-14 ημέρες προκαλεί επιδείνωση του πόνου και των συμπτωμάτων και μπορεί να είναι επικίνδυνη σε ασθενείς με μεταστάσεις στην σπονδυλική στήλη. Για να εμποδίσουμε αυτήν την αύξηση θα πρέπει να χορηγήσουμε στον ασθενή κάποιο αντιανδρογόνο για δυο εβδομάδες πριν κάνουμε την ένεση με το ανάλογο LHRH. Μετά από 7-14 ημέρες από την χορήγηση του αναλόγου LHRH, οι υποδοχείς των κυττάρων που παράγουν LH στην υπόφυση απευαισθητοποιούνται με αποτέλεσμα η έκκριση της LH και της τεστοστερόνης να μειώνεται δραστικά και να φτάνει στα ίδια επίπεδα όπως μετά από μια ορχεκτομή.

3.4.3 Αντιανδρογόνα.

Τα αντιανδρογόνα δρουν μέσα στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων και εμποδίζουν τη σύνδεση της διυδροτεστοστερόνης με τον κυτταροπλασματικό υποδοχέα. Χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες **α) στεροειδή αντιανδρογόνα** και **β)μη στεροειδή αντιανδρογόνα**.

A) Στεροειδή αντιανδρογόνα

Η οξική κυπροτερόνη (CPA) είναι ο βασικός εκπρόσωπος της κατηγορίας αυτής. Η οξική κυπροτερόνη έχει δράση προγεστερινοειδούς. Έχει δηλαδή την ικανότητα να εμποδίζει την έκκριση των γοναδοτροπινών από την υπόφυση με αποτέλεσμα να εμποδίζει ταυτόχρονα την παραγωγή της τεστοστερόνης από τους όρχεις.

B) Μη στεροειδή (αμιγή) αντιανδρογόνα.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα φάρμακα εκείνα τα οποία δρουν αποκλειστικά

στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων. Αυτά είναι η φλουταμίδη , νιλουταμίδη και Casodex.

Η φλουταμίδη ήταν το πρώτο αμιγές αντιανδρογόνο που χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς και έχει βρεθεί ότι είναι μια ισχυρή ουσία στην θεραπεία του μεταστατικού προστατικού καρκίνου. Δεν έχει προγεστερινοειδή δράση και δεν δημιουργεί προβλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα και δεν εμποδίζει την παραγωγή τεστοστερόνης από του όρχεις.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της φλουταμίδης : γυναικομαστία, διάρροια, ναυτία, έμετοι, και σε ορισμένες περιπτώσεις ηπατική δυσλειτουργία η οποία υποχωρεί μετά την διακοπή της λήψης του φαρμάκου αυτού.

Η νιλουταμίδη είναι ένα άλλο μη στεροειδή αντιανδρογόνο το οποίο έχει μέσο χρόνο ημίσειας ζωής δυο ημέρες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες νιλουταμίδης : ναυτία, δυσανεξία στο αλκοόλ, και πρόβλημα με την όραση κατά την διάρκεια της νύχτας.

Το Casodex είναι ένα καινούργιο αντιανδρογόνο με μέσο χρόνο ημίσειας ζωής 7 ημέρες. Η βιολογική του δράση και οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι παρόμοιες με αυτές των άλλων αντιανδρογόνων.

3.4.4 Ολικός ανδρογονικός αποκλεισμός.

Ο Ολικός ανδρογονικός αποκλεισμός είναι συνδυασμός ενός μη στεροειδούς αντιανδρογόνου με την ορχεκτομή ή με ένα ανάλογο LHRH. Με αυτή την συνδυασμένη θεραπεία εξουδετερώνονται τα ανδρογόνα των επινεφριδίων τα οποία αν και εκκρίνονται σε μικρές σχετικές ποσότητες , φαίνεται να έχουν κάποιο ρόλο στα καρκινικά κύτταρα του προστάτη αδένα. Ο Ολικός ανδρογονικός αποκλεισμός έχει νόημα σε ασθενείς με μεταστατικό προστατικό καρκίνο , όταν η γενική κατάσταση των αρρώστων είναι καλή και όταν η

μεταστατική τους νόσο δεν έχει επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό. Αυτοί οι ασθενείς έχουν καλύτερη επιβίωση κατά 7 έως 9 μήνες.

3.4.5 Ορμονική θεραπεία δεύτερης γραμμής.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία, έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλούς αρρώστους μετά από 2-3 χρόνια, η νόσος αρχίζει πάλι να εξαπλώνεται, παρά το ότι η ορμονική θεραπεία συνεχίζεται. Έχει βρεθεί ότι ασθενείς με ορμονοάντοχο προστατικό καρκίνο έχουν κακή πρόγνωση και η επιβίωση τους κυμαίνεται από 9-18 μήνες.

Στην ορμονοθεραπεία δεύτερης γραμμής περιλαμβάνονται η ορχεκτομή, η χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων, η προγεστερόνη και τα αντιανδρογόνα.

Σε ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί φάρμακα που μπλοκάρουν την παραγωγή των ανδρογόνων από τα επινεφρίδια, όπως η αμινογλουτεθιμίδη και η κετοκοζανόλη. Τα φάρμακα αυτά επεμβαίνουν στην παραγωγή όλων των στεροειδών ορμονών από την χοληστερόλη, και γι' αυτό πρέπει να συνδυάζονται με κορτιζόνη.

Η εστραμουστίνη είναι ίσως το πλέον διαδεδομένο φάρμακο για τον ορμονοάντοχο προστατικό καρκίνο. Είναι ένα σκεύασμα που συνδυάζει την οιστραδιόλη με μεχλωραιθαμίνη με αποτέλεσμα να έχει ορμονική και κυτταροτοξική δράση ταυτοχρόνως¹⁹.

Αντιμετώπιση προβλημάτων από την Ορμονοθεραπεία στους άνδρες⁷.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.	
Προβλήματα	Αντιμετώπιση
Εξάψεις	<ul style="list-style-type: none">• Μείωση εκλυτικών παραγόντων (αλκοόλ, πικάντικα φαγητά, ζεστά ροφήματα)• Ελαφρύς ρουχισμός (βαμβακερός, βαμβακερά σεντόνια)• Μείωση καπνίσματος• Ήπια συστηματική σωματική άσκηση• Ψυχαγωγία• Συμπληρώματα διατροφής όπως βιταμίνες Β και Ε.• Κλονιδίνη• Εναλλακτικές θεραπείες (ομοιοπαθητική, βελονισμός.)
Αύξηση βάρους	<ul style="list-style-type: none">• Σύσταση για αλλαγή τρόπου ζωής• Ενθάρρυνση για κατάλληλη σωματική άσκηση• Συμβουλή διαιτολόγου
<u>Ανδρικά σεξουαλικά προβλήματα</u> Αδυναμία στύσης	<ul style="list-style-type: none">• Χρήση ενέσεων φεντολαμίνης παπαβερίνης στην βάση του πέους.• Ενδοουρηθρική χορήγηση Alprostadil

	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήση μηχανικού κυλίνδρου που μιμείται τη φυσιολογική διαδικασία στύσης
Μη ικανοποιητική στύση	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη Viagra • Εφαρμογή νέων στάσεων • Μαλάξεις πέους ώστε να ασκηθεί πίεση στα κύρια αιμοφόρα αγγεία τα οποία διοχετεύουν αίμα στο πέος.

3.5 Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η προσπάθεια αντιμετώπισης και - κατά συνέπεια- θεραπείας διαφόρων νοσημάτων με την χορήγηση ενέσεων φυσικώς ή τεχνητός παρασκευασμένων. Στις μέρες μας η λέξη χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει μια μέθοδο θεραπείας των κακοήθων όγκων την αντικαρκινική χημειοθεραπεία, η οποία βασίζεται στην χορήγηση φαρμάκων που ονομάζονται κυτταροστατικά ή χημειοθεραπευτικά ή αντινεοπλασματικά φάρμακα, τα οποία δρουν αναστέλλοντας την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων¹³.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα δρουν στο καρκινικό κύτταρο εμποδίζοντας την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του, με αποτέλεσμα την πρόκληση του θανάτου του. Κάθε φάρμακο δρα με το δικό του τρόπο. Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα φονεύουν τόσο τα παθολογικά όσο και τα φυσιολογικά κύτταρα. Ωστόσο, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν την δυνατότητα αναγέννησης. Έτσι με το βραχύ χρονικό διάστημα, συνήθως μερικών ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό αριθμό τους¹⁴.

Είδη χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε συστηματική και σε περιοχική.

Η συστηματική χημειοθεραπεία επιτυγχάνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση των σχετικών φαρμάκων. Το φάρμακο ακολουθεί όλη την πορεία του κυκλοφορούμενου αίματος στο σώμα, με αποτέλεσμα να υπάρχουν οι ακόλουθες μορφές:

- Ø Χημειοθεραπεία επαγωγής
- Ø Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης
- Ø Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία
- Ø Χημειοθεραπεία συντήρησης
- Ø Συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία
- Ø Νεοσυμπληρωματική ή προεγχειρητική ή περιεγχειρητική χημειοθεραπεία
- Ø Πρωτογενής χημειοθεραπεία
- Ø Παρηγορητική ή ανακουφιστική χημειοθεραπεία
- Ø Χημειοθεραπεία διάσωσης
- Ø Χρονοβιολογική χημειοθεραπεία
- Ø Συνδυασμένη χημειοθεραπεία.

Η περιοχική παρέχει την δυνατότητα χορήγησης χημειοθεραπευτικών παραγόντων σε συγκεκριμένες μόνο περιοχές του σώματος π.χ στο ήπαρ σε ηπατικές μεταστάσεις από την ηπατική αρτηρία. Στόχος της είναι η υψηλότερη συγκέντρωση των φαρμάκων στις εν λόγω περιοχές και η αποφυγή της τοξικότητάς τους. Στην περιοχική χημειοθεραπεία περιλαμβάνονται :

- Ø Αγγειακές α) κλειστού κυκλώματος (άκρου, θώρακα) και β) ανοιχτού κυκλώματος - ενδαρτηριακή έγχυση
- Ø Ενδοκοιλιακές α) ενδοπεριτοναϊκή β) ενδοπεζωκοτική γ) ενδοκυστική.

Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε ασθενείς είναι :

- Ικανοποιητική κατάσταση του ασθενούς
- Προσδόκιμο επιβίωσης >3 μήνες

- Απουσία ενεργού λοίμωξης
- Ικανοποιητική κατάσταση του μυελού των οστών
- Ικανοποιητική λειτουργία των νεφρών και του ήπατος
- Αποκλεισμός κύησης¹³.

Συνδυασμός χημειοθεραπείας

Συνήθως η χημειοθεραπεία χορηγείται κάθε 28 ημέρες, αλλά υπάρχουν και προγράμματα που χρησιμοποιούνται κάθε 15 μέρες ή ακόμη και κάθε εβδομάδα. Συνήθως χορηγούνται 6-8 κύκλοι θεραπείας κάθε 28 ημέρες.

Μετά από ορισμένους κύκλους χημειοθεραπείας γίνεται πάντοτε επανέλεγχος της ανταπόκρισης στη θεραπεία και ανάλογα με τα συγκριτικά αποτελέσματα είναι δυνατόν να συνεχιστεί η ίδια θεραπεία η να αλλάξει. Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε πρώτης και δεύτερης γραμμής.

Πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία χορηγείται όταν ο ασθενής δεν έχει λάβει γι' αυτή τη φάση της νόσου του την χημειοθεραπεία κατά το παρελθόν και κατά τεκμήριο περιλαμβάνει τα αποτελεσματικότερα διαθέσιμα φάρμακα. Χορηγείται σε όσο το δυνατόν υψηλότερες δόσεις, αφού και τα συστήματα του ασθενούς είναι λιγότερο επηρεασμένα, καθώς δεν έχουν δεχθεί την επίδραση της χημειοθεραπείας. Σκοπός είναι η επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος, το οποίο να είναι πλήρης ίαση ή επιμήκυνση της επιβίωσης ή έστω η ικανοποιητική βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Όταν αποτύχει η χημειοθεραπεία της πρώτης γραμμής, είτε γιατί η νόσος προχώρησε, είτε γιατί η τοξικότητά ήταν μη αποδεκτή, τότε ο ασθενής θα λάβει χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής, εάν έχει αποδειχθεί ότι αυτή πρόκειται να τον ωφελήσει, η θα συμμετάσχει σε κάποιο ερευνητικό πρόγραμμα, όπου δοκιμάζεται η αποτελεσματικότητα κάποιων συγκεκριμένων θεραπευτικών

παραγόντων ως χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής. Ο σκοπός της χημειοθεραπείας της δεύτερης γραμμής είναι είτε η εκ νέου επίτευξη ύφεσης της νόσου ή η προσωρινή διακοπή της ανάπτυξης του όγκου, είτε έλεγχος των συμπτωμάτων.

Ανάλογα με την φαρμακευτική ιδιότητα του χημειοθεραπευτικού παράγοντα, η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί με τους εξής τρόπους :

1. από το στόμα (PO)
2. Ενδομυϊκός(IM)
3. Ενδοφλεβίως(IV): α) άμεση στάγδην έγχυση των φαρμάκων σε φλέβα του βραχίονα, μετά από διάλυσή τους σε ορό β) χορήγηση φαρμάκων από μια φλέβα στην περιοχή του θώρακα (κεντρική γραμμή) μέσω καθετήρα Hickman.
4. Υποδορίως
5. Τοπικώς
6. Ενδαρτηριακώς
7. Ενδοκρανιακώς
8. Ενδοσπλαγχνικώς
9. Με έγχυση σε κοιλότητες¹⁶.

Ανεπιθύμητες ενέργειες και ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία

Σήμερα, είναι διαθέσιμος ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός κυτταροστατικών φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου. Τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα τοξικά και μπορεί να προκαλέσουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ναυτία και εμετός, προσωρινή απώλεια μαλλιών, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και διαταραχή της εντερικής λειτουργίας. Πολλοί ασθενείς φοβούνται μια τέτοια επιθετική θεραπεία, μερικοί εμφανίζουν εμέτους ακόμη και πριν από την έναρξη της αγωγής, ενώ άλλοι προβληματίζονται για το αν θα διακόψουν την θεραπεία όταν διαισθανθούν ότι δεν θα έχει αποτέλεσμα. Συχνά υπάρχει έντονη πίεση

στον ασθενή να συμβιβαστεί με τον ιατρό, την οικογένεια και του φίλους. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής μπορεί να ζητήσει από τον νοσηλευτή να γίνει ο συνήγορος του και ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και να δώσει σωστή αναφορά στον ιατρό ή την οικογένεια. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ίσως αποθαρρυνθούν εξαιτίας της θεραπείας ή των ανεπιθύμητων ενεργειών της. Αν οι ασθενείς εμφανίζουν ναυτία λόγω της χορηγούμενης χημειοθεραπείας, πρέπει να συνταγογραφούνται τα κατάλληλα αντιεμετικά, που μπορεί να δοθούν ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως. Προσοχή απαιτείται και στην φροντίδα του δέρματος, καθώς μπορεί να συμβούν δερματικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς συμβουλεύονται να αποφεύγουν την έκθεση στο ήλιο. Η περιποίηση του ξηρού δέρματος πρέπει να γίνεται με απλή υδατική λοσιόν.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να επαγρυπνούν και για όλες τις τοξικές αντιδράσεις της χημειοθεραπείας. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει η κυτταροτοξική θεραπεία στη διαμόρφωση της εικόνας του ασθενούς για τον εαυτό του. Μερικοί από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία έχουν εντοπίσει αλλαγές της σωματικής τους εικόνας λόγω της προηγηθείσας χειρουργικής επέμβασης και μερικοί να έχουν επηρεαστεί σημαντικά¹⁷.

Εκείνο που πρέπει να τονιστεί είναι η κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζει τους ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία, αυτό γιατί οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μια υπαρξιακή κρίση που αναθεωρεί το νόημα της ζωής τους. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής οφείλει να υποστηρίξει τους ασθενείς και ψυχολογικά κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας ή και να τον παραπέμψει σε ειδικό ψυχολόγο²⁰.

Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να

- § Εκτιμήσει το επίπεδο και τις δυνατότητες επιμόρφωσης του ασθενούς, τις επιθυμίες του για μάθηση
- § Εκτιμήσει το επίπεδο γνώσης του ασθενούς αναφορικά με τον καρκίνο
- § Εκτιμήσει την κατανόηση του ασθενούς αναφορικά με την συγκεκριμένη διάγνωση, την πορεία της νόσου και την προγραμματισμένη θεραπευτική αντιμετώπιση
- § Εκτιμήσει την τυχόν προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς με τη χημειοθεραπεία
- § Εκτιμήσει τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας για παροχή υποστήριξης σε διάφορους τομείς
- § Εκτιμήσει το ιστορικό χρήσης καπνού, αλκοόλ ή άλλων τοξικών παραγόντων
- § Συλλέξει πληροφορίες σχετικά με πρόσφατη θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργική θεραπεία και ορμονοθεραπεία.
- § Πληροφορηθεί για την στοματική υγιεινή του ασθενούς
- § Εξετάσει το στοματικό βλεννογόνο, την υπερώα, τη γλώσσα, τα ούλα, τα δόντια, τα χείλη, το έδαφος του στόματος. Να ελέγξει για ερυθρότητα, έλκη, αιμορραγία, λευκά στίγματα, καθώς και την χροιά, την ποσότητα και τη σύσταση του σάλιου.
- § Ελέγξει τις εξετάσεις αίματος που αφορούν την αιμοσφαιρίνη, το χρόνο προθρομβίνης και τον αριθμό αιμοπεταλίων
- § Να εκτιμήσει το είδος της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής (π.χ ασπιρίνη, αντιπηκτικό) που μπορεί να επηρεάσει την πήκτικότητα του αίματος
- § Να εκτιμήσει παράγοντες (πυρετός, σήψη, διαταραχές ηπατικής λειτουργίας) που μπορεί να επηρεάσουν τις διαδικασίες πήξης του

αίματος.

- § Να παρατηρήσει και να περιγράψει κλινικές εκδηλώσεις, όπως εκχυμώσεις, αιματώματα, αιμορραγία από σημεία φλεβικών καθετήρων, μύτη, ούλα, κόλπο ή πρωκτό, αιμόπτυση, αιματέμεση. Να ελέγξει τα κόπρανα για ενδεχόμενο μαύρο χρώμα ή την παρουσία αίματος και να ελέγξει αν υπάρχει τυχόν μεταβολή των ζωτικών σημείων.
- § Εκτιμήσει τα επεισόδια ναυτίας-εμετών αναφορικά με την συχνότητά τους, καθώς και την ποσότητα, το χρώμα και τη σύσταση των εμεσμάτων.
- § Να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν ή αποτρέπουν τη ναυτία και τον έμετο
- § Να ρωτήσει τον ασθενή για προηγούμενες μεθόδους που βοήθούσαν στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου
- § Να πληροφορηθεί για το σωματικό βάρος του ασθενούς πριν από την νόσο και κατά την έναρξη της. Σημείωση της αύξησης/απώλειας βάρους.
- § Παρακολουθήσει τις εργαστηριακές τιμές λευκωματίνης ορού, τρανσφερίνης ορού, ηλεκτρολυτών.
- § Να εκτιμήσει το διατροφικό ιστορικό, τις διατροφικές συνήθειες, τις διαιτητικές προτιμήσεις ή αντιπάθειες του ασθενούς, την ποσότητα και το είδος φαγητού
- § Να σημειώσει τις αλλαγές στη λειτουργία των εντέρων και την ενδεχόμενη παρουσία άλλων γαστρεντερικών συμπτωμάτων
- § Να δώσει διαιτολογικές συμβουλές ή να προγραμματίσει με τον ασθενή προτεινόμενες ενέργειες για αύξηση της όρεξης και διευκόλυνση λήψης θερμίδων
- § Να εκτιμήσει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων σχετιζόμενα με καθημερινές δραστηριότητες
- § Να εκτιμήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες
- § Να εκτιμήσει τις αισθητικές διαταραχές
- § Να δώσει οδηγίες στον ασθενή για τις προφυλάξεις που πρέπει να

ακολουθεί : για την φωτοευαισθησία και την ωτοτοξικότητα

- § Να πληροφορήσει την ιατρική ομάδα για τα συμπτώματα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασία, την οδήγηση και τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς
- § Πληροφορήσει τον ασθενή ότι η απώλεια μαλλιών είναι παροδική και ότι τα μαλλιά θα επανέλθουν μετά το τέλος της θεραπείας
- § Να παρέχει πηγές για αγορά ή δανεισμό περούκας, καπέλων
- § Πληροφορήσει τον ασθενή για τη λήψη μέτρων προφύλαξης για το τριχωτό της κεφαλής όπως χρησιμοποίηση ήπιων σαμπουάν, αποφυγή σεσουάρ, περμανάντ
- § Να ενθαρρύνει τον ασθενή να μοιράζεται τα συναισθήματα του σχετικά με τις σωματικές αλλαγές και να πληροφορηθεί για την ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων^{15,20}.

Χημειοθεραπεία προστατικού καρκίνου.

Η προσφορά της χημειοθεραπείας στον προστατικό καρκίνο, παραμένει ακόμα περιορισμένη. Έχουν δοκιμαστεί πολλές κυτταροτοξικές ουσίες, είτε από μόνες τους είτε σε συνδυασμό, αλλά τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά. Τα απογοητευτικά αποτελέσματα έχουν ως αποτέλεσμα την δοκιμή άλλων εναλλακτικών τρόπων χορήγησης χημειοθεραπείας. Έχει δοκιμασθεί η ταυτόχρονη έναρξη χημειοθεραπείας με ορμονοθεραπεία, η ενδοαρτηριακή έγχυση κυτταροτοξικών φαρμάκων και η χορήγηση χημειοθεραπείας μετά από διέγερση των καρκινικών κυττάρων με ανδρογόνα.

Μια άλλη θεραπευτική λύση είναι η χορήγηση ραδιενεργού στρόντιου σε ασθενείς με επώδυνες οστικές μεταστάσεις που δεν ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία. Το στρόντιο προσλαμβάνεται από τις οστεοβλαστικές εστίες και ακτινοβολεί τοπικά τις μεταστατικές εστίες³.

Βραχυθεραπεία

Η βραχυθεραπεία είναι μια μορφή ακτινοθεραπείας με καλύτερα αποτελέσματα. Η βραχυθεραπεία, (εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων I 125 ή Pd103), καθιερώθηκε επισήμως ως η 3η μέθοδος ριζικής αντιμετώπισης του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη, καταρχήν ως μονοθεραπεία, στην ομάδα χαμηλού κινδύνου και εν συνεχεία υπό την συνδυαστική μορφή, για την ομάδα υψηλού κινδύνου, (κλινικό στάδιο T2c-T3, Gleason score > 8, PSA > 20ng/ml). Για την ομάδα αυτή, η χειρουργική είχε περιορισμένο ρόλο, αφού είναι δεδομένο ότι υπάρχει εξωκαψική επέκταση της νόσου σε υψηλό ποσοστό και ο ριζικός χειρουργικός καθαρισμός είναι προβληματικός. Η εξωτερική ακτινοβολία για τρεις δεκαετίες παίζει πρωταρχικό ρόλο στη θεραπεία και ιδιαίτερα μετά τις εφαρμογές των νεότερων τεχνικών 3D CRT, IMRT1. Η έλευση της βραχυθεραπείας (ενδοϊστική εμφύτευση) έχει αλλάξει εντυπωσιακά τη στρατηγική της αντιμετώπισης της ομάδας αυτής υπό την συνδυαστική μορφή της (εμφύτευση + εξωτ. ακτινοβολία 45-52,5 Gy χωρίς ή με ορμονικούς χειρισμούς). Η επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης σχετίζεται όχι μόνο με ιατρικά αλλά και με προσωπικά κριτήρια του ασθενούς, αφού η τελική απόφαση ανήκει πάντοτε στον ίδιο τον ασθενή.

