



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΕΥΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΙΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της συχνότητας διενέργειας του
προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του
προστάτη σε άρρεν πληθυσμό των Κέντρων
Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων σε Αθήνα,
Πάτρα και Καλαμάτα**

Εισηγητής :

Νίκος Στεφανόπουλος

Καθηγητής

Επιμέλεια:

Βρούχο Λαζαρέλ

Τονικυάν Ακόμπ

Φοιτητές

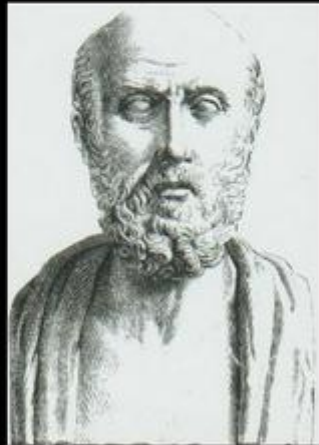
Πάτρα 2015

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον εισηγητή μας κ. Νίκο Στεφανόπουλο, για την άρτια καθοδήγηση και υποστήριξη με σκοπό την εκπόνηση της παρούσας εργασία μας.

Ευχαριστούμε επίσης τους υπευθύνους των ΚΑΠΗ που επισκευτήκαμε για την θερμή υποδοχή τους καθώς και τους ανθρώπους που μας στήριξαν και μας βοήθησαν με τη συμμετοχή τους στην ερευνά μας.

...κάλλιον το προλαμβάνειν παρά το θεραπεύειν...
(Ιπποκράτης ο Κώος, 460 - 370 π.χ.)



Περιεχόμενα

Πρόλογος	7
Εισαγωγή	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο : Επιδημιολογία του προστάτη

1.1 Επιδημιολογικά – στατιστικά στοιχεία	10
--	----

Κεφάλαιο 2^ο : Ανατομία – Παθοφυσιολογία

2.1 Ανατομία	17
2.2 Παθοφυσιολογία	18

Κεφάλαιο 3^ο : Πρόληψη του καρκίνου του προστάτη

3.1 Πρόληψη	22
3.1.1 Παράγοντες κινδύνου που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη	22
3.1.2 Παράγοντες μειώσεις του κινδύνου του καρκίνου του προστάτη	23
3.1.3 Παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι δεν επηρεάζουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη αλλά τα αποτελέσματά τους δεν είναι και τόσο γνωστά	24

3.1.4 Αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και αύξηση των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του καρκίνου.	25
3.2 Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA)	26

Κεφάλαιο 4^ο : Κλινική εικόνα καρκίνου του προστάτη

4.1 Συμπτώματα προστάτη	28
-------------------------------	----

Κεφάλαιο 5^ο : Διάγνωση καρκίνου του προστάτη

5.1 Διάγνωση	31
5.2 Φυσική εξέταση	31
5.2.1 Δακτυλική εξέταση ορθού	31
5.3 Απεικονιστική εξέταση	32
5.3.1 Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA)	32
5.3.2 Μαγνητική τομογραφία	32
5.3.3 Αξονική τομογραφία	33
5.3.4 Διορθωτικό υπερηχογράφημα	33
5.3.5 Σπινθηρογράφημα οστών	33
5.3.6 Ουρηθροκυστεοσκόπηση	34
5.3.7 Βιοψίες	34
5.4 Μορφές Προστατικού Καρκίνου	35
5.5 Σταδιοποίηση	36
5.5.1 Σύστημα καθορισμού σταδιοποίησης	36
5.5.2 Σύστημα TNM	37
5.5.3 Σταδιοποίηση της τοπικής επέκτασης της νόσου(T-staging)	37
5.5.4 Σταδιοποίηση της επέκτασης στους λεμφαδένες (N - staging)	38
5.5.5 Προσδιορισμός των απομακρυσμένων μεταστάσεων (M-staging)	39

Κεφάλαιο 6^ο : Θεραπεία καρκίνου του προστάτη

6.1 Θεραπεία	42
6.1.1 Χειρουργική επέμβαση	42
6.1.2 Ακτινοθεραπεία	43
6.1.3 Χημειοθεραπεία-Χημειοπροφύλαξη	43
6.1.4 Βραχυθεραπεία	44
6.1.5 Ριζική προστατεκτομή (RP)	45
6.1.6 Ορμονική θεραπεία	45
6.1.7 Κρυοθεραπεία	46
6.1.8 Συνδυασμός θεραπειών	47

Κεφάλαιο 7^ο: Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του προστάτη

7.1 Περιεγχειρητική Φροντίδα	49
------------------------------------	----

7.2 Προεγχειρητική Φάση	49
7.2.1 Προεγχειρητικά Κριτήρια	49
7.2.2 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση	50
7.2.3 Κλινική Εκτίμηση	51
7.2.4 Σωματική προετοιμασία	51
7.2.5 Ζωτικά σημεία και πρόληψη φλεβικής θρομβοεμβολής	52
7.2.6 Προεγχειρητική Διδασκαλία	52
7.3 Διεγχειρητική Φάση	54
7.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή	54
7.4 Μετεγχειρητική Φάση	55
7.4.1 Προετοιμασία Υποδοχής του Μετεγχειρητικού Ασθενούς	56
7.4.2 Μετεγχειρητική Περίοδος	56
7.4.3 Άμεση Μετανασθητική Φροντίδα	57
7.4.4 Συνεχιζόμενη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	57
7.4.5 Φροντίδα τραύματος και χειρουργικά επιθέματα	58

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	61
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	61
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο προστάτης αναφέρεται για πρώτη φορά σε κείμενο του Ηροφίλου, τον 4ο αιώνα π.χ., το οποίο παρατίθεται από τον Γαληνό.

Το όργανο χαρακτηρίστηκε από τους μεταγενέστερους «ως αδήν προσηρτημένος εις το γεννητικόν σύστημα του ανδρός». Ο ανατομικός αυτός όρος είναι μία λέξη, που στη Χειρουργική Παθολογία των Ουρολόγων, ακούγεται συχνότερα από κάθε άλλη, αφού το 60% των ανδρών υφίσταται τα δεινά της καλοήθους υπερπλασίας των οργάνων, ενώ το 30% αυτών που ξεπερνούν την ηλικία των 60 χρόνων υποβάλλεται σε κάποια μορφή χειρουργικής θεραπείας. Παρ' όλα αυτά οι άνδρες δεν αρέσκονται στο να κάνουν προληπτικές εξετάσεις κάθε χρόνο.

Αρκετοί δεν τους αρέσει ούτε καν να μιλούν για αυτό. Όπως και με άλλα θέματα τα οποία αφορούν την ευρύτερη περιοχή της κάτω κοιλιακής χώρας, έτσι και το θέμα του προστάτη αποτελεί ταμπού. Ωστόσο το να είναι κανείς ανοιχτός σχετικά με θέματα του προστάτη του και η έγκαιρη επίσκεψη στον γιατρό αποτελεί ένα πολύ έξυπνο βήμα γιατί μόνον τότε είναι αποτελεσματική η αντιμετώπιση της νόσου. Το γεγονός λοιπόν ότι ο προστάτης είναι πολύ συχνός στους άνδρες ενώ η θεραπεία της κατά κανόνα χειρουργική, μας ώθησε στη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά είναι τα προβλήματα που απασχολούν το ανδρικό φύλο την σημερινή εποχή. Δεν είναι μόνο τα προβλήματα κοινωνικής φύσεως αλλά και τα προβλήματα σχετικά με την υγεία τους. Η κακή ποιότητα ζωής, το άγχος, το στρές, και οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η κακή διατροφή, αυξάνουν τα προβλήματα υγείας και καταστρέφουν την ποιότητα ζωής τους.

Ένα από αυτά τα προβλήματα είναι και ο καρκίνος του προστάτη. Απασχολεί το 80% των ανδρών ηλικίας άνω των 60 ετών. Στην συγκεκριμένη εργασία θα αναπτυχθούν τα προβλήματα που προκαλούνται από τον καρκίνο του προστάτη όπως και οι τρόποι πρόληψης τους και αντιμετώπισης τους, η νοσηλευτική προσέγγιση του θέματος και η αποκατάσταση τους. Ομολογουμένως ο προστάτης είναι καθαρά ένα ανδρικό πρόβλημα υγείας αλλά δεν είναι όμως και καθαρά ανδρικό θέμα λόγω του ότι επηρεάζοντας τη ποιότητα ζωής των ανδρών επηρεάζονται και οι προσωπικές τους σχέσεις με τη σύντροφό τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον δημιουργώντας κατά αυτό τον τρόπο προβλήματα επικοινωνίας με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Λαμβάνοντας υπ' όψη αυτές τις παραμέτρους θεωρούμε ότι ο καρκίνος προστάτη είναι ένα ζήτημα που μας αφορά όλους έμμεσα και πρέπει να έχουμε κάποιες υποτυπώδεις γνώσεις γύρω από το θέμα για να μπορούμε να αντιληφθούμε την ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντος και να βοηθήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο για την πρόληψη και την αποκατάσταση των προβλημάτων που δημιουργούνται.

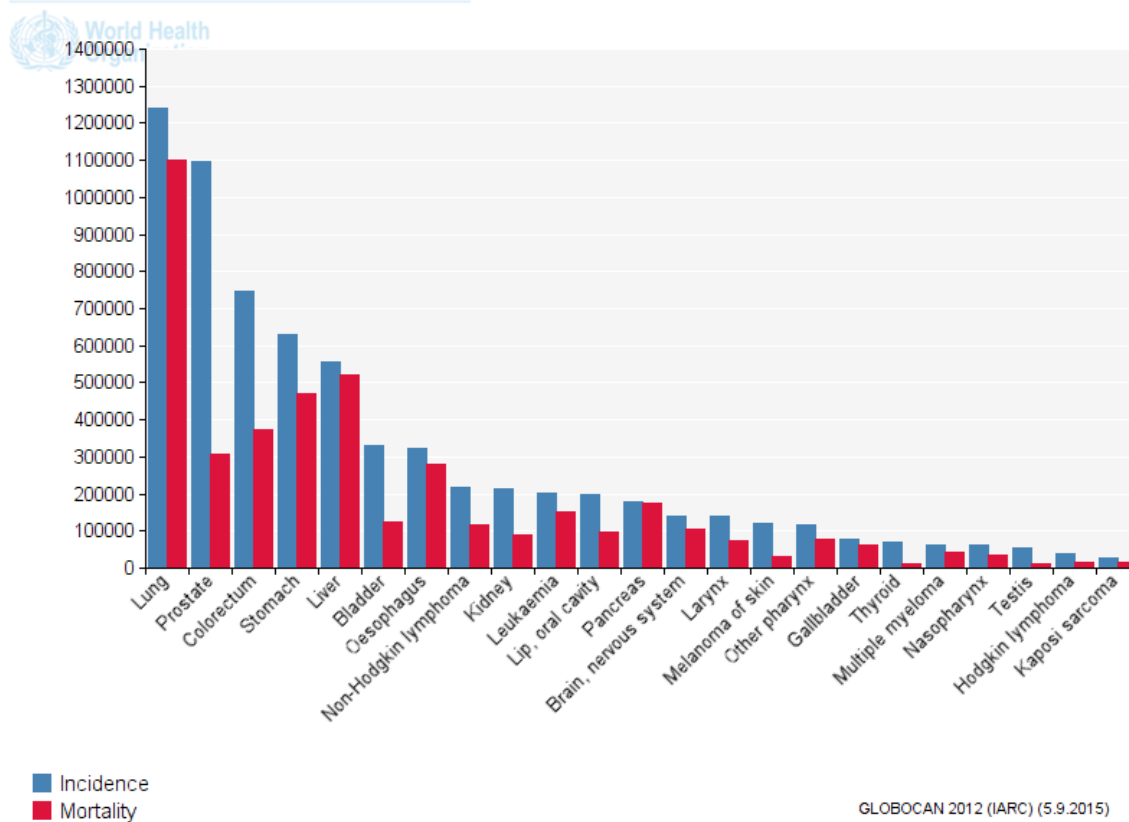
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Επιδημιολογία προστάτη

1.1 Επιδημιολογία

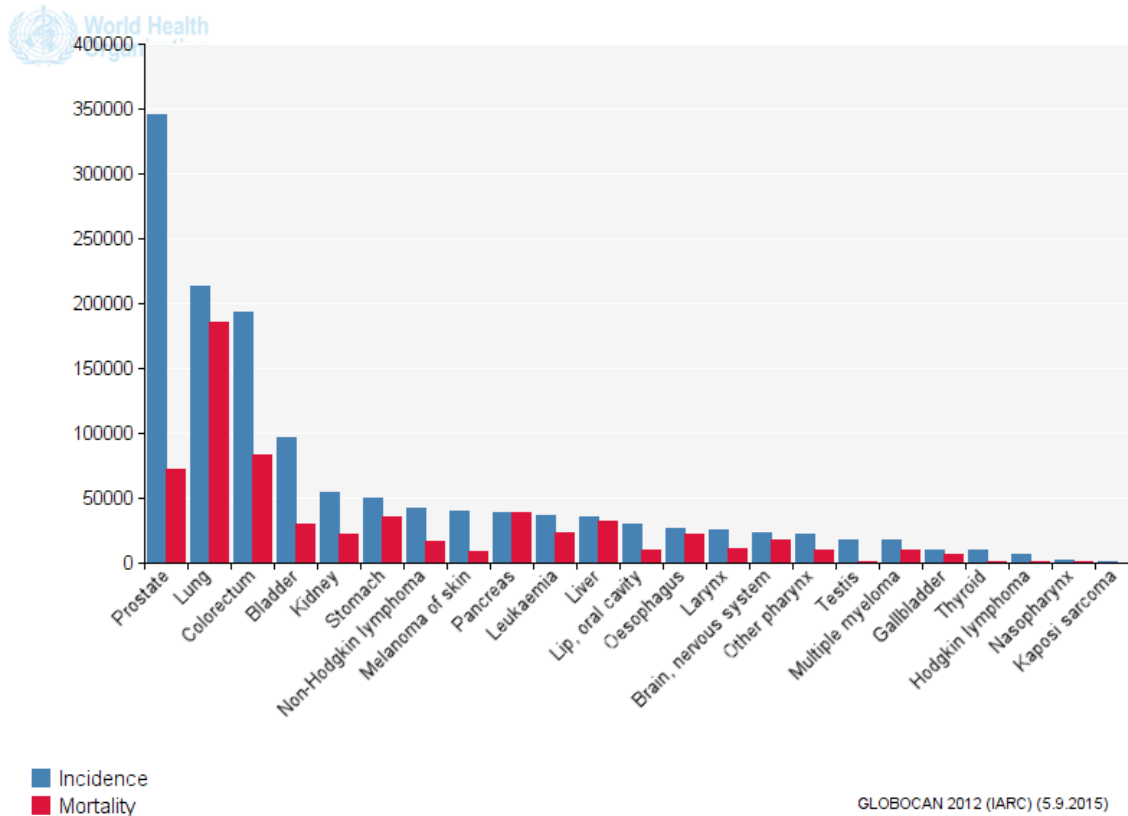
Ο καρκίνος του προστάτη αναγνωρίζεται σήμερα ως ένα από τα πιο σημαντικά ιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ανδρικός πληθυσμός, είναι η πιο συχνή διάγνωση καρκίνου στους άνδρες. Επιπλέον, ο καρκίνος του προστάτη είναι σήμερα η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες. Επειδή η εξέταση PSA, έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στην συχνότητα από ό,τι στη θνησιμότητα, έτσι υπάρχει μικρότερη διακύμανση στα ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως (Δέκα φορές) από ότι παρατηρείται για συχνότητα εμφάνισης (25-πλάσια), και ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του προστάτη είναι σχεδόν η ίδια και στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες περιοχές.

International Agency for Research on Cancer World: Male, all ages



Στην Ευρώπη, ο καρκίνος του προστάτη είναι το πιο κοινό στερεό νεόπλασμα, με συχνότητα 370.733 περιπτώσεις, το 21,8% του συνόλου (12% από όλα τα είδη καρκίνων στον άνδρα), σύμφωνα με τα στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού Ερευνών για τον Καρκίνο.

International Agency for Research on Cancer European Union (EU-28): Male, all ages



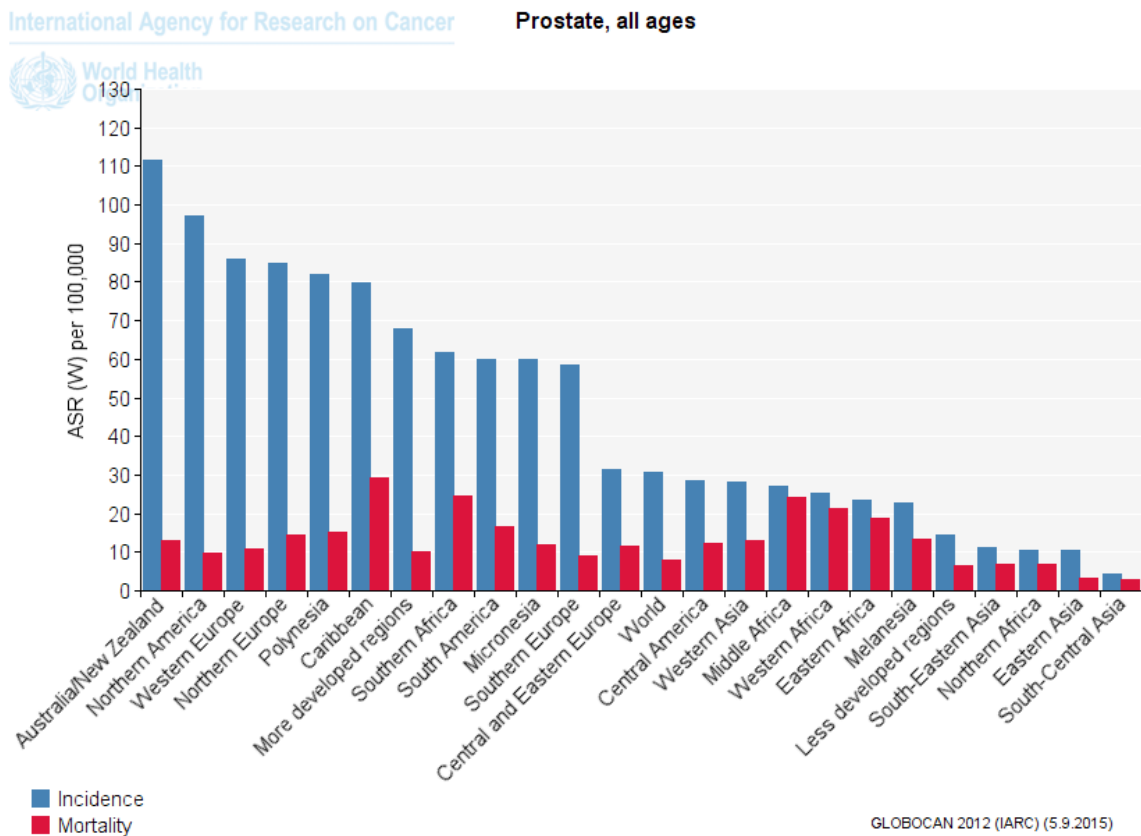
Στις Ηνωμένες Πολιτείες , εκτιμάτε πως 240.890 νέες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη θα εμφανιστούν κατά τη διάρκεια του 2011. Για λόγους που παραμένουν ασαφείς, οι συχνότητες εμφάνισης καρκίνου είναι σημαντικά υψηλότερη σε Αφρο-Αμερικανούς σε σχέση με τους λευκούς.

Τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του προστάτη αλλάζουν σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και τα μέσα της δεκαετίας του 1990, σε μεγάλο βαθμό ευθύνονται οι αλλαγές αυτές στο προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του προστάτη με το προστατικό ειδικό αντιγόνο (PSA) στο αίμα.

Από το 1998, τα ποσοστά εμφάνισης έχουν παρέμειναν σχετικά σταθερές. Ο καρκίνος του προστάτη προσβάλλει ηλικιωμένους άνδρες πιο συχνά από ότι τους νέους άνδρες. Επομένως, υπάρχει μεγάλη ανησυχία για την υγεία, στις ανεπτυγμένες χώρες με μεγαλύτερο ποσοστό, τους ηλικιωμένους άνδρες. Έτσι, στις ανεπτυγμένες χώρες περίπου 15% των

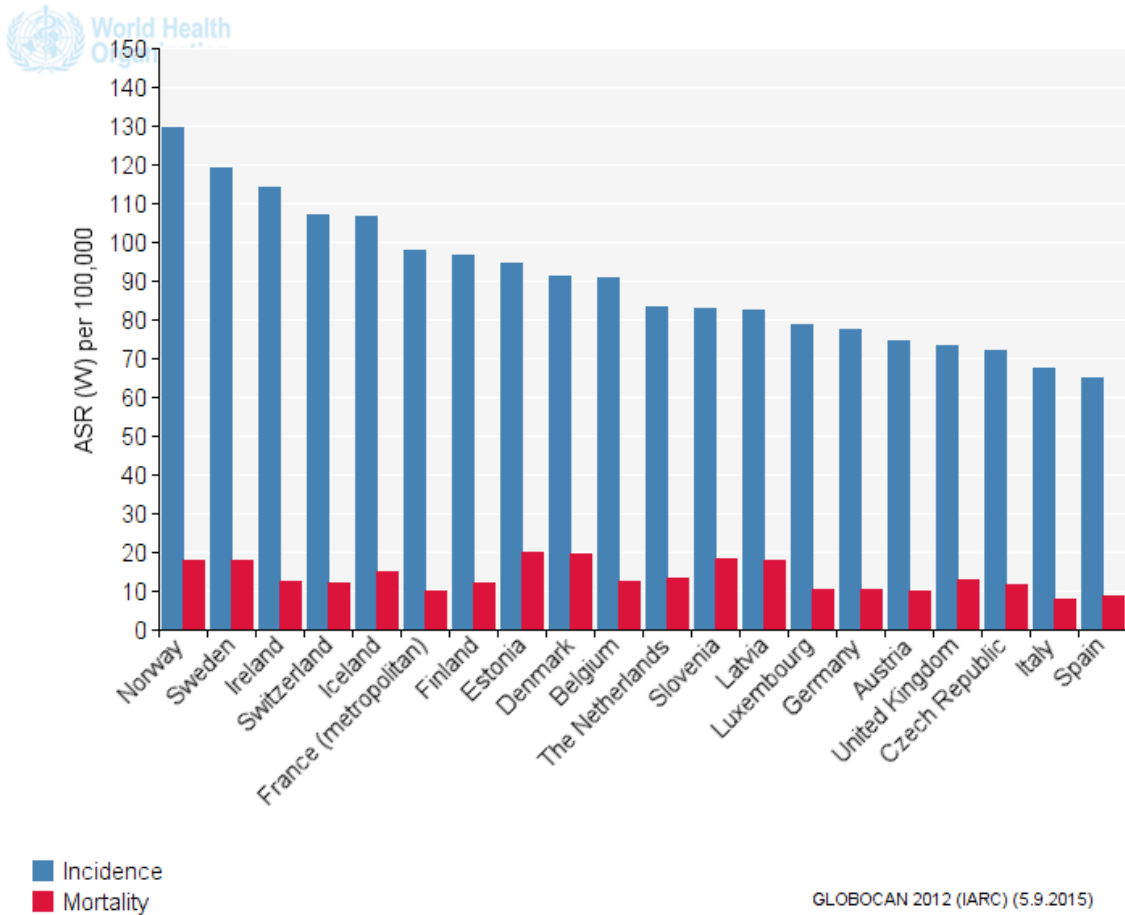
ανδρών εμφανίζουν καρκίνων του προστάτη σε σύγκριση με το 4% των σε υπανάπτυκτες χώρες.

Υπάρχουν μεγάλες περιφερειακές διαφορές στα ποσοστά του καρκίνου του προστάτη, οι οποίες ποικίλλουν σε πάνω από 25 χώρες σε όλο τον κόσμο. Τα υψηλότερα ποσοστά είναι στην Αυστραλία / Νέα Ζηλανδία (104.2 ανά 100.000), ενώ στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη, και τη Βόρεια Αμερική, λόγω του έλεγχου από το ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και την συχνή βιοψία, που είναι ευρέως διαδεδομένες σε αυτές τις περιοχές τα ποσοστά είναι χαμηλότερα. Επίσης τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου σε ορισμένες αναπτυσσόμενες περιοχές όπως η Καραϊβική, Νότια Αμερική, και την υποσαχάρια Αφρική είναι αρκετά υψηλό. Το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του προστάτη σε μικρότερες ηλικία εκτιμάτε πως είναι στη Νότια Κεντρική Ασία.



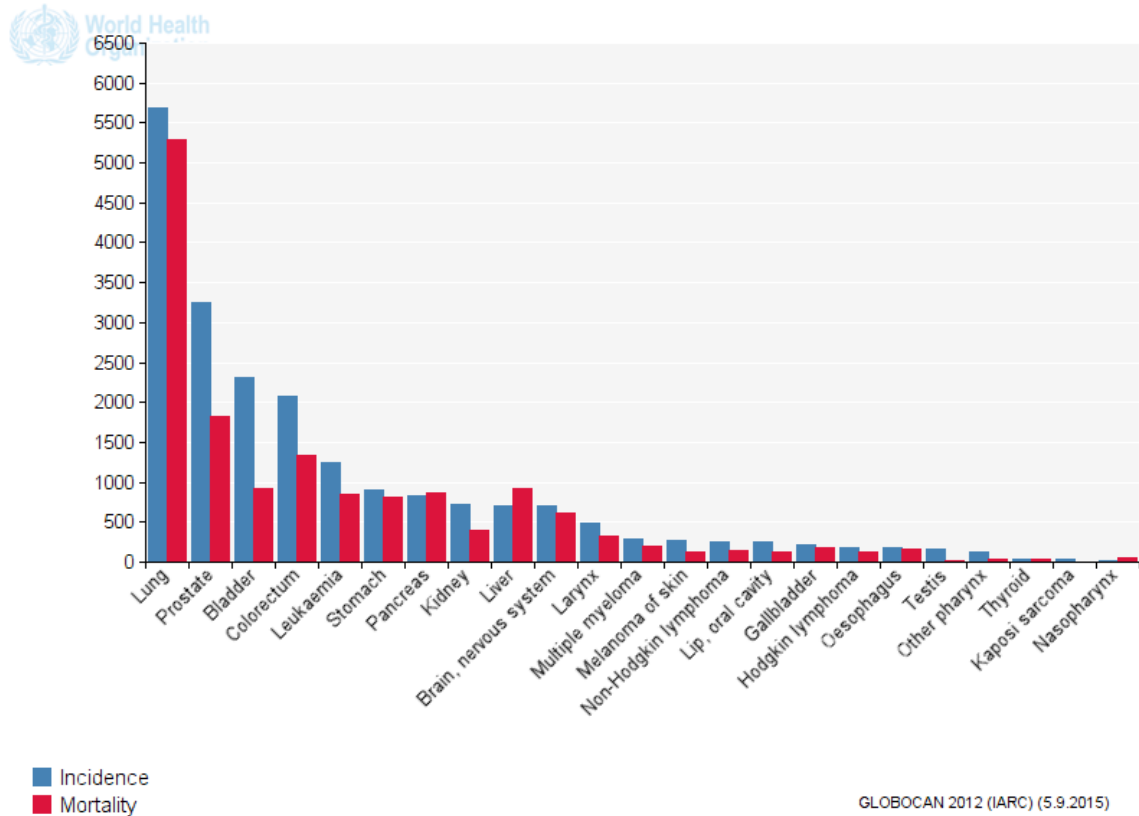
Η συχνότητα είναι αυξανόμενη στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αν και σε μερικές από αυτές π.χ. Σουηδία, Φινλανδία και Κάτω Χώρες, η συχνότητα έχει αρχίσει να μειώνονται κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3-4 ετών. Τα ποσοστά εμφάνισης ήταν υψηλότερο στην Ιρλανδία, τη Γαλλία, το Βέλγιο, και τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Νορβηγία, Σουηδία, Ισλανδία, και Φινλανδία).

International Agency for Research on Cancer **Prostate, all ages**

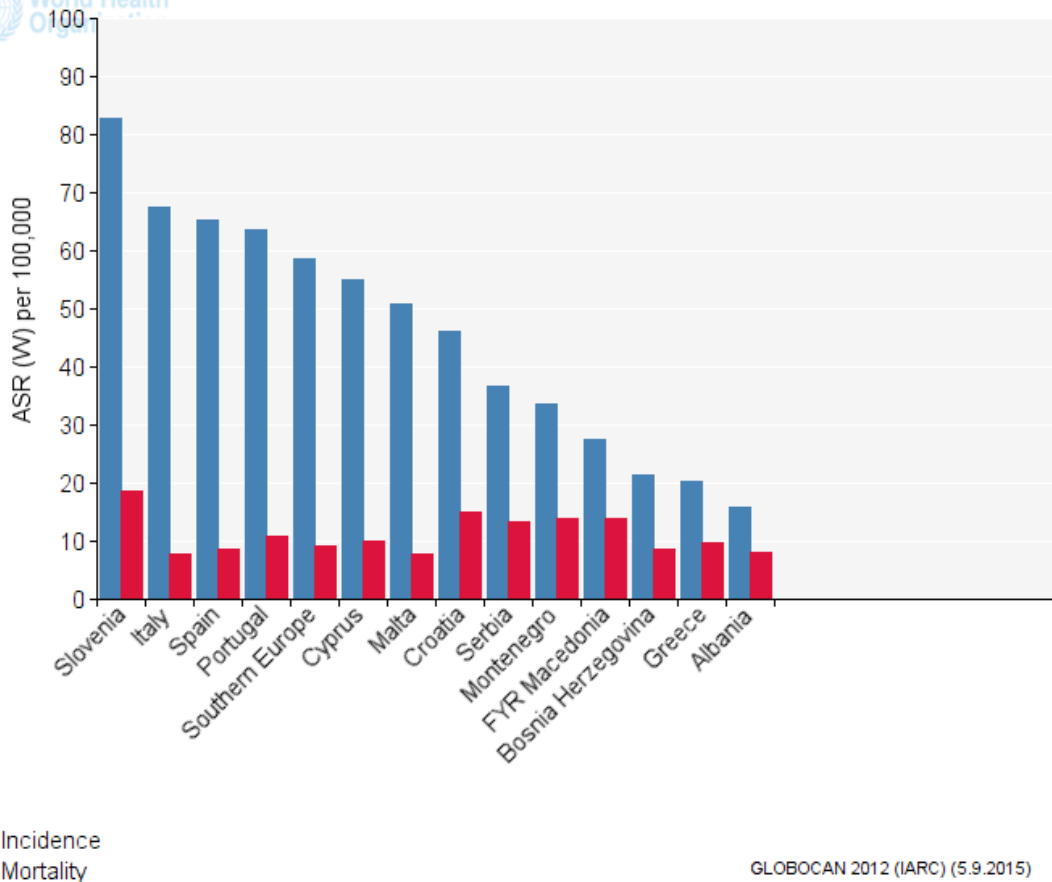


Τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα σε κάποιες περιοχές της Κεντρικής, Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Τουρκίας, της Βουλγαρίας, της Ρουμανίας και της Ελλάδας¹.

International Agency for Research on Cancer Greece: Male, all ages



Στην Ανατολική Ευρώπη (η Λευκορωσία, η Τσεχία, η Πολωνία, η Ρωσία, και η Σλοβακία), παρατηρήθηκε μια αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου σχεδόν 10% ανά έτος στην Τσεχία και τη Ρωσία. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του προστάτη στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ήταν ακόμη χαμηλές σε σύγκριση με την υπόλοιπη ήπειρο. Η Ρωσία αναφέρεται πως έχει τη χαμηλότερη συχνότητα με μόνο 26,1 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα-έτη το 2008².



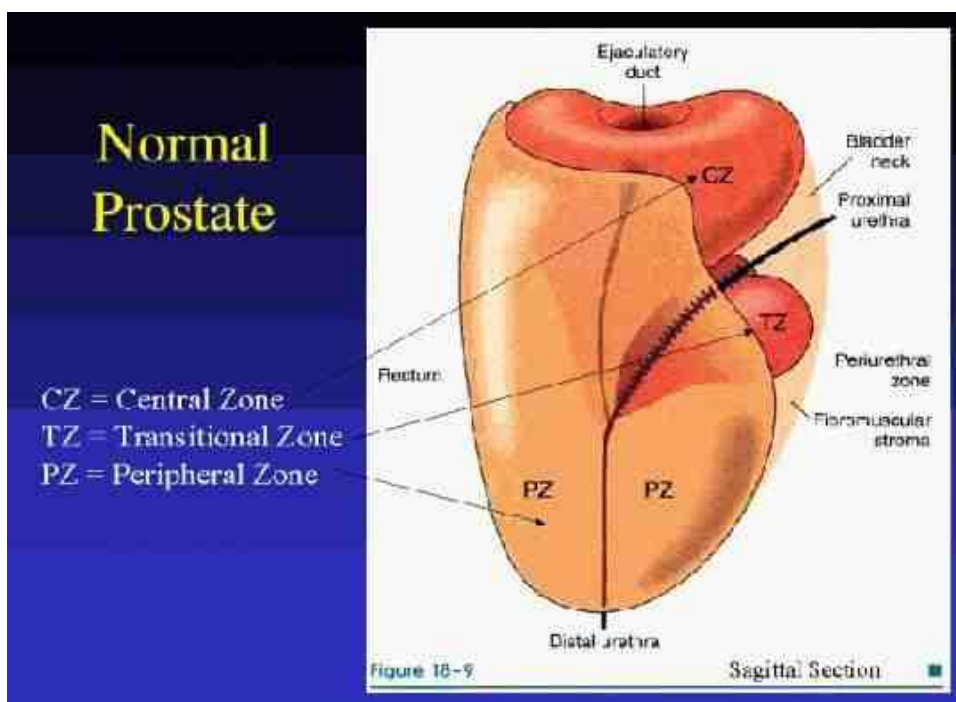
Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι γενικά υψηλό σε κυρίως μαύρο πληθυσμούς (Καραϊβική, 26,3 ανά 100.000 και την υποσαχάρια Αφρική, 18-19 ανά 100.000), πολύ χαμηλότερα σε Ασία (Π.χ. 2,5 ανά 100.000 στην Ανατολική Ασία), και ενδιάμεσα στην Ευρώπη και Ωκεανία. Στις ΗΠΑ, περίπου 33.720 θανάτους το 2011, ο καρκίνος του προστάτη είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες. Τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο παρουσιάζουν μείωση από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και στους Αφρο-Αμερικανούς και λευκούς. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά θανάτου μειώθηκαν αρκετά μεταξύ των αφρο-Αμερικανών και των λευκών ανδρών, εξακολουθούν παρ'αυτα να έχουν διπλάσια ποσοστά θνητότητας από τους λευκούς¹.