Κλινικά δεδομένα

Στην ομάδα υψηλού κινδύνου στο 50-70% των περιπτώσεων υπάρχει διήθηση της κάψας, των σπερματοδόχων κύστεων, περινευριδιακή διήθηση, ή και υποκλινικές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Με δεδομένο ότι η δράση των ραδιενεργών κόκκων περιορίζεται στα 3-5 mm πέραν της κάψας, η βραχυθεραπεία ως μονοθεραπεία είναι ανεπαρκής για την ομάδα αυτή των ασθενών και χρειάζεται επιπλέον ενίσχυση. Η περιορισμένη συμπληρωματική εξωτερική ακτινοβολία (45-52,5 Gy) έρχεται να συμπληρώσει την αναγκαιότητα αυτή που είναι απαραίτητη για την καταστροφή των μικροδιηθήσεων και

μικρομεταστάσεων της περιοχής. Η σπουδαιότητα της υψηλής δοσολογίας στην ακτινοθεραπεία του προστατικού καρκίνου έχει τεκμηριωθεί από πολλές παρατηρήσεις και μελέτες, τόσο για την εξωτερική ακτινοβολία 3D CRT όσο και για τη βραχυθεραπεία. Οι μελέτες RTOG κατέγραψαν βελτίωση των ποσοστών τόσο της ειδικής επιβίωσης της νόσου όσο και της όλης επιβίωσης στην ομάδα υψηλού Gleason score ασθενών που έλαβαν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας. Η υψηλή δοσολογία είναι το κύριο στοιχείο της βελτίωσης των ποσοστών ελευθέρων βιοχημικής υποτροπής ασθενών.

Οι στόχοι της συμπληρωματικής εξωτερικής ακτινοβολίας στη βραχυθεραπεία είναι:

- Κάλυψη της γύρω περιοχής του προστάτη και πέραν της κάψας 5-10 mm.
- Κάλυψη των σπερματοδόχων κύστεων, τουλάχιστον της εγγύτερης μοίρας προς τον προστάτη.
- Κάλυψη των υποκλινικών λεμφαδενικών διηθήσεων της πυέλου.
- Αύξηση της χορηγούμενης δόσης στον προστατικό αδένα.
- Κάλυψη των καρκινικών εστιών του αδένα που πιθανόν δεν καλύφθηκαν επαρκώς με την εμφύτευση

Η πλήρης ακτινοβολία με υψηλή δοσολογία όλου του αδένα συνεπάγεται και την πλήρη καταστροφή των περιοχών υγιούς προστατικού επιθηλίου (in situ ριζική προστατεκτομή) που δυνητικά αποτελούν το υπόστρωμα ανάπτυξης νέας νεοπλασματικής εστίας στο μέλλον. Ένα δεύτερο στοιχείο, εκτός της εξωτερικής ακτινοβολίας που παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της βραχυθεραπείας στον υψηλού κινδύνου προστατικό καρκίνο, είναι η προσθήκη των ορμονικών χειρισμών πριν ή μετά την εμφύτευση. Με τη χορήγηση των ορμονών επέρχεται συρρίκνωση όχι μόνο του νεοπλασματικού ιστού αλλά και

του φυσιολογικού προστατικού αδένου. Η λογική του αντιανδρογονικού αποκλεισμού ως συμπληρωματικής αγωγής είναι η εκρίζωση της υπολειμματικής νόσου τοπικά ή σε απομακρυσμένες θέσεις μετά την ακτινοβολία. Τα ποσοστά διαφοράς των αποτελεσμάτων χωρίς ή με προσθήκη ορμονών είναι σημαντικά και κυμαίνονται από 10-30% (βιοχημικός ή βιοψικός έλεγχος).

Συνδυασμός βραχυθεραπείας και χημειοθεραπείας

Η εμπειρία από το συνδυασμό αυτό είναι περιορισμένη. Οποσδήποτε όμως τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να βαίνουν παράλληλα με τα δεδομένα της εξωτερικής ακτινοβολίας. Μελέτες που συνδυάζουν βραχυθεραπεία με Fluorouracil, Decetaxel αλλά και Vinblastine, Estramustine βρίσκονται σε εξέλιξη. Οι προοπτικές φαίνονται να είναι θετικές, σε συνδυασμό μάλιστα με ορμονικούς χειρισμούς και συμπληρωματική εξωτερική ακτινοβολία²¹.

Άλλες Θεραπείες

Κρυοθεραπεία

Η κρυοθεραπεία γνωστή ως κρυοχειρουργική, υπήρχε σαν θεραπευτική επιλογή. Με αυτή την θεραπευτική προσέγγιση, οδηγοί παρεμβάλλονται στον προστάτη μέσω του περιναιου, έτσι το αργόν σε αέρια μορφή ή το υγρό άζωτο εισέρχεται στον προστάτη παγώνοντας, κυριολεκτικά καταστρέφοντας τα προστατικά κύτταρα και τους προστατικούς όγκους. Κατά τη διάρκεια των χρόνων, έγιναν διάφορες τροποποιήσεις για να αποφευχθεί η βλάβη σε γειτονικές ανατομικές δομές, αλλά τα ποσοστά και για τη στυτική δυσλειτουργία και ακράτειας παραμένουν υψηλά, και τα στοιχεία όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι περιορισμένα.

Οι υψηλής έντασης υπέρηχοι

Ο υψηλής έντασης υπέρηχος λειτουργεί με ακριβώς τον αντίθετο τρόπο: τα προστατικά κύτταρα θερμαίνονται μέχρι να οδηγηθούν στο θάνατο. Ένας οδηγός παρεμβάλλεται στο ορθό έντερο, από το οποίο τα πολύ υψηλής έντασης κύματα υπέρηχου μεταφέρονται στην περιοχή στόχων. Αν και αυτή η τεχνική παραμένει πειραματική στις Ηνωμένες Πολιτείες, χρησιμοποιείται στην Ευρώπη εδώ και πολλά χρόνια με σχετικά καλά ποσοστά επιτυχίας²².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η συμβουλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη έγκειται στον εντοπισμό των αναγκών και στην συνεύρεση λύσεων κατάλληλων για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Οι παρεμβάσεις εστιάζονται στα σωματικά-ψυχοκοινωνικά προβλήματα και στις πληροφοριακές ανάγκες που έχουν οι ασθενείς, προκειμένου να συμβάλουν συνειδητά στην αντιμετώπιση της κατάστασης και να αντιληφθούν τις ιδιαιτερότητες της νόσου. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί επίσης μια σημαντική παράμετρο εκτίμησης της κατάστασης .

Σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με καρκίνο προστάτη επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της αρρώστιας, όσο και την ποιότητα της ζωής , και καθορίζεται από την στάση του ασθενούς απέναντι στο καρκίνο²³. Τα ψυχολογικά προβλήματα και οι ανάγκες των ανδρών με καρκίνο προστάτη σχετίζονται με επιδράσεις της θεραπείας, όπως ανικανότητα

και ακράτεια , με όλες τις επιπτώσεις που αυτές έχουν στην κοινωνική ζωή και στην σχέση με την σύντροφο του²⁴.

Η διαταραχή της αντίληψης του εαυτού μπορεί να οφείλεται στην παρουσία ουροκαθετήρα, στην ακράτεια κοπράνων ή και ούρων (εάν υπάρχει) μετά την αφαίρεση του καθετήρα καθώς και διαταραχές στην σεξουαλική λειτουργία. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αρχικά αξιολογούνται σημεία και συμπτώματα διαταραχής της αντίληψης του εαυτού, καθώς επίσης και η σημασία των μεταβολών που έχουν συμβεί για τον ίδιο ασθενή. Καλλιεργούνται προσδοκίες σχετικά με την βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου, της κύστης και της σεξουαλικής δραστηριότητας και εφαρμόζονται μέτρα για την αύξηση της αυτοεκτίμησης. Γίνεται ενημέρωση για τα προβλήματα που αφορούν στην διαχείριση του ουροκαθετήρα, στην σημασία των περινεϊκών ασκήσεων για την βελτίωση του ελέγχου του εντέρου και της κύστης και σε τρόπους περιορισμού της ακράτειας. Η ακράτεια μπορεί να είναι μόνιμη (εφόσον έχουν περάσει 6-8 μήνες μετά την ριζική προστατεκτομή) ή προσωρινή, εάν το πρόβλημα παρέλθει σε διάστημα 12 εβδομάδων μετά την επέμβαση²⁵.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται με παρεμβάσεις στην εκτίμηση και την αντιμετώπιση του προβλήματος, που μπορεί να αφορούν συσκευές και προθέσεις για πρόκληση στύσης , καθώς και φαρμακευτικά σκευάσματα²⁶.

Πληροφορικές ανάγκες ασθενών.

Οι πληροφορικές ανάγκες που έχουν οι ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να εκτιμούνται. Η πληροφόρηση που έχει ο ασθενής για την αρρώστια του είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την προσωπική του στάση απέναντι στον καρκίνο , καταπολεμά την άγνοια και την προκατάληψη και βελτιώνει την γνώση του για την ασθένεια.

Σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη υπάρχουν σημαντικά οφέλη από την παροχή πληροφοριών. Αυτά είναι :

- Ø Η αύξηση της συμμετοχής στην λήψη απόφασης και η ικανοποίηση με την θεραπευτική επιλογή
- Ø Η αύξηση ικανοποίησης με την συμβουλευτική
- Ø Ο έλεγχος και η αντιμετώπιση του stress της διάγνωσης
- Ø Η μείωση των επιπέδων του άγχους
- Ø Η αύξηση της ικανότητας για αντιμετώπιση της κατάστασης κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία
- Ø Η βοήθεια στην επικοινωνία με την οικογένεια για τα ζητήματα της νόσου²⁷.

Ποιότητα ζωής

Οι πληροφορίες για την ποιότητα ζωής βασίζονται με τα αποτελέσματα των θεραπειών στον καρκίνο του προστάτη δηλαδή της ριζικής προστατεκτομής, της ακτινοθεραπείας και της ορμονικής θεραπείας.

Νοσηλευτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η νόσος και η φύση της θεραπείας της επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής σε σχέση με τα τοπικά προβλήματα της νόσου όσο και γενικότερες παραμέτρους όπως ενεργητικότητα-ζωτικότητα φυσικούς και κοινωνικούς ρόλους, ψυχική ευεξία, κοινωνική ζωή, κόπωση και πόνο²⁸.

Ειδικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο προστάτη που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής είναι η διαταραχή της λειτουργίας της ούρησης όπου είναι συχνή επιπλοκή μετά την θεραπεία^{30,31}.

Η λειτουργία της ούρησης φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο μετά από προστατεκτομή παρά μετά από ακτινοθεραπεία, επειδή ο προστατικός αδένας περιβάλλει την ουρήθρα και την κάνει ευάλωτη σε τραυματισμούς κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Τα χαμηλά ποσοστά ακράτειας των ασθενών που έλαβαν ακτινοθεραπεία αποδεικνύονται και από την μεγαλύτερη χρήση προφύλαξης (πάνας) που κάνουν οι χειρουργημένοι ασθενείς σε σχέση με τους ακτινοβολημένους, για την

αντιμετώπιση των διαρροών^{33,35}. Οι διαρροές αυτές μπορεί να είναι ποιο αυξημένες με τον βήχα ή το φτέρνισμα στους ασθενείς με ριζική προστατεκτομή. Η χρήση τέτοιων μέσων βρέθηκε ότι προκαλεί ανησυχία στους ασθενείς σε σχέση με το μέγεθος, το κόστος, τον χρόνο που απαιτείται για την έκθεση³³. Συχνά η ακράτεια παρουσιάζεται στο σπίτι, οπότε οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το πρόβλημα χωρίς επαρκείς πληροφορίες ή συμβουλές από τους γιατρούς ή νοσηλευτικό προσωπικό.