Κεφάλαιο 2^ο

Ανατομία – Παθοφυσιολογία προστάτη

2.1 Ανατομία

Ο προστάτης βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του εξωτερικού σφιγκτήρα. Ο κανονικός προστάτης στους ενήλικες είναι περίπου 4cm σε μήκος και 4-5cm σε πλάτος. Διατρέχεται σε όλο το μήκος, της οπίσθιας ουρήθρας και είναι στερεωμένο στο πυελικό έδαφος με περιτοναϊκή επένδυση. Η ενδοπυελική περιτονία αποτελεί συνέχεια της ενδοκοιλιακής περιτονίας και δυο πυκνές συμπυκνώσεις της ενδοπυελικής περιτονίας στο πρόσθιο τμήμα του προστάτη που είναι τοποθετημένο στο ηβικό οστό ως ηβο-προστατικός / ηβο-ουρηθρικός σύνδεσμος. Αυτοί οι σύνδεσμοι περιέχουν των εξωστήρα (κύστη), της μυϊκές ίνες που σταθεροποιούν τον προστάτη, την ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη στο ηβικό οστό. Πρόσθια, ο προστάτης καλύπτεται από ένα πλούσιο πλέγμα των φλεβών που είναι και γνωστή ως φλεβικό πλέγμα του Santorini. Οπίσθια, ο προστάτης διαχωρίζεται από το ορθό και τη περιτονία του Denonvilliers ή την εμπρόσθια όψη της προστατικής περιτονίας, που εμβρυολογικά προέρχεται από το περιτόναιο³.



Αποτελείται από 2 κύριες περιοχές : την περιφερική και την κεντρική ζώνη. Σε φυσιολογικό προστάτη οι 2 αυτές ζώνες αποτελούν το 95% της μάζας του προστάτη, ενώ το 5% αποτελείται από τη μεταβατική ζώνη, ένα πρόσθιο ινομυϊκό τμήμα και μία ζώνη του προ-προστατικού σφιγκτήρα . Ο Ca προστάτη της περιφερικής ζώνης μπορεί να είναι ψηλαφητός στη δακτυλική εξέταση από το ορθό, σαν σκληρό οζίδιο ή σαν σκλήρυνση ⁴.

Ο προστάτης αποτελείται από τρεις βασικές ζώνες: την περιφερική ζώνη η οποία αποτελεί το 70% του όγκου του οργάνου και της οποίας οι πόροι των αδένων εκβάλλουν στην ουρήθρα επί τα εκτός και κάτω του σπερματικού λοφιδίου, την κεντρική ζώνη η οποία αποτελεί το 20% του όγκου του προστάτη και της οποίας τα αδένια εκβάλλουν στην ουρήθρα πλαγίως και προς την βάση του προστάτη και τέλος την μεταβατική ζώνη η οποία αποτελεί το 5% του όγκου του προστάτη και είναι η εστία ανάπτυξης της υπερπλασίας. Το 75% των καρκίνων του προστάτη προέρχονται από την περιφερική ζώνη του αδένα, το 15% προέρχεται από την κεντρική ζώνη και το 10% από τη μεταβατική ζώνη. Η τρεις αυτές ζώνες παρουσιάζουν ιστολογικές και βιολογικές διαφορές, προφανώς επειδή έχουν διαφορετική εμβρυολογική προέλευση ⁴⁻⁵.

2.2 Παθοφυσιολογία

Ο ενήλικος προστάτη είναι ένας σταθερός, ελαστικός αδένας που έχει το σχήμα μιας ανεστραμμένης πυραμίδας και βρίσκεται στη βάση της κύστης. Διασχίζεται από την προστατική ουρήθρα και τα ζεύγη αγωγών εκσπερμάτωσης, η τελευταία περιφερική κένωση γίνεται στο σπερματικό έπαρμα. Το σπερματικό έπαρμα είναι ένα μικρό οπίσθιο ύψωμα του ιστού και βρίσκεται απομακρυσμένο από την προστατική ουρήθρα.

Περιέχει μια μικρή κεντρική κοιλότητα που επικοινωνεί με την ουρήθρα, το ελλειπτικό κυστίδιο. Οι μετρήσεις του προστάτη είναι περίπου 3.4 cm σε μήκος, 4,4 cm σε πλάτος και 2.6 cm σε πάχος. Το βάρος του κανονικού αδένα είναι μεταξύ 15 και 20 γρ ⁶.

Οι φυσιολογικές ιδιότητες του προστάτη είναι παρόμοιες με εκείνους των άλλων εξωκρινών αδένων. Οι ακριβείς λειτουργίες του προστάτη παραμένουν ασαφείς, αλλά μερικά

συμπεράσματα μπορούν να γίνουν. Ο προστάτης είναι σε ιδανική θέση για να εμποδίσει την είσοδο των παθογόνων στην αναπαραγωγική οδό με ισχυρή έκκριση βιολογικών παραγόντων οι οποίοι λέγονται βακτηριοστατική. Οι ουσίες αυτές περιλαμβάνουν μεταλλικά ιόντα, πρωτεΐνάση και έντονα φορτισμένα οργανικά μόρια όπως σπερμίνη. Η συνολική συνεισφορά σε σπερματικό υγρό (κατά μέσο όρο 3 ml) που γίνεται από τις εκκρίσεις του προστάτη είναι περίπου 0,5 ml. Το pH αυτών των εκκρίσεων του προστάτη είναι σχετικώς αλκαλικό και κυμαίνεται από 6 έως 8, ενδεχομένως να εξουδετερώνει και το όξινο περιβάλλον της ουρήθρας και του κόλπου. Συστατικά του προστατικού υγρού συμμετέχουν στην πήξη και τη λύση (ειδικό προστατικό αντιγόνο) του σπέρματος. Η πήξη αυτή, καθώς και η υγροποίηση μπορεί με κάποιο τρόπο να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της γονιμότητας επιτρέποντας στο σπέρμα υψηλότερο χρόνο παραμονής στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα ⁷.

Η καλοήθης υπερπλασία προστάτη είναι ευρέως διαδεδομένη σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας και γίνεται έκδηλη από την ηλικία των 50 ετών. Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη εντοπίζεται πρωταρχικά στην μεταβατική ζώνη του προστάτη μέσω της οποίας περνά η ουρήθρα, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση του αδενικού ιστού του προστάτη. Επίσης, παρατηρείται αύξηση του λείου μυός του προστατικού στρώματος και του αυχένα της ουροδόχου κύστης, έχοντας ως αποτέλεσμα αυξημένη αντίσταση και επακόλουθη απόφραξη της εξόδου της ουροδόχου κύστης. Οι τρεις οντότητες των συμπτωμάτων κατώτερης ουροποιητικής οδού, της καλοήθους υπερπλασίας προστάτη και της απόφραξης της εξόδου της ουροδόχου κύστης είναι ανεξάρτητες μεταβλητές, αλλά μπορούν να συνυπάρχουν και να καθορίζουν την κλινική κατάσταση ⁸.



Κεφάλαιο 3^ο

Πρόληψη του καρκίνου του προστάτη

3.1 Πρόληψη

Όπως έλεγε και ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης, καλύτερα να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε. Έτσι και με τον προστάτη υπάρχουν αρκετοί, δυνητικά προστατευτικοί, διαιτητικοί παράγοντες που επηρεάζουν στην επίπτωση του καρκίνου του προστάτη. Έχουν μελετηθεί πολλοί παράγοντες που μπορεί να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Αυτές είναι: άσκηση, άγχος, διαιτητικά λίπη, σόγια, κάπνισμα, λιναρόσπορος, γαλακτοκομικά και ασβέστιο, ήλιος και βιταμίνη D, βιταμίνη E και Σελήνιο, λυκοπένιο, ρόδι, πράσινο τσάι, κουρκουμάς, φάρμακα ⁹.

3.1.1 Οι ακόλουθοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη είναι:

- ❖ Ηλικία
- ❖ Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη
- ❖ Φυλή
- ❖ Ορμόνες
- ❖ Βιταμίνη E
- ❖ Φολικό οξύ
- ❖ Γαλακτοκομικά προϊόντα και ασβέστιο

Ηλικία: Ο καρκίνος του προστάτη είναι σπάνιος σε άνδρες ηλικίας κάτω των 50 ετών. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη αυξάνεται καθώς οι άνδρες γερνούν.

Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη: Ένας άνδρας του οποίου ο πατέρας, αδελφός, ή ο γιος είχε καρκίνο του προστάτη έχει υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη από έναν άλλον με συγγενή χωρίς καρκίνο προστάτη.

Φυλή: Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται πιο συχνά σε άνδρες της Αφρικής και της Αμερικής από ό, τι σε λευκούς άνδρες και γι αυτό έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από 'τι οι λευκοί.

Ορμόνες: Ο προστάτης χρειάζεται μια αντρική ορμόνη για να λειτουργήσει με τον τρόπο που πρέπει. Η κύρια ανδρική ορμόνη είναι η τεστοστερόνη. Η τεστοστερόνη βοηθά το σώμα να αναπτύξει και να διατηρήσει ανδρικά χαρακτηριστικά του φύλου. Η τεστοστερόνη μετατρέπεται σε διυδροτεστοστερόνη (DHT) από ένα ένζυμο στο σώμα. DHT είναι σημαντική για τη φυσιολογική ανάπτυξη του προστάτη, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει στον προστάτη υπερπλασία και έτσι παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του προστατικού καρκίνου.

Βιταμίνη Ε: Το σελήνιο και η βιταμίνη Ε είναι καρκινικός Δίκτης και διαπιστώθηκε ότι η βιταμίνη Ε που λαμβάνονταν αύξησε τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Ο κίνδυνος συνεχίστηκε ακόμα και μετά οπου οι άνδρες σταμάτησαν να λαμβάνουν βιταμίνη Ε.

Φολικό οξύ: Φολικό είναι ένα είδος βιταμίνης Β που εμφανίζεται φυσικά σε ορισμένα τρόφιμα, όπως τα πράσινα λαχανικά, φασόλια και χυμό πορτοκαλιού. Το φολικό οξύ είναι μια τεχνητή μορφή του φυλλικού οξέος που βρίσκεται σε συμπληρώματα βιταμινών και τα εμπλουτισμένα τρόφιμα, όπως το ψωμί ολικής αλέσεως και τα δημητριακά. Μια μελέτη 10 χρόνων έδειξε ότι ο κίνδυνος του καρκίνου του προστάτη ήταν αυξημένος στους άνδρες που έλαβαν 1 χιλιοστόγραμμα (mg) σε συμπληρώματα διατροφής.

Γαλακτοκομικά προϊόντα και ασβέστιο: Μια δίαιτα πλούσια σε γαλακτοκομικά προϊόντα και ασβέστιο μπορεί να προκαλέσει μια μικρή αύξηση του κινδύνου καρκίνου του προστάτη.

3.1.2 Οι ακόλουθες προστατευτικές παράγοντες μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του καρκίνου του προστάτη:

- ❖ Φυλλικό οξύ
- ❖ Η φιναστερίδη και ντουταστερίδη

Φυλλικό οξύ: Μια μελέτη 10 χρόνων έδειξε ότι ο κίνδυνος του καρκίνου του προστάτη ήταν χαμηλότερη σε άνδρες που είχαν αρκετό φολικό στη διατροφή τους. Ωστόσο, ο κίνδυνος του καρκίνου του προστάτη αυξήθηκε στους άνδρες που έλαβαν 1 χιλιοστόγραμμα (mg) συμπληρώματα φυλλικού οξέος.

Η φιναστερίδη και ντουταστερίδη: Η φιναστερίδη και ντουταστερίδη είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να μειώσουν την ποσότητα των αρσενικών ορμονών του φύλου παράγεται από τον οργανισμό. Τα φάρμακα αυτά μπλοκάρουν το ένζυμο που αλλάζει την τεστοστερόνη σε διυδροτεστοστερόνη (DHT). Υψηλότερα από τα φυσιολογικά επίπεδα της DHT μπορεί να διαδραματίσει ένα ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη. Λήψη φιναστερίδης ή ντουταστερίδης έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη, αλλά δεν είναι γνωστό εάν αυτά τα φάρμακα μειώνουν τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του προστάτη ¹⁰. Από μελέτες που έγιναν όμως συμπεραίνουμε η φιναστερίδη αρχικά προβλέπονται για τους άνδρες που πάσχουν από καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ), θέτοντας ένα ερώτημα αν είναι ποιο χρήσιμο για την πρόληψη ή την θεραπεία ¹¹.

3.1.3 Υπάρχει και μια κατηγορία η όποια έχουν αποδειχθεί ότι δεν επηρεάζουν τον κίνδυνο καρκίνου του προστάτη αλλά τα αποτελέσματά τους δεν είναι και τόσο γνωστά και είναι τα εξής:

- ❖ Το σελήνιο και η βιταμίνη E
- ❖ Διατροφή
- ❖ Προβιταμίνες
- ❖ Το λυκοπένιο

Το σελήνιο και η βιταμίνη E: Πάνω στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη μελετήθηκε κατά πόσο η λήψη βιταμίνης E και του σεληνίου μπορεί να αποτρέψει τον καρκίνο του προστάτη. Το σελήνιο και η βιταμίνη E δοθήκαν ξεχωριστά αλλά και μαζί σε υγιείς άνδρες 55 ετών και άνω. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η λήψη σεληνιού μόνης της ή σελήνιο και βιταμίνη E μαζί δεν μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο του καρκίνου του προστάτη ². Ακόμα και από μια άλλη μελέτη διαπιστώνουμε από τη πρόσληψη σεληνίου και βιταμίνης E ότι ο κίνδυνος είναι παραπάνω από διπλάσιος ¹².

Διατροφή: Δεν έχει γίνει γνωστό εάν η μείωση του πάχους ή η αύξηση των φρούτων και των λαχανικών πάνω στη δίαιτα βοηθάνε στη μείωση του κινδύνου για το καρκίνο του προστάτη ή στο θάνατο από καρκίνο του προστάτη

Πολυβιταμίνες: Η τακτική χρήση πολυβιταμινών δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ή εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη. Ωστόσο, μια μεγάλη μελέτη έδειξε αυξημένο κίνδυνο προχωρημένου καρκίνου του προστάτη που έπαιρναν πολυβιταμίνες πάνω από επτά φορές την εβδομάδα ¹⁰.

Το λυκοπένιο: Το λυκοπένιο είναι ένα φωτεινό κόκκινο καροτενοειδούς χρωστικής ουσίας , ένα φυτοχημικό που βρέθηκαν στις ντομάτες και άλλα κόκκινα φρούτα. Το λυκοπένιο είναι το πιο ισχυρό αντιοξειδωτικό καροτενοειδές στο ανθρώπινο σώμα.¹³. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει την αυξημένη κατανάλωση λυκοπενίου με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από πειράματα που δείχνουν ότι το λυκοπένιο δεν ενισχύει μόνο την αντιοξειδωτική απόκριση των κυττάρων του προστάτη, αλλά ότι είναι ακόμη σε θέση να αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό και να μειώνουν την μεταστατική ικανότητα των κυττάρων καρκίνου του προστάτη. Ακόμα όμως δεν έχει αποδειχθεί κλινικά ότι υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση του λυκοπενίου στην πρόληψη ή τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, λόγω του περιορισμένου αριθμού των δημοσιευμένων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών και την κυμαινόμενη ποιότητα των υπαρχόντων ¹⁴.

3.1.4 Αποφυγή των παραγόντων κινδύνου και αύξηση των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του καρκίνου.

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν: 1) το κάπνισμα, 2) το υπερβολικό βάρος, 3) η υπερβολική άσκηση. Η αύξηση των προστατευτικών παραγόντων όπως η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή και η άσκηση μπορεί επίσης να βοηθήσει στην πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου. Συζητήστε με το γιατρό σας ή άλλο επαγγελματία υγείας για το πώς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του καρκίνου ¹⁰.

3.2 Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA)

Είναι μία πρωτεΐνη που παράγεται από τα φυσιολογικά κύτταρα του προστάτη. Συμμετέχει στην διάλυση πήξη και στη του σπερματικού υγρού και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην γονιμότητα. Τα υψηλότερα ποσά του PSA βρέθηκε στο σπερματικό υγρό. Ένα μέρος PSA διαφεύγει από τον προστάτη και μπορεί να βρεθεί στον ορό. Αυτή η συνιστώσα ορού έχει χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της απόκρισης στην θεραπεία στους άνδρες με καρκίνο του προστάτη. Το επίπεδο του PSA τείνει να αυξηθεί σε άνδρες με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (BPH) και είναι ένας καλός δείκτης για τον όγκο του προστάτη. Τα επίπεδα του PSA συνήθως αυξημένα σε άνδρες με οξεία βακτηριακή προστατίτιδα. Η αύξηση του PSA έχει αποδειχθεί να είναι ένα πιο ακριβές και αξιόπιστο προγνωστικό ώστε να συνιστάται μια βιοψία του προστάτη και θεραπεία ασθενών με καρκίνο προστάτη ¹⁵.

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) γνωστό και ως ανθρώπινη καλλικρεΐνη 3 (hK3) είναι μέλος της οικογένειας καλλικρεΐνης ιστού, συντίθεται στον προστατικό ιστό, και αφού απελευθερωθεί μέσα στο σπερματικό υγρό με αποτέλεσμα την υγροποίηση του σπέρματος. Το PSA παράγεται ως μια προπροπρωτεΐνη, η οποία περιέχει 261 αμινοξέα. Παρά το γεγονός ότι το PSA είναι ένας από τους καλύτερους καρκινικούς δείκτες που διατίθενται σήμερα, το μεγαλύτερο μειονέκτημα του PSA είναι η σχετική έλλειψη ειδικά στο χαμηλότερο εύρος PSA 4-10 ng / ml. Συνήθως χρησιμοποιούνται προγνωστικοί παράγοντες για την αξιολόγηση της επιθετικότητας του όγκου ¹⁶.

Κεφάλαιο 4^ο

Κλινική εικόνα καρκίνου του προστάτη

4.1 Συμπτώματα Προστάτη

Χαμηλού σταδίου νόσος : Οι ασθενείς με νόσο που περιορίζεται μονό στον προστάτη, συχνά είναι τελείως ασυμπτωματικοί. Εκείνοι που έχουν μεγάλη καλοήγη υπερτροφία του προστάτη, αλλά με νόσο στη μεταβατική ζώνη αυτού, έχουν απόφραξη της ουρήθρας και κατακράτηση των ουρών στην ουροδόχο κύστη, χωρίς αλλά σημεία καρκίνου του προστάτη. Η διάγνωση τίθεται με διουρηθρική εκτομή.

Τοπικά προχωρημένη νόσος : Σε αυτό το στάδιο, η απόφραξη της ουρήθρας και η κατακράτηση των ουρών στην ουροδόχο κύστη είναι το πιο σύνηθες σύμπτωμα. Μερικοί ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο, παρουσιάζονται με αιματουρία, λοιμώξεις του ουροποιητικού και συμπτώματα ερεθιστικά κατά την ούρηση, λόγω απόφραξης της εξόδου της ουροδόχου κύστης.

Προχωρημένη νόσος : Σπανίως, ασθενείς που έχουν ογκώδη λεμφαδενική μετάσταση, μπορούν να παρουσιασθούν με οίδημα στα κάτω άκρα. Εκείνοι που έχουν μεταστάσεις στα οστά, συχνά έρχονται με οστικά άλγη και σπανίως με αδυναμία των κάτω ακρών ή παράλυση αυτών, λόγω συμπίεσης του νωτιαίου μυελού. Πιο αναλυτικά, ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να διασπαρεί τοπικά και σε απομακρυσμένες θέσεις. Τοπικά, μπορεί να διηθήσει τις σπερματοδόχους κύστες, την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα ⁴.

Άτυπα ενοχλήματα προστατισμού, ούτως ή άλλως εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό ανδρών πάνω από την ηλικία των 50 ετών και αποδίδονται στη συνυπάρχουσα υπερπλασία προστάτη. Άλγη στο περίνεο ή στους ορχίς, αιματουρία ή αιμοσπερμία, έχουν αναφερθεί αλλά δεν αποτελούν τυπικά συμπτώματα και δεν μπορούν να αποδοθούν ειδικά στον καρκίνο του προστάτη. Η απουσία λοιπόν ειδικής συμπτωματολογίας δεν επιτρέπει να γίνει εύκολη διάγνωση βάσει του ιστορικού και μόνο.

Η παρουσία συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα του καρκίνου σημαίνει τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο. Η διήθηση της ουρήθρας ή του αυχένα μπορεί να προκαλέσει αποφρακτικά (π.χ. δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, μειωμένη ή διακεκομμένη ροή ουρών) και/ή ερεθιστικά (π.χ. συχνουρία, νυκτουρία, επιτακτική ούρηση, επιτακτικού τύπου ακράτεια) συμπτώματα από την ούρηση.

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

Η αναιμία, η καχεξία, η απώλεια βάρους το λεμφοίδημα αποτελούν εκδηλώσεις μεταστατικής επέκτασης στο μυελό των οστών, στους λεμφαδένες και σε άλλα ζωτικά όργανα¹⁷.

Κεφάλαιο 5^ο

Διάγνωση καρκίνου του προστάτη

5.1 Διάγνωση

Η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται πολύ νωρίτερα, πριν ο ασθενής εμφανίσει τα συμπτώματα. Όταν υπάρχουν όμως, αφορούν συμπτώματα από την επέκταση του νεοπλάσματος σε γειτονικά ή απομακρυσμένα όργανα : πόνο, εντερική απόφραξη, αιματουρία, ενώ αποφρακτικά συμπτώματα από την ουροδόχο κύστη συνήθως οφείλονται σε υπάρχουσα υπερπλασία του προστατικού αδένα ¹⁸. Η εφαρμογή νέων σύγχρονων τεχνικών παρέχει σημαντικές πληροφορίες και βοηθά στη διάγνωση των καλοηθών και των κακοηθών καταστάσεων, όπως επίσης και κάποιες εξετάσεις δίνουν προγνωστικές πληροφορίες για την φυσική ιστορία της νόσου και την επικινδυνότητα της. Η διάγνωση γίνεται μέσω φυσικής εξέτασης και απεικονιστικών εξετάσεων ¹⁹.

5.2 Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την δακτυλική εξέταση του ορθού.

5.2.1 Δακτυλική εξέταση ορθού

Η δακτυλική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνεται στον ετήσιο γενικό έλεγχο όλων των ανδρών, ηλικίας άνω των 50 ετών, κατά την οποία ο αδένας ψηλαφείτε για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν τυχόν ανωμαλίες ²⁰. Με την απλή αυτή εξέταση είναι δυνατό να ανακαλυφθεί περίπου το 70% των προστατικών καρκινωμάτων της περιφερικής ζώνης του προστάτη. Κατά τη δακτυλική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνονται υπόψιν οι εξείς παράμετροι: 1) το μέγεθος, την υφή και τη μορφή του προστάτη, 2) τα χαρακτηριστικά της επιφάνειας του προστάτη, 3) η οριοθέτηση του περιγράμματος του προστάτη, 4) σκληρίες, 5) μεμονωμένοι ή πολλαπλοί σκληροί όζοι ²¹. Τέλος, η δακτυλική εξέταση θα μας δώσει πληροφορίες σχετικά με τον τόνο του σφιγκτήρος και επίσης μπορεί να εκλυθεί το βολβοσηραγγώδες αντανακλαστικό και να εξεταστεί το περιεχόμενο του ορθού ²².

5.3 Απεικονιστική εξέταση

Οι απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν τα εξής: Ειδικό προστατικό αντιγόνο(PSA), Μαγνητική και αξονική τομογραφία, διορθικό υπερηχογράφημα προστάτη, σπινθηρογράφημα οστών, ουρηθροκυστεοσκόπηση και τις βιοψίες.

5.3.1 Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA)

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο ανακαλύφθηκε τη δεκαετία του 70' και ήρθε να αντικαταστήσει την όξινη φωσφατάση, έναν από τους παλαιότερους καρκινικούς δείκτες, με μικρή ευαισθησία. Σήμερα το PSA πιθανότατα αποτελεί τον καλύτερο διαθέσιμο καρκινικό δείκτη, τόσο για την αντιμετώπιση των ασθενών όσο και για το μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο¹⁸.

Το PSA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη της οποίας η λειτουργία είναι η ρευστοποίηση του σπέρματος, με μοριακό βάρος 34.000 daltons, η οποία παράγεται από τα προστατικά επιθηλιακά κύτταρα και έχει ενζυμικές ιδιότητες και παράγεται αποκλειστικά από το επιθήλιο του προστάτη¹⁷. Οι φυσιολογικές τιμές στο αίμα είναι <4 ng/ml και αυξάνεται στο 25% των περιπτώσεων της ΚΥΠ². Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) χρησιμοποιείται ευρέως για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη στις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, η εξειδίκευση του είναι χαμηλή σε ασθενείς με επίπεδα PSA που κυμαίνονται 4,0 έως 10,0 ng / ml²³.

5.3.2 Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία έχει χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, όπου διακρίνεται σε σχετικά χαμηλής συχνότητας σήμα, στην περιφερική ζώνη και σε αύξηση, στη κεντρική και μεταβατική ζώνη. Η μαγνητική έχει αποδειχθεί, πως η ικανότητα της να ξεχωρίζει την καλοήγη από τη κακοήγη βλάβη του προστάτη και να διακρίνει την διήθηση της κάψας, δεν κινείται στα ίδια επίπεδα σε σχέση με τη δακτυλική εξέταση και το διορθικό υπερηχογράφημα, παρόλο που δίνει πολύ καλές εικόνες με μεγάλες ιστικές λεπτομέρειες του προστάτη.

5.3.3 Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται κυρίως στη σταδιοποίηση της ήδη διαγνωσμένης νόσου, ενώ δεν έχει φτάσει στο επίπεδο της ανίχνευσης του ενδοπροστατικού καρκίνου λόγω χαμηλής ευαισθησίας. Η πυελική απεικόνιση για την εκτίμηση παρουσίας διογκωμένων λεμφαδένων μπορεί να απαιτεί σε ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για μεταστάσεις, όπως PSA>20 ng/ml ή καρκίνος υψηλής κακοήθειας στη δια βελόνης βιοψία. Επομένως η πλειοψηφία των ασθενών δεν θα ωφεληθούν από την πυελική απεικόνιση με αξονική τομογραφία.

5.3.4 Διορθωτικό υπερηχογράφημα

Το διορθωτικό υπερηχογράφημα αποτελεί την συχνότερη μέθοδο της απεικόνισης του προστάτη με σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως : πολύ καλή απεικόνιση των προστατικών ζωνών και υπόπτων περιοχών του προστάτη που δεν είναι ψηλαφητές με τη δακτυλική εξέταση, είναι σχετικά φτηνό, ευρέως διαδεδομένο και απλό στη χρήση του και έχει σαν σκοπό την μέτρηση του μεγέθους του προστάτη, την έγκαιρη διάγνωση, την κατευθυνόμενη βιοψία, τη σταδιοποίηση και την ανακάλυψη υποτροπής μετά από θεραπεία^{17,19}. Συνοδεύεται απαραίτητα, από κατευθυνόμενη βιοψία λόγω της ευαισθησίας της μεθόδου που κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, περίπου στο 48-100% και η ειδικότητα της μεθόδου στο 36-94% , ενώ δεν φαίνεται να υπερέχει της δακτυλικής εξέτασης στην ικανότητα του να εκτιμά την διάσπαση της προστατικής κάψας και τη διήθησης των σπερματοδόχων κύστεων¹⁷.

5.3.5 Σπινθηρογράφημα οστών

Το σπινθηρογράφημα οστών είναι η πιο χρησιμοποιούμενη μέθοδος απεικόνισης του καρκίνου του προστάτη και των οστικών μεταστάσεων. Ωστόσο, δεν βρίσκονται στον ίδιο βαθμό κίνδυνου για οστικές μεταστάσεις όλοι οι ασθενείς κατά την διάγνωση, λόγω ότι η μέθοδος εμφανίζει ένα 8% ψεύδους αρνητικού αποτελέσματος, ενώ ένα θετικό σπινθηρογράφημα δεν σημαίνει πάντα μετάσταση και θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με

ακτινολογικό έλεγχο ²⁴. Όμως ακόμη και ένα αρνητικό σπινθηρογράφημα οστών μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες όπως: η απεικόνιση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος και μας παρέχει βασικές πληροφορίες για σύγκριση στο μέλλον ¹⁷. Το σπινθηρογράφημα οστών γίνεται με ενδοφλέβια ένεση άλατος τεχνητίου και απεικονίζει της μεταστάσεις πολύ πριν γίνουν εμφανείς σε άπλες ακτινογραφίες ²⁵.

5.3.6 Ουρηθροκυστεοσκόπηση

Είναι η μόνη μέθοδος με την οποία μπορεί να εκτιμηθεί, με την όραση, η έκταση της υπερπλασίας του προστάτη, η όποια εκτιμάται από το μήκος της οπίσθιας ουρήθρας μεταξύ του αυχένα της κύστης και του σπερματικού λοφιδίου και επιτρέπει ταυτόχρονα την επισκόπηση του εσωτερικού της κύστης ²⁶.

5.3.7 Βιοψίες

Η βιοψία του προστάτη είναι μία απλή και σχεδόν ανώδυνη εξέταση, συνιστάται όταν η τιμή του PSA είναι παθολογική ή όταν στην δακτυλική εξέταση βρεθούν ύποπτες σκληρίες ²⁷. Οι άνδρες που υποβάλλονται σε βιοψία του προστάτη έχουν διπλάσιες πιθανότητες να καταλήξουν στο νοσοκομείο εξαιτίας επιπλοκών, σε σύγκριση με όσους δεν υποβάλλονται στη συγκεκριμένη διαδικασία ²⁸.

Οι τεχνικές βιοψίες του προστάτη είναι: η διαπερινεϊκή και η διορθική. Η διαπερινεϊκή βιοψία απαιτεί περισσότερο χρόνο και αρκετές φορές είναι επώδυνη παρά την τοπική αναισθησία που χρησιμοποιείται, παρόλα αυτά υπάρχει μικρότερος κίνδυνος φλεγμονής σε σύγκριση με τη διορθική τεχνική.

Η διορθική βιοψία έχει πλεονεκτήματα όπως :

- ❖ Δεν υπάρχει ανάγκη τοπικής αναισθησίας
- ❖ Ο ασθενής μπορεί να την υπομείνει πιο εύκολα
- ❖ Μπορεί να ληφθούν αρκετά τεμάχια
- ❖ Γίνεται με τον άρρωστο σε αριστερή πλάγια θέση, κατά τη διάρκεια ενός συνήθους υπερηχοτομογραφικού ελέγχου ²⁴

Η βιοψία είναι μια επεμβατική εξέταση, που σκοπό έχει τη λήψη μικρών δειγμάτων ιστού από τον προστάτη. Η βιοψία στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται με τοπική αναισθησία, η οποία δεν πονάει, αλλά ο ασθενής καταλαβαίνει τους χειρισμούς που γίνονται, όμως σε κάποιες περιπτώσεις και εφόσον το επιθυμεί ο ασθενής, η εξέταση πραγματοποιείται με μέθη, ώστε ο ασθενής να αποφύγει κάθε αίσθημα πόνου ²⁹.

Η βιοψία γίνεται με λεπτή βελόνα υπό την καθοδήγηση του διορθώνου υπερηχογραφήματος. Το δείγμα εξετάζεται έπειτα κάτω από το μικροσκόπιο, για να ψάξουν για τα ανώμαλα κύτταρα. Η βιοψία μπορεί να επιβεβαιώσει, συνήθως, την παρουσία του καρκίνου του προστάτη ³⁰.

Παρά το ότι δεν έχει ακόμη αποδειχθεί ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του προστάτη μειώνει ουσιαστικά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα, πολλοί άνδρες επιλέγουν να ελεγχθούν με DRE και PSA. Αυτό δημιουργεί έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με παθολογικά ευρήματα και πιθανώς ανάγκη για βιοψία ³¹.

5.4 Μορφές Προστατικού Καρκίνου

1. **Κλινικός καρκίνος** : πρόκειται για τον καρκίνο που προκαλεί προστατικά ενοχλήματα τα οποία οδηγούν τον ασθενή στον ουρολόγο
2. **Λανθάνων καρκίνος** : είναι αυτός δεν είχε οδηγήσει σε κλινική συμπτωματολογία όταν ζούσε ο ασθενής και αποκαλύπτεται κατά τη διάρκεια νεκροτομικής μελέτης από τον παθολογοανατόμο
3. **Κρυφός καρκίνος** : Ο καρκίνος αυτός δεν ανακαλύπτεται από την προσβολή του προστάτη ως πρωτοπαθής όγκος αλλά από τις μεταστάσεις στα οστά και τους λεμφαδένες ή προκαλεί αύξηση του PSA
4. **Τυχαίος καρκίνος** : Πρόκειται για τον καρκίνο ο οποίος αποκαλύπτεται τυχαία στην παθολογοανατομική εξέταση στα πλαίσια μιας ανοικτής ή διουρηθρικής προστατεκτομής για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη ²².