Εκτός από τις ειδικές τοπικές επιπλοκές υπάρχουν και οι γενικές διαστάσεις της ποιότητας, που μπορούν να επηρεαστούν και από την ίδια την νόσο και από τις θεραπείες.

Η ποιότητα της ζωής φαίνεται να επηρεάζεται τόσο από την ίδια την διάγνωση του καρκίνου και να εκφράζεται με συναισθήματα, όπως φόβος, αβεβαιότητα, πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, όσο και από τον περιορισμό φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Ο καθετήρας κύστεως (αν υπάρχει) επηρεάζει την φυσική δραστηριότητα. Η κοινωνική δραστηριότητα φαίνεται επίσης να είναι μειωμένη λόγω του φόβου της ακράτειας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση και σημαντική επίπτωση στην καθημερινή ζωή.

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις φαίνονται διαφορές. Ασθενείς με ριζική προστατεκτομή και ακτινοθεραπεία δεν βρέθηκε να παρουσιάζουν διαφορές στην ποιότητα ζωής²⁹. Για προχωρημένο καρκίνο φαίνεται ότι οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία επιδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς χωρίς θεραπεία. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται με ριζική προστατεκτομή φαίνεται να έχουν λιγότερο πόνο από τους ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία³⁴.

Οι νοσηλευτές/τριες έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διάδοση στρατηγικών, που σχεδιάζονται για άντρες που βιώνουν λειτουργικές αλλαγές και αλλαγές στην σεξουαλική λειτουργία, στην λειτουργία της ούρησης και στην λειτουργία του εντέρου³⁴.

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΛΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται στην ελάσσονα πύελο κάτω από την ηβική σύμφυση και η λειτουργία της είναι να αποθηκεύει τα ούρα για κάποιες ώρες έως ότου αποβληθούν δια μέσου της ουρήθρας. Αποτελείται από τρεις χιτώνες,

- το βλεννογόνο
- το μυϊκό και
- τον ορογόνο το δε επιθήλιο που καλύπτει το βλεννογόνο λέγεται μεταβατικό³⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Συχνότητα

Ο καρκίνος ουροδόχου κύστεως είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος του ουροποιογεννητικού συστήματος. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι ο 4ος πιο συχνός καρκίνος στον άνδρα και ο 8ος πιο συχνός καρκίνος στη γυναίκα, ενώ αποτελεί την 9η πιο συχνή αιτία θανάτου ανάμεσα σε όλα τα νεοπλάσματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων συναντάται μεταξύ των 50 και 79 ετών, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 65 χρόνια και κατά την στιγμή της διάγνωσης στο 85% ο όγκος είναι εντοπισμένος στην ουροδόχο

κύστη, ενώ το 15% ο όγκος έχει δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες θέσεις³⁷.

6.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι ένα από τα ελάχιστα νεοπλάσματα στον άνθρωπο για τα οποία έχουν διερευνηθεί τόσοι πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι οι εξής:

Επαγγελματικοί παράγοντες

Έχει βρεθεί ότι το 20% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως οφείλονται σε έκθεση σε παράγοντες που έχουν σχέση με την εργασία. Η ανάπτυξη της νόσου κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι πολύ βραδεία (30 - 50 έτη). Έχουν ενοχοποιηθεί κυρίως οι αρωματικές αμίνες, οι βαφές ανιλίνης, οι αλδεϋδες και άλλες χημικές ουσίες, με αποτέλεσμα επαγγέλματα με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου να είναι η εργασία σε αυτοκινητοβιομηχανίες, σε καθαριστήρια ρούχων, σε εργοστάσια χάρτου, σε βαφεία, σε βυρσοδεψία και πολλές άλλες κατηγορίες επαγγεμάτων που εκτίθενται σε οργανικά χημικά.

Κάπνισμα

Έχει βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν τετραπλάσια πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου της κύστεως σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος ανάπτυξης όγκου σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων, τη διάρκεια του καπνίσματος σε έτη και το ποσό του καπνού που εισπνέεται. Επίσης, οι πρώην καπνιστές έχουν έναν κάπως μειωμένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο σε σχέση με τους ενεργούς καπνιστές.

Ηλικία

Ο καρκίνος της κύστεως είναι δυνατόν να εμφανισθεί σε όλες τις ηλικίες, αλλά είναι συχνότερος στην 6η και 7η δεκαετία, με μέσο όρο ηλικίας κατά τη διάγνωση τα 69 έτη για τους άνδρες και τα 71 έτη για τις γυναίκες.

Χρόνιοι ερεθιστικοί παράγοντες

Η χρόνια κυστίτιδα που προκαλείται από την ύπαρξη καθετήρα καθώς και από την παρουσία λίθων έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης πλακώδους καρκίνου της κύστεως. Επίσης, η κυστίτις που προκαλείται από το *Schistosoma haematobium* ενοχοποιείται για την ανάπτυξη καρκίνου της κύστεως. Τέλος, σε ορισμένες μελέτες έχουν ενοχοποιηθεί οι λοιμώξεις από HPV και άλλους ιούς, αλλά τα ευρήματα των μελετών αυτών είναι αντικρουόμενα

Καφές και τσάι

Η χρήση καφέ και τσαγιού έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου της κύστεως. Φαίνεται, όμως, ότι η στενή σχέση αυτών των συνηθειών με το κάπνισμα δεν μπορεί να επιτρέψει να θεωρηθούν ως αυτόνομοι αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου.

Χρήση αναλγητικών

Η χρήση μεγάλων ποσοτήτων αναλγητικών (5-15kg) σε μια δεκαετία -και κυρίως της φαινακετίνης- έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου της κύστεως.

Συνθετικά γλυκαντικά

Σε ζώα, τα συνθετικά γλυκαντικά έχει βρεθεί ότι μπορεί να είναι αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου της κύστεως, κάτι ανάλογο όμως δεν έχει φανεί σε μελέτες με ανθρώπους.

Η ακτινοβολία

Η θεραπευτική ακτινοβολία γυναικών με καρκίνο τράχηλου της μήτρας έχει βρεθεί ότι αυξάνει την ανάπτυξη ουροθηλιακού καρκινώματος της κύστης από 2 έως 4 φορές.

Κληρονομικότητα

Όσον αφορά στην κληρονομικότητα, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που να δείχνουν ότι αυτή αποτελεί αιτία για την ανάπτυξη του καρκίνου της κύστεως στις περισσότερες περιπτώσεις^{38,39}.

6.3 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

1) Υπερπλαστικές και μεταπλαστικές αλλοιώσεις του ουροθηλίου.

- Θηλώδης υπερπλασία του ουροθηλίου
- Καταδύσεις και φωλεές του Brunner
- Κυστική και αδενική κυστίτιδα
- Πλακώδης μετάπλαση
- Νεφρογενής μετάπλαση ή νεφρογενές αδένωμα.

2) Καλοήθη νεοπλάσματα από μεταβατικό επιθήλιο

- Ανάστροφο ή καταδυόμενο θήλωμα
- Θηλώματα

3) Κακοήθη νεοπλάσματα από μεταβατικό επιθήλιο

- Καρκίνωμα μεταβατικού επιθηλίου
 - Ø Επιφανειακό θηλώδες καρκίνωμα
 - Ø Διηθητικοί όγκοι
- Καρκίνωμα από μη μεταβατικό επιθήλιο
 - Ø Αδενοκαρκίνωμα

- Ø Πλακώδες καρκίνωμα
 - Ø Μικροκυτταρικό καρκίνωμα
 - Ø Μικτά καρκινώματα
 - Ø Σπάνιοι επιθηλιακοί και μη επιθηλιακοί όγκοι
- Μεταστατικοί όγκοι³

ΕΙΚΟΝΑ 6



6.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Το πρώτο και σπουδαιότερο σύμπτωμα είναι η ανώδυνος περιοδική αιματουρία. Το 25% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί, ενώ το 85% αυτών εμφανίζει μικροσκοπική ανώδυνη αιματουρία. Το δεύτερο από τα συμπτώματα είναι συνήθως τα έντονα κυστικά ενοχλήματα (δυσουρία, καύσος κατά την ούρηση, επιτακτική ούρηση), που πολλές φορές μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση υποδύομενα κυστίτιδα, διάμεση κυστίτιδα ή προστατική συνδρομή. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς με επίμονα κυστικά ενοχλήματα και με στείρα καλλιέργεια ούρων πρέπει να υποβάλλονται σε κυτταρολογική εξέταση ούρων, κυστεοσκόπηση και βιοψίες από τις ύποπτες περιοχές της ουροδόχου κύστεως³.

6.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σειρά των εξετάσεων που συνήθως ακολουθείται για την διάγνωση του καρκίνου της κύστης είναι:

- Ø Κλινική εξέταση βοηθά περισσότερο στους διηθητικούς και μεταστατικούς όγκους, όπου η δακτυλική εξέταση ελέγχει τη διήθηση προς τον ορθό και η ψηλάφηση του υπογαστρίου ελέγχει την κυστική και περικυστική διήθηση της νόσου.
- Ø Υπερηχοτομογράφημα κύστης βοηθά στην ανίχνευση βλαβών διαμέτρου 2-5 cm.
- Ø Ενδοφλέβια ουρογραφία είναι απαραίτητη τόσο για την διάγνωση του καρκίνου της κύστης, όσο και για την συμβολή της στην απεικόνιση των όγκων της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας και στη διερεύνηση της αποφρακτικής ουροπάθειας.
- Ø Αξονική τομογραφία αποτελεί το πιο χρήσιμο μέσο για την σταδιοποίηση των όγκων

Ø Κυστεοσκόπηση και λήψη βιοψιών Η σημαντικότερη διαγνωστική εξέταση είναι η κυστεοσκόπηση και η λήψη βιοψιών. Στην κυστεοσκόπηση είναι δυνατόν να υπάρχει μια κύστη με φυσιολογικό βλεννογόνο, με εξέρυθρες και εξελκωμένες περιοχές ή με το χαρακτηριστικό βελούδο. Η εντόπιση του είναι συνήθως στο τρίγωνο της κύστεως, στην περιοχή γύρω από τα ουρητηρικά στόμια, στον αυχένα, στα πλάγια και, σπάνια, στο πρόσθιο τοίχωμα και στο θόλο της κύστεως.

Η μέθοδος της κυστεοσκόπησης με φθορισμό αξιοποιεί την ιδιότητα φθορισμού των καρκινικών κύτταρων της κύστεως εξαιτίας της ύπαρξης της πρωτοπορφυρίνης IX. Η ενδοκυστική έγχυση του 5-αμινολεβουλινικού οξέως (5-ALA) επάγει τη συσσώρευση της φθορίζουσας πρωτοπορφυρίνης IX στα καρκινικά κύτταρα, η οποία γίνεται ορατή ως κόκκινος φθορισμός κάτω από μπλε φωτισμό, σε αντίθεση με τα φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία δε φθορίζουν αλλά είναι ορατά με ένα μπλε υπόστρωμα. Η διάγνωση των επιφανειακών όγκων της κύστεως με κυστεοσκόπηση με φθορισμό με τη βοήθεια της χρήσης του 5-αμινολεβουλινικού οξέως είναι μια πολύ ευαίσθητη μέθοδος (95%) και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη διάγνωση του και τις υποτροπές των όγκων. Στην παρούσα φάση χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική μέθοδος για τη συνήθη κυστεοσκόπηση.

6.6 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι πιο χρήσιμοι προγνωστικοί παράγοντες για την καρκινική υποτροπή και για την εξέλιξη του καρκίνου είναι

ü ο Βαθμός Διαφοροποίησης (grade): εκφράζει το βαθμό της κυτταρικής του αναπλασίας. Θεωρείται ο κυριότερος προγνωστικός δείκτης για την εξέλιξη του νεοπλάσματος. **Τρεις βαθμούς διαφοροποίησης**

1. Όγκοι καλώς διαφοροποιημένοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας I (grade I) : Πρόκειται για θηλώδη που εμφανίζει

μικρή ανωμαλία στην μορφολογία των κυττάρων. Οι μιτώσεις είναι σπάνιες.

2. Όγκοι μέτρια διαφοροποιημένοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας II (Grade II) : οι θηλές γίνονται παχύτερες και βραχύτερες από αυτές του βαθμού I. Υπάρχει αποδιαφοροποίηση των κυττάρων από την βάση προς την περιφέρεια και διαταραχή του προσανατολισμού των κυττάρων. Παρατηρείται πλειομορφισμός του πυρήνα και εμφανίζονται συχνές μιτώσεις.
3. Όγκοι από μεταβατικό επιθήλιο βαθμού κακοήθειας III(grade III): εμφανίζονται ανωμαλίες τόσο στα κύτταρα όσο και στην αρχιτεκτονική του ιστού. Υπάρχει μεγάλου βαθμού πλειομορφισμός του πυρήνα και εμφανίζονται συχνές μιτώσεις.

ü Το βάθος της διήθησης του όγκου (σταδιοποίηση) Τα συστήματα που χρησιμοποιούνται για την κλινική σταδιοποίηση είναι :

Ø Το σύστημα *Marchall*

Πίνακας 6.	Το σύστημα <i>Marchall</i>
<u>Στάδιο O</u>	Εντόπιση του όγκου στο επιθήλιο χωρίς να έχει διηθήσει το χόριο
<u>Στάδιο A</u>	Εντόπιση του όγκου στο χόριο και υποβλεννογόνιο μυϊκή στιβάδα
<u>Στάδιο B1</u>	Ο όγκος διηθεί μέρος του μυϊκού χιτώνα
<u>Στάδιο B2</u>	Ο όγκος διηθεί ολόκληρο το μυϊκό χιτώνα
<u>Στάδιο C</u>	Ο όγκος διηθεί το περικυστικό λίπος
<u>Στάδιο D1</u>	Ο όγκος διηθεί τα παρακείμενα όργανα (προστάτη, οστά πυέλου) ή τους λεμφαδένες κάτω από το διχασμό της αορτής ή και τα δύο μαζί.

<u>Στάδιο D2</u>	Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα ή στους λεμφαδένες πάνω από το διχασμό της αορτής ή και τα δύο μαζί.
------------------	--

Ø Το σύστημα TNM

Πίνακας 7. Το σύστημα TNM

T: Όγκοι

T0: Αδύνατη η σταδιοποίηση (δεν υπάρχει όγκος)

Ta: Θηλώδης όγκος, χωρίς διήθηση του χορίου

T1: Ο όγκος διηθεί το χόριο ή την υποβλεννογόνιο μυϊκή στιβάδα χωρίς να την ξεπερνά.

T2: Ο όγκος διηθεί μέρος του μυϊκού χιτώνα

T3a: Ο όγκος διηθεί ολόκληρο το μυϊκό χιτώνα

T3β: Ο όγκος διηθεί το περικυστικό λίπος

T4: Ο όγκος διηθεί και τα περικυστικά όργανα, με ύπαρξη λεμφαδενικών ή αιματογενών μεταστάσεων.

Tis: Καρκίνωμα in situ

N: Λεμφαδένες

Nx: Αδύνατη η διάγνωση ύπαρξης ή όχι διήθησης λεμφαδένων

N0: Δεν υπάρχει διήθηση λεμφαδένων

N1: Διήθηση ενός σύστοιχου επιχωρίου λεμφαδένα ≤ 2 cm

N2: Διήθηση ενός λεμφαδένα >2 cm αλλά ≤ 5 cm ή πολλών λεμφαδένων < 5 cm

N3: Διήθηση ενός λεμφαδένα > 5 cm

M: Μεταστάσεις

Mx: Αδύνατη η διάγνωση μεταστάσεων

M0: Χωρίς μεταστάσεις

M1: Απομακρυσμένες μεταστάσεις

- ü Η διήθηση των αγγείων
- ü Η πολλαπλότητα και το μέγεθος του καρκινώματος,
- ü Η παρουσία δυσπλασίας,
- ü Η ελάττωση των αντιγόνων ομάδων αίματος,
- ü Η μελέτη των κυττάρων του ουροθηλίου.

Ø Κυτταρολογική εξέταση ούρων

Η κυτταρολογική ούρων είναι από τα πιο χρήσιμα εργαλεία για τη διάγνωση του Cis και η ευαισθησία της μεθόδου ποικίλλει από 65% έως και 90%, ανάλογα με το Grade του όγκου. Για να αυξηθεί η ευαισθησία της μεθόδου, η κυτταρολογική ούρων μπορεί να συνδυασθεί και με άλλες μεθόδους, όπως η χρήση καρκινικών δεικτών καθώς και χρήση τεχνικών φθορισμού.

Ø Ανάλυση του DNA

- *Κυτταρομετρία ροής*

Η κυτταρομετρία ροής, στην οποία χρησιμοποιούνται δείγματα ούρων που λαμβάνονται με έκπλυση της κύστεως, είναι πιο ευαίσθητη από την κυτταρολογική εξέταση και η ευαισθησία της φθάνει το 95%³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

- 1) Θεραπευτική αντιμετώπιση των επιφανειακών όγκων της ουροδόχου κύστης.
- 2) Θεραπευτική αντιμετώπιση των διηθητικών όγκων της ουροδόχου κύστης.
- 3) Ακτινοθεραπεία

4) Χημειοθεραπεία.

7.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση των επιφανειακών όγκων της ουροδόχου κύστης.

Τα επιφανειακά θηλώδη, από μεταβατικό επιθήλιο, νεοπλάσματα της κύστης συνήθως αντιμετωπίζονται με τη διουρηθρική ηλεκτροαφαίρεση (TUR).

Για την πρόληψη υποτροπών σε συνέχεια της διουρηθρικής αφαίρεσης του όγκου εφαρμόζεται η ενδοκυστική χημειοθεραπεία και η ενδοκυστική ανοσοθεραπεία⁴⁰.

Παρόλο που η ενδοκυστική χημειοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς τα προηγούμενα χρόνια για τη θεραπεία των επιφανειακών όγκων της κύστεως τα αποτελέσματα δεν υπήρξαν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς λιγότεροι από 20% των ασθενών που θα υποβληθούν σε ενδοκυστική χημειοθεραπεία θα παραμείνουν ελεύθεροι νόσου για 5 χρόνια. Έτσι, από την εφαρμογή του πρώτου χημειοθεραπευτικού παράγοντα, του Thiotepa, με ποσοστό ανταπόκρισης για 5 χρόνια λιγότερο του 15%, μέχρι και της Μιτομυκίνης (Mitomycin-C) με ποσοστό ανταπόκρισης από 30-60%, της Υδροχλωρικής Δοξορουμισίνης με ποσοστό ανταπόκρισης από 25-60%, της Επιρουμισίνης (Epirubicin) με ποσοστό ανταπόκρισης από περίπου 36%, για τρία χρόνια, και τέλος της Μιτοξαντρόνης (Mitoxantrone) με ποσοστό 37-47%, δεν έχει υπάρξει πρόοδος που να εξασφαλίζει στον ασθενή υψηλά θεραπευτικά ποσοστά ίασης. Επίσης, σε ορισμένες μελέτες που έγινε σύγκριση μεταξύ θεραπείας μόνο με TUR και θεραπείας με TUR και ενδοκυστική χημειοθεραπεία φάνηκε ότι ο μέσος ρυθμός προόδου της νόσου δεν καθυστέρησε με την εφαρμογή της χημειοθεραπείας. Πιθανή εξήγηση για αυτά τα απογοητευτικά αποτελέσματα είναι ίσως το γεγονός ότι η κυτταροτοξικότητα των ενδοκυστικών χημειοθεραπευτικών είναι ενεργή μόνο όταν υπάρχει νόσος και, επομένως, η έννοια της προφυλακτικής χημειοθεραπείας δεν έχει θέση.

Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι ένας αριθμός ασθενών που έλαβαν ενδοκυστική χημειοθεραπεία, μετά από κάποιο χειρουργικό χειρισμό είχαν χειρότερα αποτελέσματα από αυτούς που υποβλήθηκαν μόνο σε χειρουργική εξαίρεση του όγκου (TUR)⁴¹.

Ενδοκυστική ανοσοθεραπεία

Η ενδοκυστική έγχυση του BCG έχει καθιερωθεί ως η ιδανική θεραπεία για το πρωτοπαθές Cis και θεωρείται από το The American Urological Association Clinical Guidelines Panel ως η πρώτη αντιμετώπιση για το Cis, στην προσπάθεια να αποφευχθεί η ριζική κυστεκτομή ή ως ο πρώτος θεραπευτικός χειρισμός μετά από TUR θηλωμάτων σταδίου T1 και Ta, όταν αυτά συνυπάρχουν με Cis. Επίσης, από πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η χρήση του BCG μειώνει την υποτροπή, την πρόοδο της νόσου και αυξάνει την επιβίωση.

Μηχανισμός δράσης του BCG

Το BCG παραμένει ο πιο σημαντικός τροποποιητής της βιολογικής ανταπόκρισης για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Έχει τη δυνατότητα να δρα ως μη ειδικός ανοσοενισχυτής, όχι με ένα μόνο μηχανισμό, αλλά με πολλές δράσεις που περιλαμβάνουν σειρά κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των T και B λεμφοκυττάρων, των κυττάρων K (φονικά κύτταρα) και NK (φυσικά φονικά κύτταρα). Έχουν προταθεί τρεις διαφορετικοί μηχανισμοί δράσης:

1. Ο ζωντανός ιός BCG προκαλεί αμέσως φλεγμονώδη αντίδραση κατά την οποία τα μακροφάγα, που είναι κύτταρα-δράστες, μπορούν να ενεργοποιηθούν, χωρίς τη συμμετοχή των κυττάρων T.
2. Μια καθυστερημένου τύπου αντίδραση υπερευαισθησίας κατά την οποία τα μακροφάγα προσλαμβάνουν, μέσω της πέψης, τον ιό BCG και διεγείρουν επιπλέον τα κύτταρα T, που έχουν ευαισθητοποιηθεί από τον ιό BCG για να

παραχθούν λεμφοκίνες, με αποτέλεσμα μια εξακολουθητική ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος.

3. Προκαλείται ανοσία ειδική για τον όγκο, στην οποία τα διεγερμένα από τον BCG υπερπλαστικά κύτταρα T μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τα μακροφάγα, τα οποία έχουν προσλάβει, μέσω της πέψης, τόσο τον ιό BCG, όσο και τα κυτταρικά θραύσματα των κυττάρων του όγκου. Σε πειραματικούς και αυτόματους όγκους πειραματόζωων έχει αποδειχθεί μετά βεβαιότητας ότι ο BCG έχει τη δυνατότητα να αναστέλλει την αύξηση του όγκου και, ακόμη, να εκριζώνει πλήρως όγκους.

Η τοπική παρουσία του BCG και η πρόκληση μιας κοκκιωματώδους φλεγμονής μαζί με ενεργοποίηση του μονοπύρηνου φαγοκυτταρικού συστήματος θεωρούνται σημαντικές.

• Κριτήρια επιλογής ασθενών για θεραπεία με BCG

Οι υποψήφιοι ασθενείς για θεραπεία με BCG πρέπει να τηρούν τα εξής κριτήρια:

1. Ο όγκος να έχει περιορισμένη έκταση.
2. Εάν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε προηγούμενη θεραπεία με άλλο χημειοθεραπευτικό παράγοντα δε σημαίνει ότι θα αποτύχει με το BCG.
3. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε διουρηθρική εκτομή εστιακού καρκινώματος και εμφανίζουν μεγάλη πιθανότητα υποτροπής.
4. Ασθενείς που εμφανίζουν διάχυτο καρκίνωμα.