5.5 Σταδιοποίηση

Ο κλινικός προσδιορισμός της έκτασης του καρκίνου του προστάτη σε διάφορα χρονικά σημεία κατά τη φυσική του διαδρομή, η σταδιοποίηση, είναι μια διαδικασία απαραίτητη αλλά και σημαντική. Με την σταδιοποίηση προσδιορίζουμε κυρίως την ύπαρξη ή την απουσία μεταστάσεων, στοιχεία απαραίτητα για τον καθορισμό της πρόγνωσης και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας της νόσου ³².

Η θεραπεία που εφαρμόζεται στη κακοήθεια, που περιορίζεται στο όργανο, μπορεί να είναι πολύ διαφορετική από την θεραπεία που χρησιμοποιείται εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τα όρια του προστάτη. Η τοπική εξάπλωση μπορεί επίσης να αντιμετωπίζεται πολύ διαφορετικά από ό,τι σε πιο απομακρισμένες επεκτάσεις π.χ σε λεμφαδένες ή μακρινές δομές όπως το οστεώδες σύστημα ⁵.

Οι τρόποι οι οποίοι υπάρχουν για να προσδιορίσουμε την έκταση της νόσου, σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, είναι η δακτυλική εξέταση, οι καρκινικοί δείκτες του ορού του αίματος, ο βαθμός κακοήθειας, ο απεικονιστικός έλεγχος και ο λεμφαδενικός καθαρισμός των επιχώριων λεμφαδένων ³².

5.5.1 Σύστημα καθορισμού σταδιοποίησης

Δυο είναι τα συστήματα, τα οποία χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για τον καθορισμό του σταδίου της νόσου. Το πρώτο είναι το σύστημα των Whitmore-Jewett, το οποίο παρουσιάστηκε το 1956 από τον Whitmore και τροποποιήθηκε το 1975 από τον Jewett. Το δεύτερο είναι το σύστημα TNM, το οποίο υιοθετήθηκε το 1975 από την American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting και τροποποιήθηκε το 1992 ³².

5.5.2 Σύστημα TNM

Σήμερα στην Ευρώπη, για την σταδιοποίηση του προστατικού καρκίνου, χρησιμοποιείται κυρίως το σύστημα TNM. Σύμφωνα με το σύστημα TNM, κάθε μη ψηλαφητός όγκος, ο οποίος διαπιστώνεται με κάποια απεικονιστική μέθοδο, ταξινομείται σαν στάδιο T2. Αν ένας μη ψηλαφητός προστατικός καρκίνος, ανακαλυφθεί με βιοψία διαβελόνης είτε λόγω υψηλού PSA, είτε ύποπτης υπερηχογραφικά περιοχής στη διάρκεια κατευθυνόμενης με υπέρηχους διορθικής βιοψίας, ταξινομείται και αυτός σαν T2 στάδιο. Μόνο μετά από τη ριζική προστατεκτομή έχουμε ακριβείς πληροφορίες, σε ότι αφορά τη διήθηση της κάψας του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων, τη διήθηση των πυελικών λεμφαδένων. Αυτή είναι η χειρουργική σταδιοποίηση, η οποία έχει μεγάλη προγνωστική αξία και σε μεγάλο βαθμό προδικάζει την εξέλιξη της νόσου ^{5,18}.

5.5.3 Σταδιοποίηση της τοπικής επέκτασης της νόσου(T-staging)

Το πρώτο στάδιο της αξιολόγησης είναι η τοπική σταδιοποίηση του όγκου. Η διάκριση της νόσου μεταξύ των περιορισμένων οργάνων (T1-T2) και των εξωπροστατικών (T3-T4), είναι σημαντική για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας ^{5,33}.

Η δακτυλική εξέταση του προστάτη, μας δίνει πληροφορίες για το μέγεθος αλλά και την έκταση του όγκου. Όμως συχνά γίνεται υποσταδιοποίηση της νόσου, γιατί είναι μέθοδος η οποία εξαρτάται από την εμπειρία του ουρολόγου και την συνεργασία του ασθενή. Αρκετές φορές υπάρχουν ψευδώς θετικά ευρήματα, όπως στην περίπτωση χρόνιας φλεγμονής του προστάτη, σε κοκκιωματώδη προστατίτιδα και σε λιθίαση του προστάτη.

Οι καρκινικοί δείκτες του ορού του αίματος PAP και PSA χρησιμοποιούνται σαν δείκτες της επέκτασης της νόσου. Η χαμηλή ευαισθησία της PAP δημιουργεί ερωτηματικά για τη χρησιμότητα της μέτρησης της σε ασθενείς, στους οποίους έχει διαγνωσθεί για πρώτη φορά η νόσος. Η μέση τιμή του PSA αυξάνεται με την αύξηση του σταδίου, δύσκολα όμως μπορούμε να εξάγουμε κάποιο συμπέρασμα.

Ο συνδυασμός του PSA του ορού, του Gleason score στις βιοψίες του προστάτη και του κλινικού T σταδίου, έχει αποδειχθεί πιο χρήσιμος στην πρόγνωση του τελικού ιστολογικού σταδίου, παρά σαν ξεχωριστές εξετάσεις. Σε γενικές γραμμές, στο 70-80% των ασθενών μια PSA μικρότερο των 4 ng/ml, η νόσος εντοπίζεται μέσα στην κάψα του προστάτη, σε περισσότερο από 50% των ασθενών με PSA με μεγαλύτερο των 10 ng/ml,

υπάρχει διήθηση της κάψας η των σπερματοδόχων κύστεων . Το 75% των ασθενών με PSA μεγαλύτερο από 50ng/ml, έχουν διηθημένους πυελικούς λεμφαδένες.

Το διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη, μπορεί να εντοπίσει μια εξωκαψική επέκταση της νόσου και στα χέρια ενός έμπειρου ακτινολόγου αποτελεί μια πολύ καλή και οικονομική μέθοδο για την τοπική σταδιοποίηση. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι, το χαμηλό κόστος, η μη εκπομπή ακτινοβολίας και η δυνατότητα να ληφθεί βιοψία από μια ύποπτη περιοχή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Μειονεκτήματα είναι ότι δεν μπορεί να μας πληροφορήσει για την ύπαρξη η μη μεταστάσεων στους πυελικούς λεμφαδένες.

Η αξονική τομογραφία κοιλιάς στην τοπική σταδιοποίηση της νόσου, προσφέρει πληροφορίες υποδεέστερες, όσον αφορά τη διήθηση της κάψας η των σπερματοδόχων κύστεων, απ' αυτές τις οποίες μας δίδει το διορθικό υπερηχογράφημα.

Τα τελευταία χρόνια έχει χρησιμοποιηθεί η μαγνητική τομογραφία του προστάτη και μάλιστα η ενδοορθική, η οποία φαίνεται να είναι πιο αξιόπιστη, μη επεμβατική μέθοδος για την εκτίμηση της τοπικής επέκτασης της νόσου και κυρίως για τη διάγνωση της διήθησης των σπερματοδόχων κύστεων. Η μέθοδος αυτή δίδει εντυπωσιακές σε ευκρίνεια εικόνες της ελάσσονος πύελου, όμως η ευρεία χρησιμοποίησή της παραμένει συζητήσιμη^{18,33}.

5.5.4 Σταδιοποίηση της επέκτασης στους λεμφαδένες (N - staging)

Η σταδιοποίηση N θα πρέπει να γίνεται μόνο σε περίπτωση που θα μπορούσε να επηρεάσει άμεσα της αποφάσεις της θεραπείας. Οι υψηλές τιμές του PSA, το στάδιο T2b-T3, η χαμηλή διαφοροποίηση του όγκου και η περινευρική εισβολή σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο λεμφαδενικών μεταστάσεων. Η μέτρηση μόνο του PSA δεν προσφέρει σημαντική βοήθεια για την πρόβλεψη λεμφαδενικών μεταστάσεων. Ο κίνδυνος λεμφαδενικής επέκτασης μπορεί να εκτιμηθεί με αξιόπιστο τρόπο, συνδυάζοντας τα ευρήματα από το PSA, τη δακτυλική εξέταση και το μέγεθος του όγκου^{18,33}.

Η αξονική τομογραφία έχει ευαισθησία 50-70% και ειδικότητα 80-100% στην ικανότητα ανάδειξης των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Αυτό συμβαίνει γιατί η μέθοδος ανιχνεύει τις μεταβολές στο μέγεθος των λεμφαδένων. Η αξιοπιστία της CT αυξάνεται όταν πραγματοποιούνται ταυτόχρονα βιοψίες με λεπτή βελόνα στους λεμφαδένες. Η MRI δεν προσφέρει επιπλέον πληροφορίες.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι, για την εκτίμηση της ύπαρξης λεμφαδενικών μεταστάσεων στην πύελο, θα πρέπει να συνίστανται, όταν η δακτυλική εξέταση μας δίνει

στοιχεία τοπικής επέκτασης της νόσου, το PSA είναι μεγαλύτερο από 20ng/ml και η ιστολογική εξέταση εμφανίζει όγκο χαμηλής διαφοροποίησης.

Η λεμφαδενεκτομή, είτε ανοικτή, είτε λαπαροσκοπική, είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος εκτίμησης της διήθησης η μη των λεμφαδένων. Πρέπει να γίνεται όταν ευρήματα της, θα επηρεάσουν τη θεραπευτική απόφαση. Είναι δε απαραίτητο να προηγείται της ριζικής προστατεκτομής³³.

5.5.5 Προσδιορισμός των απομακρυσμένων μεταστάσεων (M-staging)

Ο καρκίνος του προστάτη, δίνει μεταστάσεις στα οστά (ποσοστό 85%), τους λεμφαδένες, τους πνεύμονες, το ήπαρ, τον εγκέφαλο και το δέρμα.

Το σπινθηρογράφημα των οστών είναι η πιο ευαίσθητη διαγνωστική μέθοδος για τον εντοπισμό των οστικών μεταστάσεων. Αρκετά συχνά όμως, τα αποτελέσματα του σπινθηρογραφήματος δεν διευκρινίζουν αν τα ευρήματα μιας εξέτασης αφορούν οστικές μεταστάσεις, γιατί παραπλήσιες εικόνες μπορεί δείχνουν εκφυλιστική αρθροπάθεια καθώς και παλαιότερες κακώσεις των οστών. Στην περίπτωση αυτή η απλή ακτινογραφία σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια.

Η κλινική εξέταση, η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία, είναι κατάλληλες διαγνωστικές μέθοδοι, αν τα συμπτώματα του ασθενούς μας δηλώνουν την ύπαρξη μεταστάσεων¹⁸.

Σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη

TNM	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Tx	Η ύπαρξη όγκου δεν μπορεί να τεκμηριωθεί
T0	Μη ένδειξη ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου
T1	Κλινικά μη εμφανής όγκος – μη ψηλαφητός και ορατό απεικονιστικά
T1a	Τυχαία ανακαλυφθείς όγκος σε παρασκευάσμα προστατεκτομής. Καρκινικός ιστός <5%
T1b	Τυχαία ανακαλυφθείς όγκος σε παρασκευάσμα προστατεκτομής. Καρκινικός όγκος >5%
T1c	Όγκος ανακαλυφθείς με βιοψία προστάτη λόγω υψηλού PSA
T2	Ψηλαφητός όγκος περιορισμένος εντός του προστάτη
T2a	Όγκος προσβάλλει μισό λοβό ή λιγότερο
T2b	Όγκος προσβάλλει περισσότερο από μισό λοβό, αλλά όχι αμφοτέρους τους λοβούς
T2c	Όγκος προσβάλλει αμφοτέρους τους λοβούς
T3	Ψηλαφητός όγκος διασπά την προστατική κάψα
T3a	Μονόπλευρη εξωκαμική επέκταση
T3b	Αμφοτερόπλευρη εξωκαμική επέκταση
T3c	Διήθηση σπερματοδόχων κύστεων
T4	Όγκος διηθεί σε άλλα όργανα εκτός των σπερματοδόχων κύστεων
T4a	Όγκος διηθεί στο κυστικό αυχένα, τον έξω σφιγκτήρα και το ορθό
T4b	Διήθηση στον ανελκιστήρα μυ και είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα
N	Προσβολή επιχώριων λεμφαδένων
Nx	Δεν έχει εκτιμηθεί η λεμφαδενική μετάσταση
N0	Δεν υπάρχει λεμφαδενική μετάσταση
N1	Μετάσταση σε ένα επιχώριο λεμφαδένα μέγιστη διάμετρος 2 cm
N2	Μετάσταση σε ένα επιχώριο λεμφαδένα >2cm αλλά όχι < των 5 cm, ή διήθηση πολλών λεμφαδένων όχι μεγαλύτερη των 5cm διάμετρο
N3	Μετάσταση σε λεμφαδένα > των 5 cm
M	Μεταστάσεις
Mx	Δεν έχει γίνει εκτίμηση για μεταστάσεις
M0	Δεν διαπιστώνονται μεταστάσεις
M1a	Μετάσταση σε μη επιχώριους λεμφαδένες
M1b	Οστικές μεταστάσεις
M1c	Μετάσταση σε άλλα όργανα

Κεφάλαιο 6^ο

Θεραπεία καρκίνου του προστάτη

6.1 Θεραπεία

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του προστάτη έχουν χαμηλό όγκο όγκου με μειωμένη επικινδυνότητα τη ποιότητα ζωής η της μακροζωίας. Η επιλογή της θεραπείας ανάμεσα στο πλήθος των επιλογών, έχει τεράστιες συνέπειες για τους ιδιώτες και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης³³.

Αρκετές είναι και οι θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του καρκίνου όπως:

1. Χειρουργική επέμβαση
2. Ακτινοθεραπεία
3. Χημειοθεραπεία
4. Βραχυθεραπεία
5. Ριζική προστατεκτομή (RP)
6. Ορμονοθεραπεία
7. Κρυοθεραπεία
8. Συνδυασμός θεραπειών³⁴

6.1.1 Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική είναι μια μέθοδος που συχνά οι γιατροί χρησιμοποιούν. Συχνά συνδέεται με κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών από νωρίς. Μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ακράτεια και στυτική δυσλειτουργία με μεταβαλλόμενη συχνότητα ανάλογα με διάφορους παράγοντες . Οι περισσότερες επιπλοκές που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση έχουν αρνητικές επιπτώσεις με τη σταδιακή επιστροφή στην προεγχειρητική λειτουργία. Όταν η χειρουργική επέμβαση συνδέονται με την ακτινοθεραπεία, κυστίτιδα και προκτίτιδα, παρουσιάζονται μετά από αρκετούς μήνες . Υπάρχει επίσης αυξανόμενη ένδειξη της ακτινοβολίας που προκαλείται από δευτερογενείς κακοήθειες³⁵.

Η χειρουργική ενδείκνυται μόνο σε ασθενείς με κλινικά εντοπισμένη νόσο του προστάτη και εν τούτοις, ο κύριος στόχος της επέμβασης είναι η αφαίρεση όλου του νεοπλασματικού ιστού και κάθε τεχνική επιλογή η οποία θα έθετε σε κίνδυνο την επίτευξη του πρωταρχικού στόχου θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη¹⁸.

6.1.2 Ακτινοθεραπεία

Μια άλλη επιλογή για τους ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη ή για τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη είναι η ακτινοθεραπεία, ιδιαίτερα σε ασθενείς οι οποίοι είναι ακατάλληλοι για τη χειρουργική επέμβαση ή δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Ο συνδυασμός της ακτινοθεραπείας με ορμονοθεραπεία βελτιώνει την επιβίωση ζωής³⁶.

Το γεγονός ότι η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει κακοήγη μετασχηματισμό είναι καλά εδραιωμένη. Η ακτινοβολία είναι γνωστό ότι προκαλεί καρκίνο και γι αυτό νέες τεχνικές ακτινοβολίας έχουν σχεδιαστεί για να επιτρέπει την κλιμάκωση της δόσης με μειωμένη τοξικότητα. Αυτές οι τεχνικές περιλαμβάνουν τρισδιάστατη ακτινοθεραπεία σύμμορφη και διαμορφούμενης έντασης ακτινοθεραπεία. Με τις νέες αυτές τεχνικές, η ποσότητα της ακτινοβολίας μειώνει τον κίνδυνο δευτερογενούς κακοήθειας³⁷.

6.1.3 Χημειοθεραπεία-Χημειοπροφύλαξη

Είναι προληπτική χορήγηση φυσικών ή συνθετικών χημικών ουσιών με σκοπό την πρόληψη, αναστολή ή αναστροφή ενός ή περισσότερων σταδίων της καρκινογένεσης. Χρησιμοποιείται, όταν πλέον τα καρκινικά κύτταρα αποκτήσουν αντοχή στην ορμονοθεραπεία. Σε αυτό το στάδιο είναι προχωρημένη και υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά με πόνους. Δεν είναι πολύ αποτελεσματική, για να δοθεί σε πρώιμο στάδιο ενώ σε αρρώστους με προχωρημένη όμως νόσο, είναι χρήσιμη, τόσο για την παράταση της ζωής όσο και για τη μείωση του πόνου στα οστά³⁸.