• Εξετάσεις πριν την έναρξη θεραπείας με BCG

1. Αρνητική καλλιέργεια ούρων.
2. Να μην υπάρχει μακροσκοπική αιματουρία.
3. Ο ασθενής να μην έχει ερεθιστικά ενοχλήματα.
4. Να μην υπάρχει υπόλειμμα ούρων.
5. Έλεγχος του PSA.

• Αντενδείξεις έναρξης θεραπείας με BCG

Η έναρξη της θεραπείας με BCG θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 2 με 3 εβδομάδες μετά την TUR (κατά άλλους μετά 3 με 4 εβδομάδες). Αντένδειξη αποτελεί η έναρξη θεραπείας σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, σε ασθενείς με ενεργό φυματίωση, ενώ πρέπει να αναβάλλεται σε ασθενείς με πυρετό ή με ενεργό αιμορραγία ή με λοίμωξη που απαιτεί τη λήψη αντιβιοτικών⁴².

7.2) Θεραπευτική αντιμετώπιση των διηθητικών όγκων της ουροδόχου κύστης

Ø Μερική κυστεκτομή

Ασθενείς με μονήρεις διηθητικούς όγκους, στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα ή στο θόλο της κύστης είναι υποψήφιοι για μερική κυστεκτομή, όπως επίσης και ασθενείς με καρκίνο σε κόλπωμα⁴³.

Ø Ριζική κυστεκτομή

Η ριζική κυστεκτομή περιλαμβάνει την χειρουργική αφαίρεση της ουροδόχου κύστης, του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων στον άνδρα και στην γυναίκα την κύστη, την ουρήθρα, τη μήτρα, τον τράχηλο, τις σάλπιγγες, τις ωοθήκες και το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου, μαζί με το περικυστικό λίπος και τους πνευλικούς λεμφαδένες. Η επέμβαση συνοδεύεται από κάποιας μορφής εκτροπής των ούρων.

Πριν την επέμβαση

Πριν από την επέμβαση ο ασθενής θα υποβληθεί στον συνήθη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, αλλά και σε ειδικές για το ουροποιητικό απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η υπερηχοτομογραφία, η ενδοφλέβια ουρογραφία, αξονική τομογραφία.

Ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να εξηγήσει σε ενδεχόμενη απορία του ασθενούς , ότι κάποιες από αυτές τις εξετάσεις είναι απαραίτητες για την προεγχειρητική μελέτη.

Μετά την επέμβαση

Μετά την επέμβαση ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή την αιτία του πόνου και να εξασφαλίσει σε συνεργασία με τους γιατρούς την κατάλληλη αναλγητική αγωγή. Από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα ο νοσηλευτής/τρια θα βρεθεί κοντά στον ασθενή για να βοηθήσει , αλλά και να παροτρύνει την γρήγορη κινητοποίηση του. Θα πρέπει να εξηγήσει ότι η κινητοποίηση αυτή, είναι ανά πολύ σημαντικό βήμα για την ομαλή εξέλιξη της μετεγχειρητικής πορείας και την αποφυγή επιπλοκών.

Τέλος η ριζική κυστεκτομή επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και στο πεδίο της σεξουαλικής ζωής. Μπορούμε να χωρίσουμε τις επιπλοκές σε δυο κατηγορίες

- Αυτές που οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια (μείωση της libido λόγω αισθημάτων απώλειας της αρρενωπότητας ή της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας του ασθενούς)
- Σε εκείνες που οφείλονται στη διατομή αγγείων και νεύρων που ρυθμίζουν την σεξουαλική λειτουργία και στα δύο φύλα.(στυτική δυσλειτουργία στον άνδρα και μεταβολές στην αισθητικότητα)

Ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να δώσει κάποιες πληροφορίες στον ασθενή και την συντρόφου του για όλα τα θέματα που αφορούν την ποιότητα της σεξουαλικής ζωής τους. Όσον αφορά στην ικανότητα του άνδρα ασθενούς πρέπει να τον πληροφορήσουμε πως υπάρχουν διαθέσιμα peros φάρμακα, ενδοπείκεις ενέσεις και πεικές προθέσεις. Για την γυναίκα πρέπει να συμβουλευόμαστε διαστολές του κόλπου, ώστε να απαλλαγεί από το πρόβλημα της δυσπαρεύνιας²⁶.

7.3) Ακτινοθεραπεία

Η χρήση της ακτινοθεραπείας για τον εντοπισμένο διηθητικό καρκίνο της κύστης, υστερεί έναντι της κυστεκτομής τόσο λόγω των υποτροπών και της δημιουργίας νέων όγκων, όσο και λόγω των μακροχρόνιων ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορούν να εμφανιστούν μετά την κυστεκτομή. Πλεονεκτήματα της περιλαμβάνουν φυσιολογική διούρηση και τη διατήρηση της σεξουαλικής ικανότητας.

7.4) Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία έχει αποκτήσει μια σημαντική θέση στη θεραπευτική αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Η χημειοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για ασθενείς που παρουσιάζονται με μεταστατική νόσο ή που υποτροπιάζουν μετά από ριζική κυστεκτομή ή ριζική ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμπληρωματική χορήγηση χημειοθεραπείας σε ασθενείς που υπέστησαν ριζική κυστεκτομή, αλλά έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, ελαττώνει την πιθανότητα υποτροπής. Η προεγχειρητική χορήγηση χημειοθεραπείας σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της ριζικής αφαίρεσης του όγκου.

Θεραπεία της μεταστατικής νόσου.

Η νόσος αντιμετωπίζεται ως μεταστατική, όταν υπάρχουν μακροσκοπικές μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή σε σπλαχνικά όργανα.

Χημειοθεραπευτικές ουσίες με ανταπόκριση άνω των 20% σε ασθενείς με μεταστατική νόσο είναι η σισπλατίνη, μεθοτρεξάτη, η δοξορουβικίνη, η βινβλαστίνη, η ισοφωσφαμίδη και το νιτρικό γάλλιο. Νεότερες αντινεοπλασματικές ουσίες με δραστηριότητα είναι η ταξόλη, ταξοτέρη, εδατρεξάτη, και η τριμετρεξάτη. Η χορήγηση μονοθεραπείας στο μεταστατικό

καρκίνο συνήθως δίνει μερικές μόνο ανταποκρίσεις, χωρίς όμως να παρατείνει την επιβίωση των ασθενών.

Παράγοντες που συσχετίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης και μακρότερη επιβίωση είναι η καλή φυσική κατάσταση του ασθενούς, η μη απώλεια βάρους πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας και τοπικοπεριοχικές μεταστάσεις. Σε περιπτώσεις υποτροπής η ανθεκτικότητας στη χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής, ο συνδυασμός φλουορουρακίλης και ιντερφερόνης άλφα έχει δώσει ανταποκρίσεις, συνήθως βραχείας διάρκειας.

Συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

Η χορήγηση της χημειοθεραπείας θεωρείται ως συμπληρωματική, όταν έχει προηγηθεί η ριζική κυστεκτομή, κατά την οποία έχει αφαιρεθεί όλος ο μακροσκοπικά εμφανής όγκος. Το πλεονέκτημα της χημειοθεραπείας αυτής είναι ότι η απόφαση για την χορήγηση της βασίζεται σε συγκεκριμένα παθολογοανατομικά ευρήματα. Το μειονέκτημα της είναι ότι δεν υπάρχει μετρήσιμη νόσος ώστε να μπορούμε να κρίνουμε την χημειοευαισθησία του όγκου.

Εάν αποφασιστεί η χορήγηση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας πρέπει να χορηγηθούν τουλάχιστον 4 κύκλοι ενός χημειοθεραπευτικού σχήματος, με αποδεδειγμένη δραστικότητα στο μεταστατικό καρκίνο της κύστης.

Προεγχειρητική χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία έχει χορηγηθεί σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο ουροδόχου κύστης, οι οποίοι δεν έχουν κλινικά έκδηλες μεταστάσεις σε περιχόριους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα, πριν από την πραγματοποίηση της ριζικής κυστεκτομής. Πλεονεκτήματα της χημειοθεραπείας αυτής είναι

- Ø Επειδή το αγγειακό δίκτυο του όγκου είναι ανέπαφο, η συγκέντρωση των χημειοθεραπευτικών ουσιών στην πρωτοπαθή εστία είναι μεγαλύτερη.

- Ø Η ευαισθησία του πρωτοπαθούς όγκου μπορεί να προσδιοριστεί in vivo.
- Ø Εάν ο όγκος είναι χημειοευαίσθητος, η προεγχειρητική χημειοθεραπεία μπορεί να μετατρέψει ένα τοπικά προχωρημένο ανεγχείρητο όγκο σε χειρουργικός εξαιρέσιμο.
- Ø Δίδεται η δυνατότητα έγκαιρης θεραπείας των υποκλινικών μεταστάσεων. Το μειονέκτημα της χημειοθεραπείας είναι ότι εάν ο όγκος χημειοανθεκτικός , μπορεί να χαθεί πολύτιμος χρόνος πριν από την εκτέλεση της ριζικής κυστεκτομής.

Η επιβίωση του συνόλου των ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με προεγχειρητική χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν απευθείας με ριζική κυστεκτομή. Υπάρχει όμως μια μικρή ομάδα ασθενών στους οποίους φαίνεται ότι η προεγχειρητική χημειοθεραπεία παρατείνει την επιβίωση⁴⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Ο πόνος συμβαδίζει με τον καρκίνο και είναι αναπόφευκτο κομμάτι του, ο πόνος αντιμετωπίζεται, με στόχο την εξασφάλιση ποιότητας ζωής στους καρκινοπαθείς και αξιοπρέπεια στο θάνατο. Ο πόνος των καρκινοπαθών αυξάνεται ή ελαττώνεται με τις κάτωθι συνθήκες : κοινωνική εγκατάλειψη, απομόνωση, κόπωση, άγχος, αϋπνία, λύπη, κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στην αντίληψη του πόνου και η συμπτωματική θεραπεία, ξεκούραση, συμπάθεια, επικοινωνία, κοινωνική υποστήριξη, ενασχολήσεις, ελαττωμένο άγχος προκαλούν μείωση στην αντίληψη του πόνου. Μεγάλη σημασία δεν έχει μόνο η

έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και η προσέγγιση, η επικοινωνία και η κατανόηση των ασθενών. Η επίσκεψη είναι ο μόνος τρόπος επαφής και δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης. Η συνεχής παρακολούθηση γίνεται με ειδική καρτέλα στην οποία αναγράφονται :

- Η ένταση του πόνου στη διάρκεια του 24ωρου
- Οι ώρες ύπνου του 24ωρου
- Η ημερήσια δραστηριότητα του ασθενούς
- Η ημερήσια κατανάλωση των φαρμάκων
- Η γενική κατάσταση του ασθενούς
- Η καθημερινή αναφορά άλλων συμπτωμάτων
- Η διάκριση του πόνου σε τρεις ομάδες: α) πόνος που αντιστοιχεί σε τραυματισμό του νευρικού ιστού. Β) πόνος από τραυματισμό άλλων ιστών και γ) μικτός πόνος τύπου κράμπας.

Συνωδά συμπτώματα καρκινοπαθών ασθενών τελικού σταδίου: Κατακλίσεις, στοματίτιδα, ναυτία και εμετοί, δυσκοιλιότητα, δύσπνοια, ανορεξία, βήχας, κνησμός, νυκτερινοί ιδρώτες, συχνοουρία, οίδημα, δυσφορία. Κάθε σύμπτωμα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται τόσο με ιατρική όσο και με νοσηλευτική φροντίδα.

Αιτίες που προκαλούν πόνο είναι :

- Διήθηση , συμπίεση ή καταστροφή νεύρων από τον όγκο
- Οστικά άλγη
- Διήθηση των μαλακών μορίων
- Πόνοι που σχετίζονται με την θεραπεία του καρκίνου
- Πόνοι που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο
- Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, κολικός του εντέρου.

Στηριζόμενος πάντα στο πνεύμα της αντίληψης για τον πόνο ο νοσηλευτής/τρια οφείλει να δρα για την επίτευξη 3 σκοπών :

1. Ο έλεγχος του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων

2. Η στήριξη του ασθενούς
3. Η στήριξη της οικογένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικά υποστηρικτικός. Η λέξη κλειδί είναι επικοινωνία. Όταν δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης η συνεργασία με τον ασθενή γίνεται πιο εύκολη. Η επαρκής επικοινωνιακή δυνατότητα από την πλευρά του νοσηλευτή/τριας σημαίνει ικανότητα να ακούει να επικοινωνεί να συμβουλεύει, να διευκρινίζει, να υποστηρίζει. Προϋποθέτει σεβασμό της προσωπικότητας, της ταυτότητας, ευαισθησία και όχι αυστηρότητα, ενώ ταυτόχρονα βοηθάει τον ασθενή να εκφραστεί, να γίνει πιο ακριβής στις περιγραφές του και να βρει κάποιο νόημα για την κατάσταση του. Για να γίνει αυτό με επιτυχία απαιτείται συγκεκριμένη συχνότητα εκτίμηση του ασθενή με πόνο, που καθορίζεται από την φύση του πόνου, την αναμενόμενη διάρκεια των αναλγητικών και από την τάση του ασθενή να εκφράζει ή όχι τον πόνο του.

Ο ογκολογικός νοσηλευτής/τρια πρέπει να συνδυάζει τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες με ανθρωπιστική ευαισθησία, επιστημονική γνώση και εμπειρία. Με την εξέλιξη της νόσου οι ανάγκες αλλάζουν. Ο ογκολογικός νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει, για να μπορεί να αποφασίζει μόνος του και να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τον ασθενή. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές/τριες σύμφωνα με το συνταγολόγιο των γιατρών χορηγούν στους πόνους του καρκίνου οπιοειδή. Ένα από τα ισχυρά οπιοειδή είναι και η μορφίνη. Η μορφίνη προκαλεί αναλγησία χωρίς απώλεια της συνείδησης, ευφορία, και καταστολή της αναπνοής. Έχει αντιβηχικές ιδιότητες, προκαλεί μύση και τάση για έμετο, δυσκοιλιότητα, έντονο κνησμό και εφίδρωση. Η κατάλληλη οδός χορήγησης της μορφίνης είναι η υποδόρια κάθε 4 ώρες η οποία είναι ευκολότερη και λιγότερο επώδυνη, ή και η συνεχή έγχυση. Η μορφίνη δεν πρέπει να χορηγείται ενδομυϊκά. Ανεπιθύμητες παρενέργειες : υπνηλία, ναυτία, ανοχή και λιγότερο συχνά ξηρότητα του στόματος και μυοκλονικές συσπάσεις. Εδώ ο ασθενής δεν αποκτά εθισμό αλλά φυσική εξάρτηση.

Όπως έχουμε αναφέρει πιο πάνω η πιο συχνή αιτία του καρκινικού πόνου είναι και οι οστικές μεταστάσεις. Αν και μπορεί να προσβληθεί οποιοδήποτε μέρος του σκελετού, η σπονδυλική στήλη, και τα μακρά οστά των άκρων είναι τα πλέον ευπαθή στην μεταστατική νόσο. Περίπου το 50% των μεταστάσεων στα οστά είναι αποτέλεσμα αιματογενούς διασποράς από τις πρωτοπαθείς εστίες καρκίνου του προστάτη. Κάποιες οστικές μεταστάσεις δεν προκαλούν πόνο, κάποιες άλλες μεταστατικές εστίες προκαλούν σοβαρό πόνο. Ο οστικός πόνος γενικά ανταποκρίνεται μερικώς μόνο στα οπιοειδή. Γι' αυτό ως πρώτη γραμμής θεραπεία θα πρέπει να είναι ο συνδυασμός μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και της μορφίνης. Επίσης και τα κορτικοστεροειδή μπορεί να φανούν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου από οστικές μεταστάσεις^{44,45}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Η πρόσφορα βοήθειας σε ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο σε πολύ προχωρημένα στάδια απαιτεί περισσότερες ικανότητες από αυτές που είναι δυνατόν να διαθέτει ένα άτομο. Τα συνωδά συμπτώματα του ασθενούς τελικού σταδίου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα, τόσο με ιατρική όσο και με νοσηλευτική φροντίδα.

Κατακλίσεις : Οι ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον θα πρέπει να διδάσκονται την προσπάθεια αποφυγής κατάκλισης ή τον τρόπο αντιμετώπισης του.

Νοσηλευτική φροντίδα: Η έκθεση της κατάκλισης στον ήλιο ή σε οξυγόνο και η συνεχή αλλαγή θέσεων του ασθενούς βελτιώνει την κατάκλιση.

Ξηρό ή πονεμένο στόμα: Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μυκητησιακή λοίμωξη, σε αφυδάτωση, σε όγκους στο στόμα, ή σε ακτινοθεραπεία.

Νοσηλευτική φροντίδα: Καλή υγιεινή του στόματος με τακτικές πλύσεις, άμεση θεραπεία της μηκητησιακής λοίμωξης με αντιμυκητησιακή θεραπεία.

Ναυτία και έμετοι: Υπάρχουν πολλές αιτίες που προκαλούν ναυτία και έμετο στους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι μισοί περίπου θα παρουσιάσουν τα συμπτώματα αυτά.

Νοσηλευτική φροντίδα και αιτίες :1) Όταν οφείλονται σε φάρμακα: ο ασθενής σταματά το φάρμακο, αν γίνεται και δίνουμε μορφίνη μαζί με το αντιεμετικό. Χορηγήστε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα .

2) Ουραιμία : η αλοπεριδόλη είναι καμία φορά αποτελεσματική, συνήθως χορηγείται χλωροπρομαζίνη.

3) Βραδεία κένωση του στομάχου : Η μετοκλοπραμίδη είναι συνήθως αποτελεσματική.

4) Καρκίνος του στόματος : Ο έμετος ελέγχεται δύσκολα αν και αξίζει να γίνει δοκιμή με μετοκλοπραμίδη ή κάποιο άλλο αντιεμετικό. Καμία φορά παρατηρείται παροδική ανταπόκριση στη χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

5) Απόφραξη του εντέρου : Τα φάρμακα χορηγούνται συνήθως με υποδόρια έγχυση, ξεκινώντας με αλοπεριδόλη και αλλάζοντας αν είναι αναγκαίο σε μετοκλοπραμίδη.

Για τον έλεγχο των έμετων που οφείλονται σε χημειοθεραπεία τελευταία χρησιμοποιούνται φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία των αναστολέων των 5-HT₃

Αϋπνία: Αιτίες που προκαλούν αϋπνία είναι πόνος, έλλειψη άνεσης, δυσκαμψία, κράμπες, εφίδρωση, και ακράτεια. Επίσης, η ανησυχία και η κατάθλιψη φαίνεται ότι επιδεινώνεται την νύχτα και μπορούν να εμποδίσουν τον ύπνο.

Νοσηλευτική φροντίδα: Χρήσιμα ως υπναγωγά είναι η χορήγηση Διαζεπάμης, Αιμτριπτυλίνη, Χλώροπρομαζίνη.

Δυσκοιλιότητα: Οι περισσότεροι ασθενείς, στο τελικό στάδιο, υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Αυτή οφείλεται στην έλλειψη δραστηριότητας, στο διαιτολόγιο με μικρή περιεκτικότητα φυτικών ινών και συχνά στην φαρμακευτική αγωγή.

Νοσηλευτική φροντίδα: Απαιτούνται συνήθως υπακτικά. Συνιστάται ο συνδυασμός ενός σκευάσματος που μαλακώνει τα κόπρανα. Υπόθετα ή υποκλυσμός ή αφαίρεση κοπράνων με το χέρι μπορούν να χρειασθούν εάν η αγωγή με τα υπακτικά δεν αποδώσει.

Διάρροια: Συχνές και μαλακές κενώσεις μπορεί να οφείλονται σε

1) σφηνωμένα κόπρανα με υπερχειλίση. Θεραπεία αρχικά με υποκλυσμό και υπόθετα στη συνέχεια με υπακτικά.

2) Στεατόρροια οφειλόμενη σε παγκρεατική ανεπάρκεια. Θεραπεία με παγκρεατίνη.

3) Υποξεία απόφραξη

4) Καρκίνος του πρωκτού. Ακτινοθεραπεία, ανακουφιστική κολοστομία ή θεραπεία με Laser μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα.

Δύσπνοια: Η σοβαρή δύσπνοια τρομάζει τους ασθενείς και την οικογένεια τους, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών.

Νοσηλευτική φροντίδα: Μορφές αντιμετώπισης δύσπνοιας περιλαμβάνουν: Τα κορτικοστεροειδή, τη μορφίνη, τη διαζεπάμη, το οξυγόνο.

Ανορεξία: Η ανορεξία είναι συνηθισμένο φαινόμενο στους ασθενείς με εκτεταμένη κακοήθη νόσο. Οι παράγοντες που τη προκαλούν, όπως η ναυτία, η δυσκοιλιότητα και η κατάθλιψη, πρέπει να αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη αγωγή. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία γίνεται με κορτικοστεροειδή.

Βήχας: Ειδική θεραπεία με αντιβηχικά βρογχοδιασταλτικά πρέπει να συνιστάται. Κωδενούχα σκευάσματα, χορηγούμενα 4 φορές την ημέρα καταστέλλουν τον βήχα στις περισσότερες περιπτώσεις.

Κνησμός: Αντιμετώπιση της τοπικής λοίμωξης, αν οφείλεται σε φαρμακευτική αγωγή διακοπή του φαρμάκου, Τοπική εφαρμογή αντικνησμοδών φαρμάκων, ή ένα αντισταμινικό από το στόμα μπορεί να βοηθήσει.

Λόξυγγας: Χορήγηση Χλωροπρομαζίνης.

Μυϊκοί σπασμοί: Για την σπαστικότητα διαζεπάμη το βράδυ και βακλοφαΐνη ημερησίως.

Συχνουρία και ακράτεια: Παρατηρούνται σε ασθενείς με πυελικές ή νευρολογικές διαταραχές και στους πολύ εξασθενημένους ασθενείς. Εάν η αιτία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί πρέπει να ληφθούν τα ακόλουθα: Καθετήρας όπου είναι ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της σοβαρής συχνουρίας ή της ακράτειας και Αιμιτριπυλίνη το βράδυ μπορεί να βελτιώσει τη συσπαστικότητα της κύστης και τη συχνουρία.

Οίδημα: Πολλοί ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου παρουσιάζουν οιδήματα στους αστραγάλους. Φάρμακα, ακινησία, καρδιακή ανεπάρκεια είναι μερικοί αιτιολογικοί παράγοντες. Η θεραπεία γίνεται με βαθμιαία πιεστική επίδεση και μαλάξεις, και στην συνέχεια ισχυρή υποστήριξη με ειδικό μανίκι η κάλτσα.

Σπασμοί: Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν σπασμούς. Αντισπασμωδικά χορηγούνται , όταν όμως εμφανιστούν οι σπασμοί χορηγείται φαινυντοίνη.

Κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη.

Την ώρα του επερχόμενου θανάτου η περίθαλψη του ετοιμοθάνατου ανθρώπου αποτελεί μια υπόθεση που απαιτεί λεπτότητα, σεβασμό και θα πρέπει να επιτελείται με απλό, αβίαστο τρόπο και με όσο το δυνατόν περισσότερη ησυχία. Ακόμη και όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του, ο εκπαιδευμένος νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει πόσο σημαντική είναι η διατήρηση μιας αίσθησης αξιοπρέπειας και ταυτότητάς του και στο βαθμό της ανάλογης άνεσης που έχει αναπτυχθεί.