6.1.4 Βραχυθεραπεία

Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνετε ακτινοβολία του όγκου με υψηλές δόσεις και ταυτόχρονα απότομη πτώση της δόσης σε ακτίνα ελαχίστων χιλιοστών γύρω από τον όγκο. Μπορεί να επιτευχθεί με μόνιμα και προσωρινά εμφυτεύματα και μπορεί επίσης να συνδυαστεί με εξωτερική ακτινοθεραπεία. Η βραχυθεραπεία ονομάζεται και εσωτερική ακτινοβολία. Βασική αρχή αυτής της είναι η εμφύτευση στον όγκο ραδιενεργών ισότοπων χαμηλής ενεργείας και βραχέος εύρους. Μετά τη βραχυθεραπεία παρατηρήθηκε όμως αύξηση της απώτερης τοξικότητας από το ουροποιητικό, υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης στενώσεων στην ουρήθρα καθώς και ανικανότητα, ενώ η τοξικότητα από το έντερο ήταν παρόμοια της εξωτερικής ακτινοθεραπείας. Η βραχυθεραπεία μπορεί να προκαλέσει λιγότερες παρενέργειες από ό, τι με εξωτερική ακτινοβολία και ο συνολικός χρόνος θεραπείας είναι συνήθως μικρότερος με βραχυθεραπεία. Επειδή βραχυθεραπεία εστιάζει την ακτινοβολία σε μια μικρή περιοχή επεξεργασίας, μόνο η περιοχή αυτή επηρεάζεται ^{18,39}.

Γενικά όμως για να πούμε ότι η βραχυθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα πρέπει να έχει κάποια κριτήρια που να ισχύουν και είναι τα ίδια με αυτά της ριζικής προστατεκτομής τα οποία είναι:

1. Ηλικία <75 (αναμενόμενη επιβίωση >10 χρόνια)
2. PSA <30
3. Στάδιο T1c-T2b
4. Μέγεθος προστάτη <50
5. Αρνητικό σπινθηρογράφημα ³⁴

6.1.5 Ριζική προστατεκτομή (RP)

Ανάλογα με το στάδιο του όγκου και το προσδόκιμο ζωής των ασθενών, η Ευρωπαϊκή Ένωση Ουρολογίας (EAU) συνιστά ενεργό εποπτεία και τη ριζική προστατεκτομή (RP) ως πρότυπο θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη ⁴⁰.

Τα ποσοστά ελέγχου του καρκίνου μετά από RP εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον ορισμό της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Ενώ μέχρι το 40% των ανδρών έχουν αναφερθεί να βιώσουν μετεγχειρητική βιοχημικής υποτροπής σε μακροχρόνια παρακολούθηση, οι θάνατοι από καρκίνο του προστάτη έχει παρατηρηθεί σε ποσοστό <10% των ανδρών σε 15 έτη μετά την επέμβαση στη σύγχρονη σειρά. Για τους άνδρες με νόσο υψηλού κινδύνου, η χειρουργική επέμβαση δίνει στάσης παθολογική, διευκολύνοντας έτσι την επιλεκτική εφαρμογή του παράγωγου θεραπείες, και έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σχέση με την ακτινοβολία σε αναδρομικές σειρές. Αναφέρθηκαν λειτουργικά αποτελέσματα μετά την επέμβαση, ιδιαίτερα του ουροποιητικού εγκράτεια και στυτική δυσλειτουργία, έχουν μεταβληθεί σημαντικά μέχρι σήμερα. Οι αξιολογήσεις έχουν περιοριστεί από μη προτυποποιημένα μεθοδολογία αναφοράς. Η χρήση των ρομπότ με τη βοήθεια ριζική προστατεκτομή έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, και ενώ η παρακολούθηση είναι μέχρι στιγμής λίγα λόγια, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν δείχνουν την ανωτερότητα του, είτε την προσέγγιση όσον αφορά τις λειτουργικές ή ογκολογική έκβαση ⁴¹.

6.1.6 Ορμονική θεραπεία

Χορηγείται κυρίως για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων και των υποτροπών και μελετάται ως μετεγχειρητική ή εισαγωγική θεραπεία. Ο Ca προστάτη είναι συνήθως στην αρχή ορμονοεξαρτώμενη νόσος και ανταποκρίνεται στην καταστολή της τεστοστερόνης. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι και το ποσοστό υποτροπών μετά από προστατεκτομή ή την ακτινοθεραπεία για την τοπική νόσο. Τα ποσοστά υποτροπής στα 5 χρόνια μετά από εγχείρηση είναι 7% και μετά από ακτινοθεραπεία 24%, ενώ στα 10 χρόνια είναι 31% και 44% αντίστοιχα. Με βάση αυτά τα ποσοστά είναι σαφές ότι ο ρόλος της ορμονοθεραπείας χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για να δούμε με βάση τα ποσοστά, ποσό αποδοτική και καλή είναι αυτό το είδος θεραπείας.

Η ορμονική θεραπεία περιλαμβάνει :

1. Την αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή
2. Τη χορήγηση αναλόγων της LHRH
3. Τη χορήγηση αντιανδρογόνων
4. Τον πλήρη ανδρογονικό αποκλεισμό (συνδυασμός LHRH-A με ένα αντιανδρογόνο

Τα ανδρογόνα μπορεί να διεγείρουν το ορμονοευαίσθητα κύτταρα του καρκίνου του προστάτη. Τα αντιανδρογόνα δρουν δεσμεύοντας τους υποδοχείς ανδρογόνων και με το μηχανισμό αυτό εμποδίζουν τη δράση των ανδρογόνων³⁴.

6.1.7 Κρυοθεραπεία

Ως ελάχιστα επεμβατική διαδικασία, κρυοθεραπεία χρησιμοποιείται ως εναλλακτική λύση στην χειρουργική αφαίρεση του αδένου του προστάτη (προστατεκτομή), παγώνει τον προστατικό ιστό, καταστρέφοντας τα καρκινικά κύτταρα. Κρυοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη είναι πιο συχνά χρησιμοποιείται στους άνδρες που έχουν καρκίνο του προστάτη σε πρώιμο στάδιο. Μπορεί επίσης να είναι μια θεραπευτική επιλογή σε ορισμένους άνδρες των οποίων ο καρκίνος του προστάτη έχει επιστρέψει μετά από άλλες θεραπείες. Αυτή η μέθοδος συστήνεται για 2 λόγους:

1. Καθώς είναι η μόνη (πρωτοβάθμια) θεραπεία για τον καρκίνο, συνήθως σε πρώιμο στάδιο, που περιορίζει τον καρκίνο του προστάτη
2. Μετά από άλλες θεραπείες του καρκίνου, όπως η θεραπεία της ακτινοβολίας, για να σταματήσει την ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη που έχει επιστρέψει

Οι παρενέργειες της κρυοθεραπείας για τον καρκίνο του προστάτη μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ❖ Στυτική δυσλειτουργία
- ❖ Πόνο και το οίδημα του οσχέου και του πέους
- ❖ Συχνουρία
- ❖ Δύσκολη ή επώδυνη ούρηση
- ❖ Αίμα στα ούρα
- ❖ Απώλεια του ελέγχου της ουροδόχου κύστης (ακράτεια ούρων)
- ❖ Αιμορραγία ή μόλυνση στην περιοχή της διαδικασίας

Σπάνια, κρυοθεραπεία μπορεί να βλάψει σημαντικούς ιστούς και όργανα κοντά στον προστάτη αδένα, όπως του ορθού ή της ουροδόχου κύστης ⁴².

6.1.7 Συνδυασμός θεραπειών

Βραχυθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τον καρκίνο. Για παράδειγμα, βραχυθεραπεία χρησιμοποιείται μερικές φορές μετά από χειρουργική επέμβαση για να καταστρέψει οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα που μπορεί να παραμένουν. Η βραχυθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοβολία ³⁹.

Κεφάλαιο 7^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο
του προστάτη

7.1 Περιεγχειρητική Φροντίδα

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια μοναδική εμπειρία προγραμματισμένης φυσικός αλλαγής (ή μεταβολής), αποτελούμενη από τρεις φάσεις: την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική. Οι τρεις αυτές φάσεις αναφέρονται ως **περιεγχειρητική περίοδος**.

7.2 Προεγχειρητική Φάση

Η προεγχειρητική φάση αρχίζει με την λήψη της αποφάσεις του ασθενή να εγχειριστεί, και τελειώνει με την μεταφορά του στο χειρουργικό τραπέζι. Στις νοσηλευτικές δραστηριότητες της φάσης αυτής περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς, η διαπίστωση δυνητικών ή πραγματικών προβλημάτων υγείας, ο προγραμματισμός ειδικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, και η προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου και τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών⁴⁴.

7.2.1 Προεγχειρητικά Κριτήρια

Πριν από την επέμβαση, ο άρρωστος πρέπει:

- ❖ Να εκφράσει της σκέψεις και τα συναισθήματα του σχετικά με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της
- ❖ Να καταλάβει τη συνηθισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και το τι θα πρέπει να αναμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το χειρουργείο
- ❖ Να δείξει ότι είναι ικανός για της δραστηριότητες που στοχεύουν στην αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών⁴⁴.

7.2.2 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση

Στην προεγχειρητική διάγνωση του ασθενούς περιλαμβάνεται, η συλλογή και ανασκόπηση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών στοιχείων, προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανάγκες του κατά την διάρκεια και των τριών περιεγχειρητικών φάσεων.

Η διαγνώσεις αυτές είναι:

1) Το άγχος που σχετίζεται με:

- ❖ το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα
- ❖ την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα
- ❖ τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
- ❖ τους οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο
- ❖ την πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος του
- ❖ τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγγιση αίματος
- ❖ την προβλεπόμενη στεναχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στον συνηθισμένο τρόπο ζωής
- ❖ την πιθανότητα θανάτου

2) Διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με:

- ❖ φόβο
- ❖ άγχος
- ❖ τη διαδικασία προετοιμασίας του αρρώστου για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση
- ❖ το μη οικείο περιβάλλον

3) Θλίψη για της αναμενόμενες εξελίξεις που σχετίζεται με:

- ❖ τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος
- ❖ ή στη συνήθη λειτουργία του σώματος του

4) Έλλειμμα γνώσεων που σχετίζεται με:

- ❖ τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με την εγχείρηση
- ❖ την προετοιμασία

- ❖ το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση
- ❖ την αναισθησία
- ❖ τη μετεγχειρητική φροντίδα ⁴⁴

7.2.3 Κλινική Εκτίμηση

Προεγχειρητικά, ο νοσηλευτής εκτελεί μια σύντομη αλλά πλήρη κλινική εξέταση, προσέχοντας ιδιαίτερα τα συστήματα που ενδέχεται να επηρεάσουν την ανταπόκριση του ασθενούς στην αναισθησία ή στο χειρουργείο. Η σύντομη εξέταση της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς, παρέχει πολύτιμα στοιχεία αναφοράς για την εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης και την ετοιμότητα του ασθενούς μετά το χειρουργείο.

Επίσης, σημαντική, είναι η εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς να αντιληφθεί το τι ακριβώς συμβαίνει. Η εξέταση της ακοής και της όρασης εξυπηρετούν την καθοδήγηση της περιεγχειρητικής εκπαίδευσης. Η εξέταση του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος, όχι μόνο παρέχουν τα στοιχεία αναφοράς για την εκτίμηση της μετεγχειρητικής κατάστασης του ασθενούς, αλλά ενδέχεται να προειδοποιήσουν τον νοσηλευτή σχετικά με την παρουσία κάποιου προβλήματος, όπως αναπνευστική λοίμωξη ή ακανόνιστο καρδιακό ρυθμό, που μπορεί να επηρεάσει την ανταπόκριση του ασθενούς στο χειρουργείο και την αναισθησία. Η εξέταση των υπολοίπων συστημάτων παρέχουν στοιχεία αναφοράς ⁴⁵

7.2.4 Σωματική προετοιμασία

Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει τα εξής πεδία: τη θρέψη και την πρόσληψη υγρών, την απέκκριση, την υγιεινή, τη λήψη φαρμάκων, την ανάπαυση, τη φροντίδα των πολύτιμων αντικειμένων και προσθέσεων, την εκτέλεση ειδικών οδηγιών, και τη χειρουργική προετοιμασία του δέρματος του ασθενούς. Σε πολλά ιδρύματα, υπάρχει μια προεγχειρητική λίστα που χρησιμοποιείται την ημέρα του χειρουργείου. Ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική λίστα, ακολουθώντας τις κατάλληλες διαδικασίες καταγραφής. Σημαντική είναι η διαθεσιμότητα όλων των σχετικών καταγραφών, όπως εργαστηριακών εξετάσεων, ακτινολογικών εξετάσεων, και συγκαταθέσεων, στο

περιεγχειρητικό προσωπικό, ώστε να μπορεί να ανατρέξει σε αυτές, καθώς και η ολοκλήρωση όλης της σωματικής προετοιμασίας για τη διασφάλιση της ασφαλείας του ασθενούς^{46,45}.

7.2.5 Ζωτικά σημεία και πρόληψη φλεβικής θρομβοεμβολής

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά και να καταγραφεί προεγχειρητικά τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, ως σημεία αναφοράς. Να αναφέρει οποιαδήποτε παθολογικά ευρήματα, όπως η αυξημένη αρτηριακή πίεση ή η αυξημένη θερμοκρασία σώματος. Για την αποφυγή/πρόληψη φλεβοθρομβωσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορήγησε αντιπηκτικές ένεσης στον ασθενή, καθώς, και αντιεμβολικές κάλτσες και συσκευές διαλείπουσας συμπίεσης των κάτω άκρων με αέρα^{47,45}.

7.2.6 Προεγχειρητική Διδασκαλία

Η σημαντικότερη νοσηλευτική ενέργεια για την επιβεβαίωση της προετοιμασίας του ασθενούς για το χειρουργείο, είναι η εκπαίδευση του ασθενούς. Η προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με το τι θα πρέπει να αναμένει και σχετικά με το πλάνο φροντίδας, ελαττώνει την αγωνία του, βοηθά στον έλεγχο του άλγους, και αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς σχετικά με την χειρουργική του εμπειρία. Η σωστή προεγχειρητική εκπαίδευση διευκολύνει επίσης την επιτυχή και ταχεία επιστροφή του ασθενούς στην εργασία του και στις καθημερινές του δραστηριότητες. Τέσσερις είναι οι διαστάσεις της προεγχειρητικής εκπαίδευσης που θεωρούνται σημαντικές για τους ασθενείς:

1. *Η ενημέρωση σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί στον ασθενή, πότε και τι πρόκειται να βιώσει ο ασθενής, όπως τα αναμενόμενα συναισθήματα και οι ενοχλήσεις. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά και υπομονετικά τον ασθενή, προκειμένου να κατανοήσει τις συγκεκριμένες ανησυχίες και τους φόβους του. Μερικά χαρακτηριστικά ερωτήματα του ασθενούς είναι: << Τι πρόκειται να συμβεί κατά τη διάρκεια του χειρουργείου; Πως θα νιώθω μετά το χειρουργείο; Τι πρόκειται να βρει ο χειρουργός; Πόσο καιρό θα πρέπει να παραμείνω στο νοσοκομείο; >>*

Η πληροφόρηση του ασθενούς σχετικά με την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι σημαντική. Η πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει μετεγχειρητικό πόνο, ο οποίος συχνά υποθεραπεύεται. Για την αντιμετώπιση του, αναπτύσσονται νέες τεχνολογίες, όπως οι <<έξυπνες αντλίες>>, η ενδορρινική, η διαδερμική και η εισπνεόμενη αναλγησία που ελέγχονται από τον ασθενή. Παράλληλα, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον σχετικά με τη χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων επιστημόνων που ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας και τη σχετική νομοθεσία. Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και να έχουν αυξημένες απαιτήσεις σχετικά με την ανακούφιση του μετεγχειρητικού τους πόνου. Επειδή οι μειονότητες και ορισμένοι οικονομικά αδύναμοι διατρέχουν τον κίνδυνο του ανεπαρκούς ελέγχου του πόνου, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, ώστε να μην παρατηρείται ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου των συγκεκριμένων ασθενών.