Επειδή πολλοί άνθρωποι που δεν έχουν αντικρίσει ξανά κάποιο θάνατο, είναι αναγκαίο οι ειδικοί νοσηλευτές/τριες να συζητήσουμε με το κάθε μέλος ξεχωριστά, εάν επιθυμεί να παρευρίσκεται την ώρα εκείνη για να είναι σε θέση να εκτιμήσουν την προσφορά πληροφοριών ή τι θα πρέπει να περιμένουν, πως ελέγχονται τα συμπτώματα και τι θα συμβεί αμέσως μετά το θάνατο. Κάτω από την συναισθηματική πίεση που βρίσκονται οι οικογένειες, ίσως να αναρωτηθούν, εάν οι τακτικές ενέσεις συμβάλλουν στην επιδείνωση του ασθενούς και θα εκτιμήσουν την ευκαιρία που θα τους δοθεί να διερευνήσουν αυτό το ζήτημα οι ίδιοι.

Είναι φυσικό να θλίβονται πολλοί συγγενείς ακόμη και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, όταν βλέπουν τον ασθενή να μην είναι σε θέση να δεχθεί τίποτα από το στόμα, ούτε τροφή, ούτε νερό. Αυτή η θλίψη μπορεί να ελαττωθεί όμως, όταν εξηγηθεί πως η θρέψη δεν ωφελεί πλέον τον ασθενή.

Την ώρα της αναμονής του θανάτου οι ασθενείς έχουν ανάγκη προσωπικού χρόνου και πολλές φορές υπάρχουν σημαντικά πράγματα που τα μέλη της οικογένειας θέλουν να πουν στον ασθενή. Σ' αυτήν την περίπτωση, πρέπει να διασφαλίσουμε την απαραίτητη εχεμύθεια και να εξηγήσουμε, πως υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να ακούει, παρ'όλο που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει οποιαδήποτε ανταπόκριση.

Όταν επέλθει ο θάνατος, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να θυμάται, ότι όσο κι αν ήταν αναμενόμενο γεγονός, για τους συγγενείς είναι ένα βαθύ συναισθηματικό και κάποτε σωματικό σοκ.

Τη στιγμή του θανάτου τα μέλη της οικογένειας πολλές φορές θέλουν και χρειάζονται να μείνουν για λίγο με τον αποθανόντα για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με το δικό τους τρόπο, να αφομοιώσουν αυτό που συμβαίνει και να πουν αντίο.

Η φροντίδα και ο σεβασμός απέναντι στον ασθενή πρέπει να συνεχιστεί και μετά το θάνατο με την αρμόζουσα περιποίηση του νεκρού του σώματος και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τυχόν ιδιαιτερότητες στην διαδικασία αυτή που

επιβάλλονται τα ήθη και τα έθιμα της θρησκείας ή του πολιτισμού του αποθανόντος και των συγγενών του. Όταν οι υπόλοιποι ασθενείς δουν, ότι ο θάνατος ήταν γαλήνιος και ότι οι νεκροί αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και η οικογένειά τους με κατανόηση, κάλλιστα μπορεί ν'αντλήσουν κάποια δύναμη ή και ανακούφιση^{7,46,47}.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελικά ο καρκίνος αποτελεί στοιχείο της καθημερινής ζωής χιλιάδων ανθρώπων. Κι όμως συχνά δεν φαίνεται να είναι κάτι καθόλου «καθημερινό» αλλά κάτι διαφορετικό που μας φοβίζει. Κάθε μέρα χιλιάδες ανθρώπων μαθαίνουν, η συνειδητοποιούν, η υποψιάζονται, η φοβούνται ότι έχουν καρκίνο, μαθαίνουν ότι η μητέρα τους ή ο πατέρας τους ή ο αδερφός τους ή ο σύζυγος τους πάσχουν από καρκίνο.

Ο καρκίνος πολλές φορές θεωρείτε ως η εξέλιξη συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών, όπως κατασταλτικών συναισθημάτων, αντιμετώπισης της ζωής, έλλειψη αυτοπεποίθησης, ή αδυναμία έκφρασης ενέργειας, ειδικότερα ελεύθερης σεξουαλικής ενέργειας. Η σύγχρονη εικόνα της προσωπικότητας του καρκίνου είναι ο « απεγνωσμένος, συναισθηματικά μισητός από τον ίδιο του τον εαυτό οργανισμός»

Η ζωή του ατόμου επηρεάζεται σε κάθε στάδιο της πορείας του καρκίνου όπου διαταράσσεται η οργανική, η συναισθηματική, η οικονομική, η κοινωνική και η πνευματική ισορροπία. Αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας αιωρούνται μπροστά στο απρόβλεπτο μέλλον και η φυσιολογική ζωή έχει πλέον μια διαφορετική ερμηνεία.

Οι νοσηλευτές έχουν πολλές ευκαιρίες συμμετοχής στη βελτίωση της εμπειρίας του καρκίνου. Σε κάθε στάδιο της νόσου μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη και φροντίδα που θα ενισχύει την ποιότητα της ζωής. Επίσης βρίσκονται στην ξεχωριστή θέση να προβλέψουν και να ανταποκριθούν σε αυτά τα προβλήματα καθώς και να αναπτύξουν στρατηγικές φροντίδας που θα βοηθήσουν στις επιπτώσεις του καρκίνου.

Στην επιτακτικότητα ενός θανάτου για κάποιους ασθενείς με καρκίνο, είναι σημαντικό ότι οι νοσηλευτικές θεραπευτικές στρατηγικές προσανατολίζονται στην κατεύθυνση του αισθήματος της ασφάλειας, μια κατεύθυνση που υπαγορεύεται τόσο από τον ασθενή, όσο κ από τον νοσηλευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Burton, JI.Oakley N,Anderson ,JB.Recent advances in the histopathology and molecular biology of prostate cancer. BJU International 2000.
2. <http://mhcs.health.nsw.gov.au> 22-06-2008.
3. Δημόπουλος, Α, Κων/νος.Ουρολογία.Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.Αθήνα 1998.
4. Boyle ,P. et al, The epidemiology of prostate cancer, Urol Clin N Am 30 (2003) 209-217.
5. <http://www.iatronet.gr> 29-04-2008.
6. <http://www.urologylab.gr> 21-04-2008.
7. Jessica Corner & Christopher Bailey.Νοσηλευτική Ογκολογία-Το πλαίσιο φροντίδας,Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.Αθήνα 2006.
8. www.Ourodent.gr 08-06-2008.
9. Rosenblum, N, et al, Radical retropubic prostatectomy - Preoperative management, Urol Clin N Am 28 499-507,(2001).
10. Walsh PC, Urology 55: 62, 2000.
11. EAU Guidelines on Erectile Dysfunction.European Urology 41(2002) 1-5
12. Guillonneau, B,et al,Laparoscopic radical prostatectomy:the lessons learned,J Endourol,15:441,2001.
13. Kearney, N,Muiz, L,Miller, M,Gray, P.Using handheld computers to support patients receiving outpatient chemotherapy.ECCO 12 The European Cancer Conference,Copenhagen,2003.
14. Klaus, M, Quality Standards for the Oncology Pharmacy Service. Central Cytostatics Department.Quapos 2000.
15. Otto SE. Oncology Nursing,Clinical Reference, Saint Luis,Mosby. Chemotherapy 2004.
16. Otto SE.Oncology Nursing,Saint Luis,Mosby,(4th edition).Chemotherapy 2001.

17. Κατσαραγάκης, Σ, Πατηράκη, Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Ογκολογική ενημέρωση 5:185-186, 2003.
18. Rassweiler, J, et al, Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: an analysis of the first 180 cases, J Urol 166: 2101-2108, 2001.
19. Πεκτασίδης, Δ, Νικολάου, Ν. Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο προστάτη. Αθήνα 2004.
20. Κοσμά, Χ, Αλεξόπουλος, Α, Ρηγάτος, Γ. Η επίπτωση της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς από χημειοθεραπεία. Ελληνική Ογκολογία 37:222, 2001.
21. <http://www.medlook.net>. 21-04-2008.
22. <http://www.ourologos.gr/prostatecancergr.htm>. 21-04-2008.
23. Ματζιου, Β. Καρκίνος, Προσωπική Στάση Αρρώστου και Εικόνα Σώματος, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2003.
24. Visser, A., Andel, G. Psychosocial and educational aspects in prostate cancer patients. Patient Education and Counselling 2003.
25. Butler, L, Downe-Wamboldt, B, Marsh, S. Quality of life post-radical prostatectomy: A male perspective. Urologic Nursing 2001.
26. Ulrich, S.P, Canale, S.W., Wendel, S.A. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας, 3^η Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Π.Δ, Αθήνα 1997.
27. Davison, B.J, Degner, L.F. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. Cancer Nursing 1997.
28. Eton, TD, Lepore, SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. Psycho-oncology 2002.
29. Yarbrow, Ch, Ferrans, CE. Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation therapy. Oncology Nursing Forum 1998.
30. Fitch, M, Gray, R, Franssen, E. Mens perspective on the Impact of prostate cancer: Implications for Nurses. Oncology Nursing Forum 2000.

31. Pickett ,M,Bruner ,DW,Joseph, A. Prostate cancer elder alert:Living with treatment choices and outcomes.J of Gerontological Nursing,2000.
32. Θάνος ,Α.Ακράτεια μετά ριζική προστατεκτομή. Ελληνική Ογκολογία 2000.
33. Shrader-Bogen, CL,Kjellberg, JL,McPherson, CP.Quality of life and treatment outcomes. Cancer 1997.
34. McPherson, CP,Swenson ,KK,Kjellberg, J.Quality of life in patients with prostate cancer. Seminars in oncology nursing 2004.
35. Gallbraith ,M,Ramirez, JM,Pedro, L.W. Quality of life,health outcomesa,and identity fir patients with prostate cancer in five different treatment groups. Oncology Nursing Forum,2001.
36. <http://www.andrology-patras.gr>. 08-06-2008
37. <http://www.Uronet.gr>. 08-06-2008
38. Jemal ,A, Thomas, A, Murray, T, Thun, M. Cancer statistics 2002.CA Cancer J Clin 2002.
39. Messing,E. Urothilial tumors of the urinary tract.Chapter 76. Campbells Urology. 3rd Edition 1997.
40. Melekos, MD, Zarakovitis ,IE, Fokefs, ED ,et al.Intravesical bacillus Calmette-Guerin versus epirubicin in the prophylaxis of recurrent and/or multiple superficial badder tumours. Oncology 1996
41. Jocham ,D. Intravesical Immunotherapy with Bacillus Calmette-Guirin, facts, figures and results. Urban & Fischer Verlag, Mόnchen, Jena 1998/2000.
42. Παπαδόπουλος, Κ,Ηλίας.Ουρολογική Ογκολογία, 1^η έκδοση,Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα 2000.
43. Μαρτίνης, Σ, Γλετζές, Β, Αγγελίδης, Π, Στάθης, Χ, Περιβολιώτης ,Χ, Πούλιας ,Ηρ.Αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς καρκινώματος της ουροδόχου κύστεως με διουρηθρική εκτομή και ενδοκυστική χημειο-ανοσοθεραπεία. 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Ογκολογίας, Αθήνα 2003.
44. Jean, Lugton,Margaret ,Kindlen.Palliative Care: The nursing role. London,Churchill Livingstone 1999.

- 45.** Tonia ,Dawson.A cancer nurse in a primary care setting. European Journal of Oncology nursing 1999.
- 46.** Βαδαλούκα ,Αθηνά. Ανακουφιστική και Συμπτωματική Αγωγή Ασθενών Τελικού Σταδίου. Αθήνα,1999.
- 47.** Κατσαραγάκης ,Σ. Καρκίνος,Προσωπική Στάση Αρρώστου και Εικόνα Σώματος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Αθήνα 2002.