2. *Η ψυχολογική υποστήριξη για τον περιορισμό της ανησυχίας.* Ο νοσηλευτής θα πρέπει να υποστηρίζει τον ασθενή ακούγοντας τον προσεκτικά και ενημερώνοντας τον με ακρίβεια. Σημαντική είναι η διόρθωση οποιωνδήποτε πιθανών λανθασμένων αντιλήψεων του ασθενούς.
3. *Οι ρόλοι του ασθενούς και των ατόμων που τον υποστηρίζουν στην προεγχειρητική προετοιμασία, στη χειρουργική διαδικασία και κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φάσης.* Η κατανόηση του ρόλου του ασθενούς κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και περιορίζει την ανησυχία του. Στο ρόλο περιλαμβάνονται οι αναμενόμενες αντιδράσεις, οι επιθυμητές συμπεριφορές του, οι δραστηριότητες ατομικής φροντίδας και οι ενέργειες του ίδιου του ασθενούς προκειμένου να διευκολύνει την ανάρρωσή του.
4. *Η εξάσκηση δεξιοτήτων.* Στις δεξιότητες περιλαμβάνεται η κίνηση, η βαθιά αναπνοή, ο βήχας, η εφαρμογή νάρθηκα με τα χέρια του σε τομές, ή η προστασία των ατόμων με το μαξιλάρι και η χρήση του δυναμικού σπιρομέτρου

5. Εάν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε προγραμματισμένη εγχείρηση σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, η προεγχειρητική εκπαίδευση εκτελείται πριν από την ημέρα του χειρουργείου, χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό βιντεοσκοπημένων, γραπτών και προφορικών οδηγιών. Ο ασθενής ενδέχεται να συναντήσει τον περιεγχειρητικό νοσηλευτή των εξωτερικών ασθενών προκειμένου να συζητήσουν τα προεγχειρητικά θέματα και να εφαρμόσουν το εκπαιδευτικό πλάνο. Η προφορική εκπαίδευση συνοδεύεται πάντοτε από γραπτές οδηγίες. Η εκπαίδευση εντείνεται κατά την εισαγωγή του ασθενούς την ημέρα του χειρουργείου και πριν από την έξοδο του από τη μονάδα ανάνηψης^{44,46}.

7.3 Διεγχειρητική Φάση

Η διεγχειρητική φάση αρχίζει με την μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι και τελειώνει με την εισαγωγή του στην μονάδα μετεγχειρητικής ανάνηψης, που ονομάζεται επίσης και θάλαμος ανάνηψης. Στις νοσηλευτικές δραστηριότητες της φάσης αυτής περιλαμβάνονται ποικίλες ειδικές διαδικασίες, που αποσκοπούν στη δημιουργία και διατήρηση ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή και το προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα υγείας. Στις διαδικασίες αυτές περιλαμβάνονται οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ασφάλεια του ασθενούς, στη διατήρηση του άσηπτου περιβάλλοντος, στη διασφάλιση της σωστής λειτουργίας του εξοπλισμού και στον εφοδιασμό της χειρουργικής ομάδας με τα εργαλεία και τα υλικά που απαιτούνται για το χειρουργείο.

7.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής της διεγχειρητικής φάσης χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία προκειμένου να σχεδιάσει, να συντονίσει και να παράσχει φροντίδα για την κάλυψη των εξακριβωμένων αναγκών των ασθενών, των οποίων τα προστατευτικά αντανακλαστικά ή οι ικανότητες αυτοφροντιδάς έχουν ενδεχομένως περιοριστεί λόγω της υποβολής σε εγχείρηση ή σε άλλες επεμβατικές διαδικασίες.

Οι διεγχειρητικές παρεμβάσεις εκτελούνται από το νοσηλευτή κίνησης, τον εργαλειοδότη, και τον ειδικό νοσηλευτή χειρουργείου. Ο νοσηλευτής κίνησης συντονίζει τις δραστηριότητες και ρυθμίζει τη φροντίδα του ασθενούς εξετάζοντας διαρκώς την ασφάλεια του ασθενούς, την τήρηση της άσηπτης τεχνικής, και το περιβάλλον. Ο ρόλος του νοσηλευτή κίνησης δεν μπορεί να ανατεθεί στο μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό ή σε αδειούχο επαγγελματία/πρακτικό νοσηλευτή.

Ο εργαλειοδότης ανήκει συνήθως στο βοηθητικό προσωπικό, αλλά ενδέχεται να είναι διπλωματούχος νοσηλευτής. Φορά αποστειρωμένη μπλούζα, γάντια, σκούφο και προστατευτικά ματιών. Ο ρόλος του είναι να βοηθάει τους χειρουργούς. Στα καθήκοντα του περιλαμβάνεται η κάλυψη του ασθενούς με αποστειρωμένα πεδία και η διαχείριση των αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών.

Ο ειδικός νοσηλευτής χειρουργείου έχει λάβει πρόσθετη εκπαίδευση και έχει εξασκηθεί περισσότερο στην παροχή χειρουργικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής αυτός βοηθάει τον χειρουργό στον έλεγχο της αιμορραγίας, στη χρήση των εργαλείων, στη συγκράτηση και τις τομές των ιστών, και στη συρραφή κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

Ο νοσηλευτής κίνησης και ο εργαλειοδότης είναι υπεύθυνοι για την καταμέτρηση όλων των γαζών, των βελονών και των εργαλείων στο τέλος του χειρουργείου. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η εξ αμέλειας παραμονή ξένων σωμάτων εντός του ασθενούς^{48,47}.

7.4 Μετεγχειρητική Φάση

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει με την παραλαβή του ασθενούς στον θάλαμο ανάνηψης και τελειώνει με την ολοκλήρωση της επούλωσης. Κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φάσης, στις νοσηλευτικές δραστηριότητες περιλαμβάνεται η εκτίμηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση, η εκτέλεση παρεμβάσεων που διευκολύνουν την επούλωση και την αποτροπή της εμφάνισης επιπλοκών, η εκπαίδευση και η υποστήριξη του ασθενούς και των ατόμων που του συμπαραστέκονται, και ο προγραμματισμός της οικιακής φροντίδας στο σπίτι. Οι διαδικασίες της φάσης αυτής αποσκοπούν στη μέγιστη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς^{49,50}.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται σε ειδικούς χώρους του νοσοκομείου, τόσο για τους νοσηλεύομενους όσο και τους εξωτερικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις/λείζερ/ενδοσκόπηση, σε ειδικούς χώρους στο

ιδιωτικό ιατρείο, καθώς και σε ανεξάρτητες κινητές χειρουργικές μονάδες. Οι διαδικασίες που αφορούν στους εξωτερικούς ασθενείς δεν απαιτούν τη διανυκτέρευση τους σε νοσηλευτικό ίδρυμα, ο ασθενής επισκέπτεται το κέντρο την ημέρα του χειρουργείου, υποβάλλεται στην επέμβαση και εξέρχεται την ίδια ημέρα ⁴⁹.

7.4.1 Προετοιμασία Υποδοχής του Μετεγχειρητικού Ασθενούς

Ενώ ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο, η κλίνη και ο θάλαμος του προετοιμάζονται για τη μετεγχειρητική φάση. Σε ορισμένα ιδρύματα, ο ασθενής επιστρέφει στη μονάδα σε φορείο, και από εκεί μεταφέρεται στην κλίνη του θαλάμου. Σε άλλα ιδρύματα, η κλίνη του ασθενούς μεταφέρεται στο χώρο χειρουργείου, και ο ασθενής μεταφέρεται σε αυτήν. Στην περίπτωση αυτή, η κλίνη θα πρέπει να έχει στρωθεί με καθαρά σεντόνια λίγο πριν μεταφερθεί στο χειρουργείο. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει και να ρυθμίσει τον αναγκαίο ειδικό εξοπλισμό, όπως για παράδειγμα το στατώ ενδοφλεβίων διαλυμάτων, την αναρρόφηση, τον εξοπλισμό οξυγόνου και τα ορθοπεδικά υλικά. Εφόσον αυτά δεν αναφέρονται στο φάκελο του ασθενούς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνεννοηθεί με τον περιεγχειρητικό νοσηλευτή και το χειρουργό ^{51,50}.

7.4.2 Μετεγχειρητική Περίοδος

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φάσης είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάνηψη του ασθενούς, καθώς η αναισθησία εμποδίζει την αντίδραση του στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και την ικανότητα αυτοφροντίδας, αν και ο βαθμός του επιπέδου συνείδησης διαφέρει μεταξύ των ασθενών. Επιπλέον, η ίδια η χειρουργική επέμβαση προκαλεί σωματικό τραυματισμό διαταράσσοντας τους προστατευτικούς μηχανισμούς και την ομοιόσταση ⁵².

7.4.3 Άμεση Μεταναισθητική Φροντίδα

Η άμεση μεταναισθητική φροντίδα παρέχεται συνήθως στη μονάδα ανάνηψης. Οι νοσηλευτές ανάνηψης διαθέτουν εξειδικευμένες δεξιότητες σε ότι αφορά στη φροντίδα των ασθενών που ανανήπτουν από την αναισθησία και την εγχείρηση. Από τη στιγμή που η κατάσταση της υγείας του ασθενούς σταθεροποιηθεί, επιστρέφει στη νοσηλευτική μονάδα ή στη μονάδα βραχείας νοσηλείας.

Κατά τη διάρκεια της άμεσης μεταναισθητικής φάσης, ο ασθενής χωρίς αισθήσεις τοποθετείται στο ένα πλάι, με το κεφάλι ελαφρώς στραμμένο προς τα κάτω. Κάτω από το κεφάλι του ασθενούς δεν τοποθετείται μαξιλάρι. Στη θέση αυτή, η δύναμη της βαρύτητας διατηρεί τη γλώσσα στο πρόσθιο τμήμα της στοματικής κοιλότητας, αποτρέποντας την απόφραξη του φάρυγγα και επιτρέποντας την αποβολή βλεννών ή εμετού από το στόμα και την αποφυγή εισρόφησης.

Η επανεμφάνιση των αντανακλαστικών του ασθενούς, όπως το αντανακλαστικό της κατάποσης και της σύγκλεισης του φάρυγγα, αποτελεί ένδειξη του τέλους της αναισθησίας. Ο χρόνος ανάνηψης από την αναισθησία διαφέρει ανάλογα με το είδος του χρησιμοποιηθέντος αναισθητικού φαρμάκου, τη χορηγηθείσα δόση, και την ανταπόκριση του ατόμου σε αυτό. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αφυπνίζουν τους ασθενείς αποκαλώντας τους με το όνομα τους, και λέγοντας τους κατ'επανάληψη με φυσιολογικό τόνο φωνής ότι το χειρουργείο τελείωσε και ότι βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης.

Μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας του, ο ασθενής επιστρέφει στη μονάδα νοσηλείας ή στην περιοχή έκδοσης εξιτηρίων για τα χειρουργεία εξωτερικών ασθενών^{45,51,52}.

7.4.4 Συνεχιζόμενη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενούς στη μονάδα νοσηλείας, ο νοσηλευτής προβαίνει σε μια αρχική εκτίμηση. Η αλληλουχία των δραστηριοτήτων αυτών ποικίλλει από περιστατικό σε περιστατικό. Ο νοσηλευτής ενδεχόμενος θα χρειαστεί να ελέγξει τις επείγουσες οδηγίες του ιατρού προτού εκτελέσει την αρχική εξέταση. Στην περίπτωση αυτή, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την εφαρμογή των οδηγιών μπορούν να εκτελεστούν ταυτόχρονα με την εξέταση του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής συμβουλευεται της μετεγχειρητικές οδηγίες του χειρουργού για να μάθει τα εξής:

- ❖ Τις τροφές και τα υγρά που επιτρέπεται να λάβει από το στόμα
- ❖ Τα ενδοφλέβια διαλύματα και την ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή
- ❖ Τη θέση του ασθενούς στην κλίνη
- ❖ Τη φαρμακευτική αγωγή
- ❖ Τις εργαστηριακές εξετάσεις
- ❖ Την πρόσληψη και αποβολή ουσιών, που σε ορισμένα ιδρύματα παρακολουθούνται σε όλους τους μετεγχειρητικούς ασθενείς
- ❖ Την επιτρεπόμενη δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένης της βάδισης

Ο νοσηλευτής ελέγχει επίσης τα έντυπα που συνοδεύουν τον ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης που αφορούν τα εξής στοιχεία:

- ❖ Το είδος της χειρουργική επέμβασης
- ❖ Την παρουσία και θέση παροχетеύσεων
- ❖ Το αναισθητικό που χρησιμοποιήθηκε
- ❖ Τη μετεγχειρητική διάγνωση
- ❖ Την εκτιμώμενη απώλεια αίματος
- ❖ Τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε στο θάλαμο ανάνηψης

Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν μετεγχειρητικά πρωτόκολλα για την τακτική εκτίμηση των ασθενών. Σε ορισμένα ιδρύματα, οι εκτιμήσεις εκτελούνται κάθε 15 λεπτά, μέχρις ότου σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία, κάθε 1 ώρα για τις επόμενες 4 ώρες, και στη συνέχεια κάθε 4 ώρες για τις επόμενες 2 μέρες. Οι εκτιμήσεις θα πρέπει να εκτελούνται όσο συχνά απαιτεί η κατάσταση της υγείας του ασθενούς^{51,52}.

7.4.5 Φροντίδα τραύματος και χειρουργικά επιθέματα

Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν από το χειρουργείο με τη χειρουργική τομή στραμμένη με ράμματα και επικαλυμμένη με χειρουργικά επιθέματα, σε ορισμένες περιπτώσεις το τραύμα ενδέχεται να μην έχει υποστεί συρραφή. Τα επιθέματα θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά, προκειμένου να επιβεβαιώνεται ότι είναι καθαρά, στεγνά και άθικτα. Η

υπερβολική ποσότητα παροχέτευόμενου υγρού αποτελεί ένδειξη αιμορραγίας, λοίμωξης ή διάνοιξης του τραύματος⁵³.

Κατά την αλλαγή των επιθεμάτων, ο νοσηλευτής εξετάζει την όψη, το μέγεθος, την παροχέτευση, το οίδημα, και το άλγος στην περιοχή του τραύματος καθώς επίσης και την κατάσταση της παροχέτευσης ή των σωλήνων⁵⁴.

Δεν απαιτούν αλλαγή όλα τα χειρουργικά επιθέματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι χειρουργοί τοποθετούν ένα επίθεμα το οποίο δεν αντικαθίσταται μέχρι την αφαίρεση των ραμμάτων, και δεν ξανατοποθετείται. Σε πολλά περιστατικά, ωστόσο, τα χειρουργικά επιθέματα αντικαθίστανται τακτικά, για την πρόληψη της ανάπτυξης μικροβίων.

Ενίοτε ο ασθενής ενδέχεται να φέρει παροχέτευση Penrose. Η παροχέτευση αυτή επιτρέπει την εκροή υγρού από το τραύμα. Επειδή δεν υπάρχει συσκευή συλλογής, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για συχνότερες αλλαγές επιθεμάτων. Στην περίπτωση αυτή, η κύρια χειρουργική τομή θεωρείται καθαρότερη από την τομή της παροχέτευσης Penrose. Για το λόγο αυτό, η κύρια τομή θα πρέπει να καθαρίζεται πρώτη, και δε θα πρέπει να καθαρίζεται ποτέ με τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν για τον καθαρισμό της τομής της παροχέτευσης. Με τον τρόπο αυτό η κύρια τομή δεν επιμολύνεται από τα μικρόβια της τομής της παροχέτευσης^{55,54}.

Ειδικό Μέρος

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Να κατανοήσουμε κατά ποσό οι άνδρες είναι συνειδητοποιημένοι με τον καρκίνο του προστάτη και τους τρόπους αντιμετώπισης του και ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ των γνώσεων και στάσεων του ανδρικού φύλου απέναντι στο καρκίνο του προστάτη.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός – Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή μας το οποίο και απευθύνθηκε σε 320 άνδρες εγγεγραμμένους στα ΚΑΠΗ ηλικίας 55-80 χρονών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου εκ των οποίων οι 2 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ).

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε σε Αθήνα, Πάτρα και Καλαμάτα από τον Δεκέμβριο του 2014 έως και το Μάρτιο του 2015.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες (Cancer Research UK, Primary Care Education Research Group, University of Oxford, UK and Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care; PSA testing in asymptomatic men.NHS Cancer Screening Programmes, 2009). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 5-7 λεπτά της ώρα.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν

- Άνδρες 3^{ης} ηλικίας

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

-μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια 47

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 273 ερωτηματολόγια.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS IDM.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 273 άνδρες εγγεγραμμένους στα ΚΑΠΗ ηλικίας 55-85 χρονών . Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος.

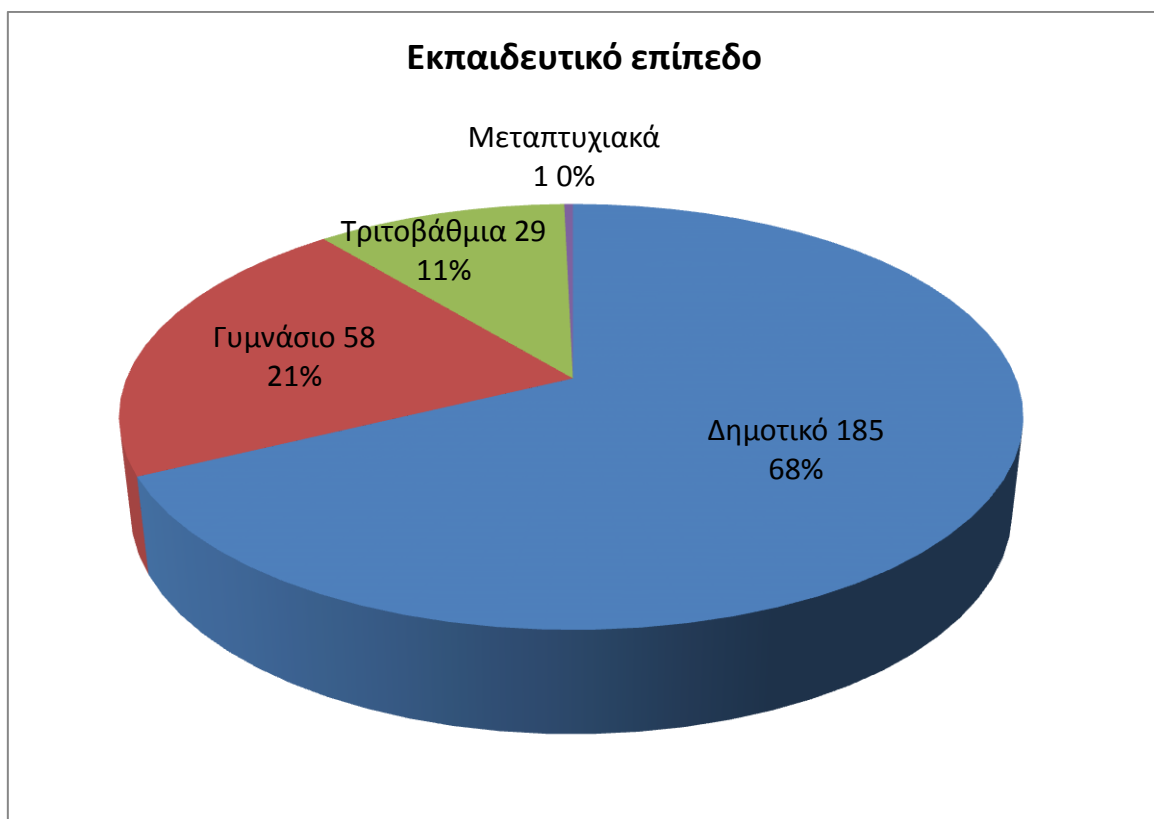
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα - ποσοστό 53%) δήλωσε ως περιοχή διαμονής την Πάτρα, άλλα 100 άτομα (ποσοστό 37%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής την Αθήνα ενώ τα υπόλοιπα 29 άτομα (ποσοστό 10%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής την Καλαμάτα.

Γράφημα 1



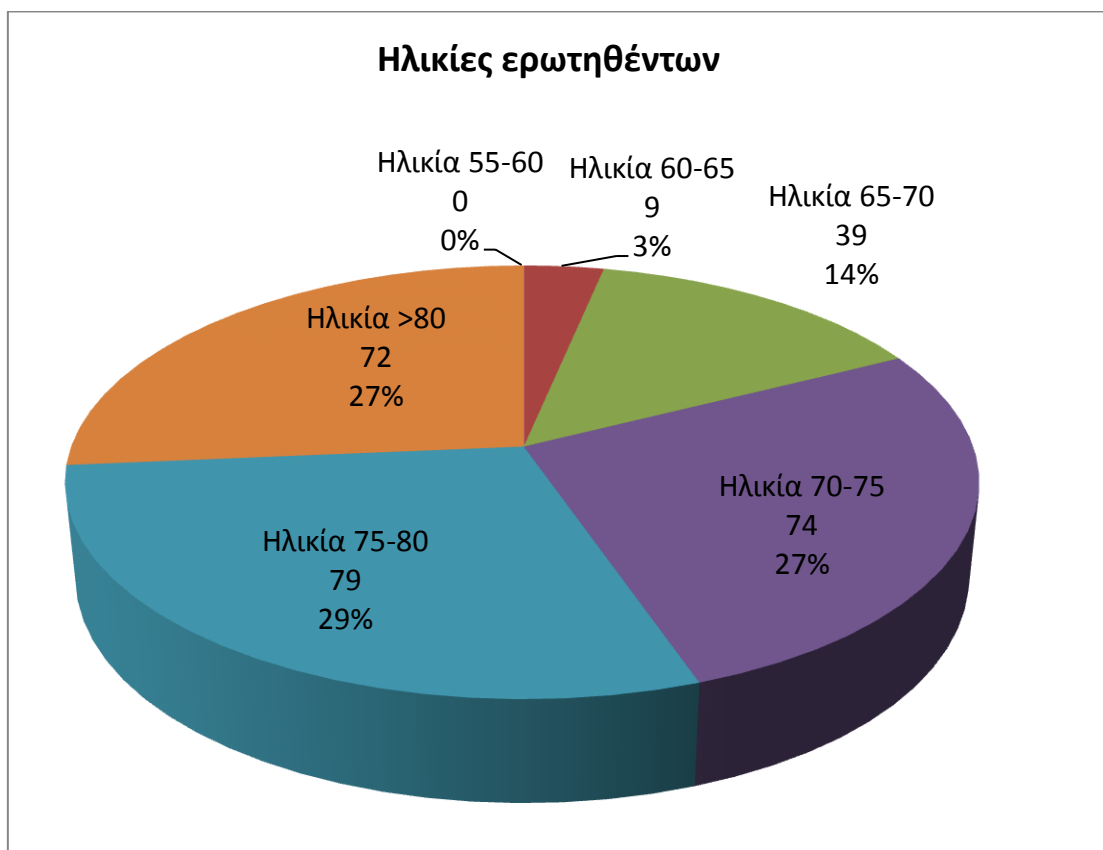
Σχετικά με την εκπαίδευση όπως παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό με 68% των ανδρών φαίνεται να είναι απόφοιτοι του δημοτικού, ενώ στον αντίποδα, το 11% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι κάποιας Ανώτερης ή Ανώτατης σχολής, ενώ υπάρχει και ένα 21% των ανδρών που έχει τελειώσει το γυμνάσιο, ενώ υπήρχε και 1 άτομο που έχει συνεχίσει τις σπουδές του σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Γράφημα 2



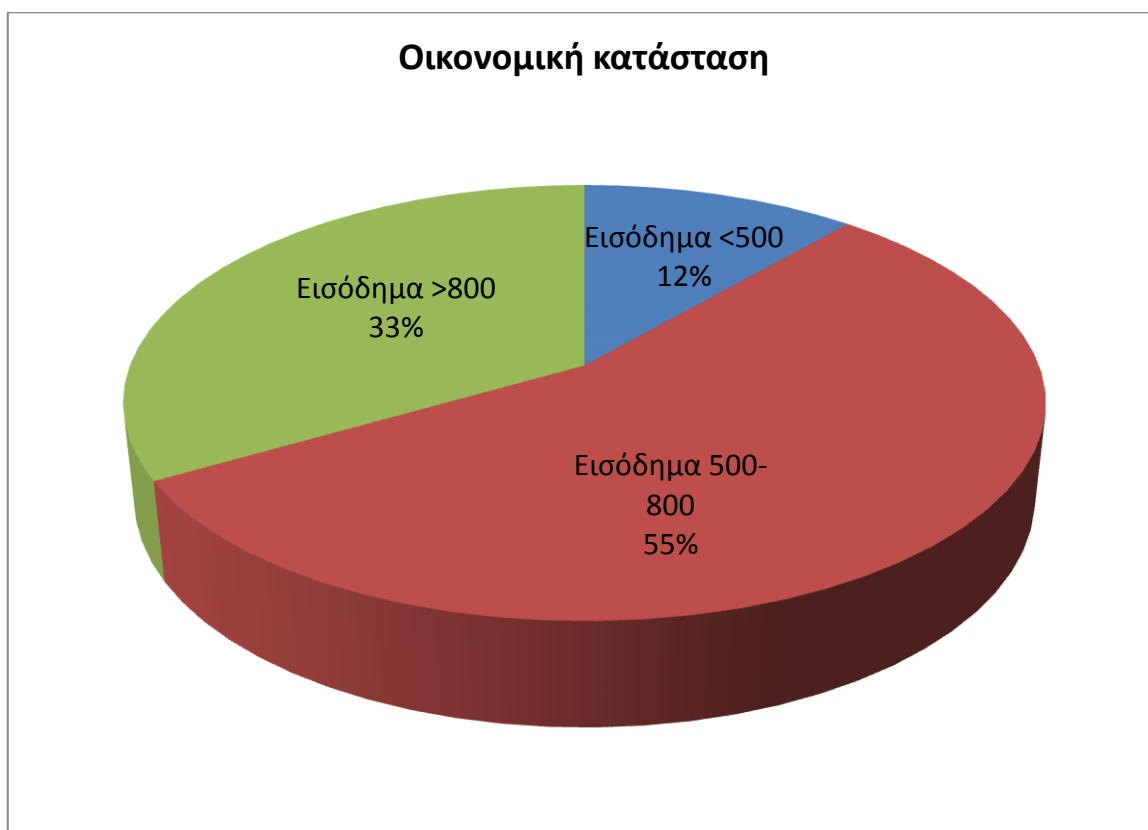
Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 55 έως 85 ετών, με μέσο όρο τα 75,77 έτη. Όπως προκύπτει από το γράφημα 1.3 , το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα προέρχεται από άνδρες μεγάλης ηλικίας από 75 - 80 ετών και 80 ετών και άνω με ποσοστό 29% και 27% αντίστοιχα. Επίσης, ηλικίες όπως της κλάσης 65 - 70 ετών τα ποσοστά είναι της τάξης των 14% κατά πολύ μικρότερα έναντι των προηγούμενων.

Γράφημα 3



Σχετικά με το εισόδημα, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με ποσοστό 55%, απάντησε πως το μηνιαίο εισόδημα τους είναι τα 500-800€, ενώ μόλις το 33% των ανδρών απάντησαν πως το εισόδημα τους ξεπερνούν τα 800€.

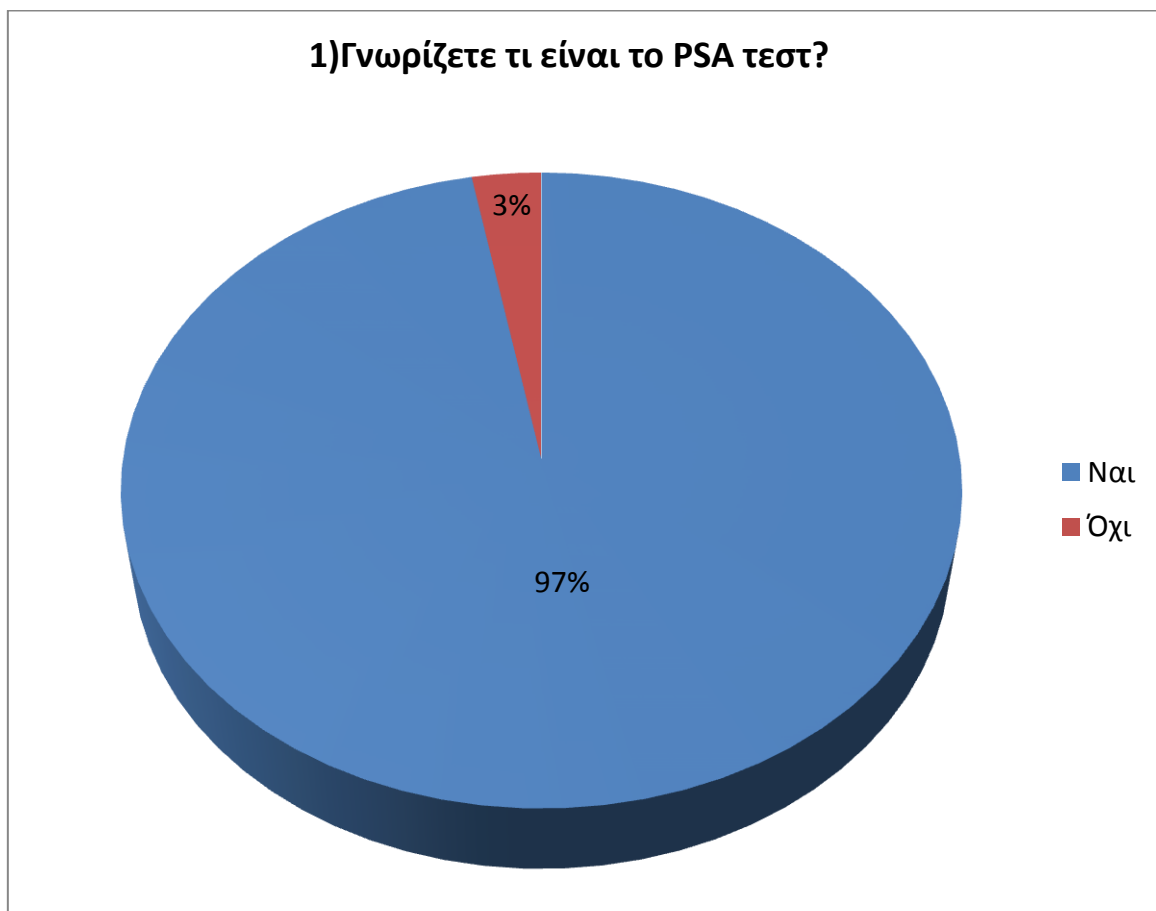
Γράφημα 4



Αποτελέσματα Έρευνας

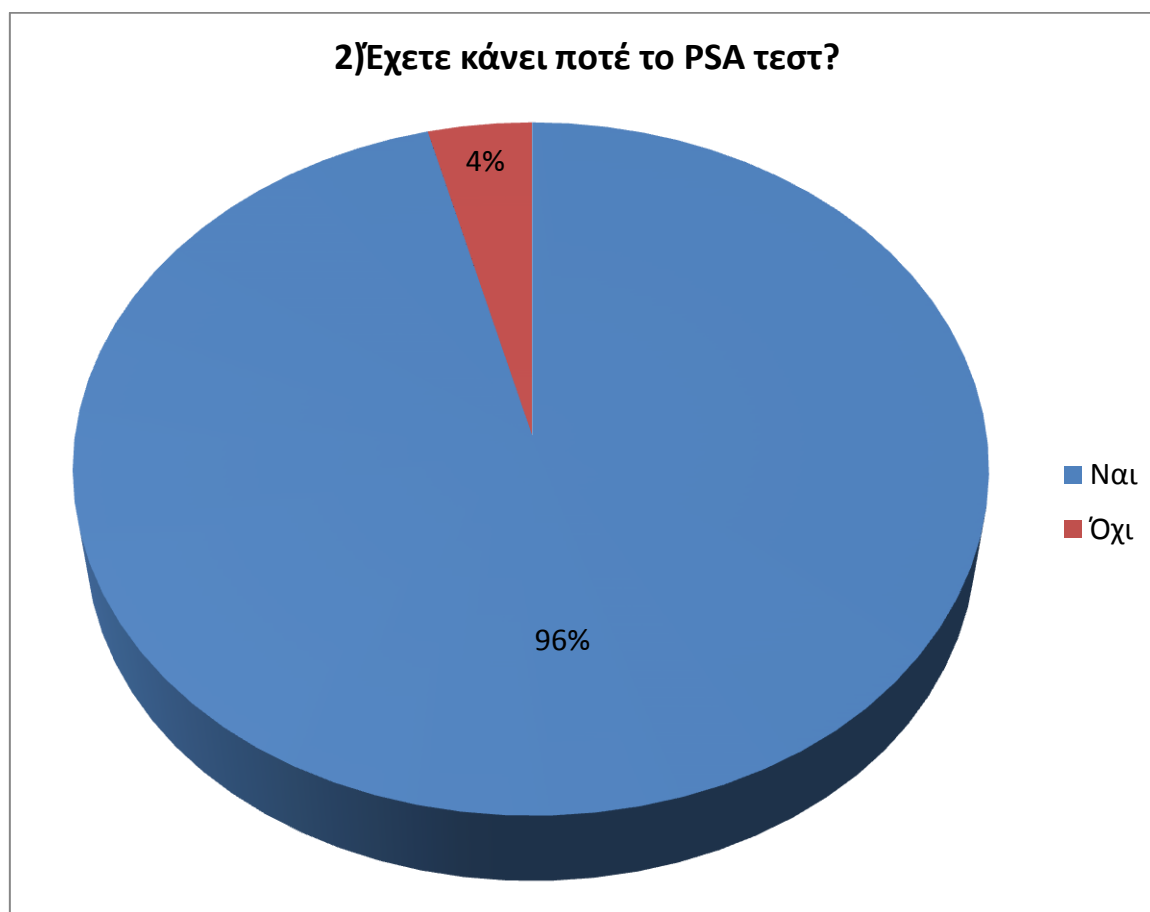
Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (265 άτομα – ποσοστό 97%) γνώριζαν τι είναι το PSA τεστ και μόλις 8 άτομα (ποσοστό 3%) δεν γνώριζαν.

Γράφημα 5



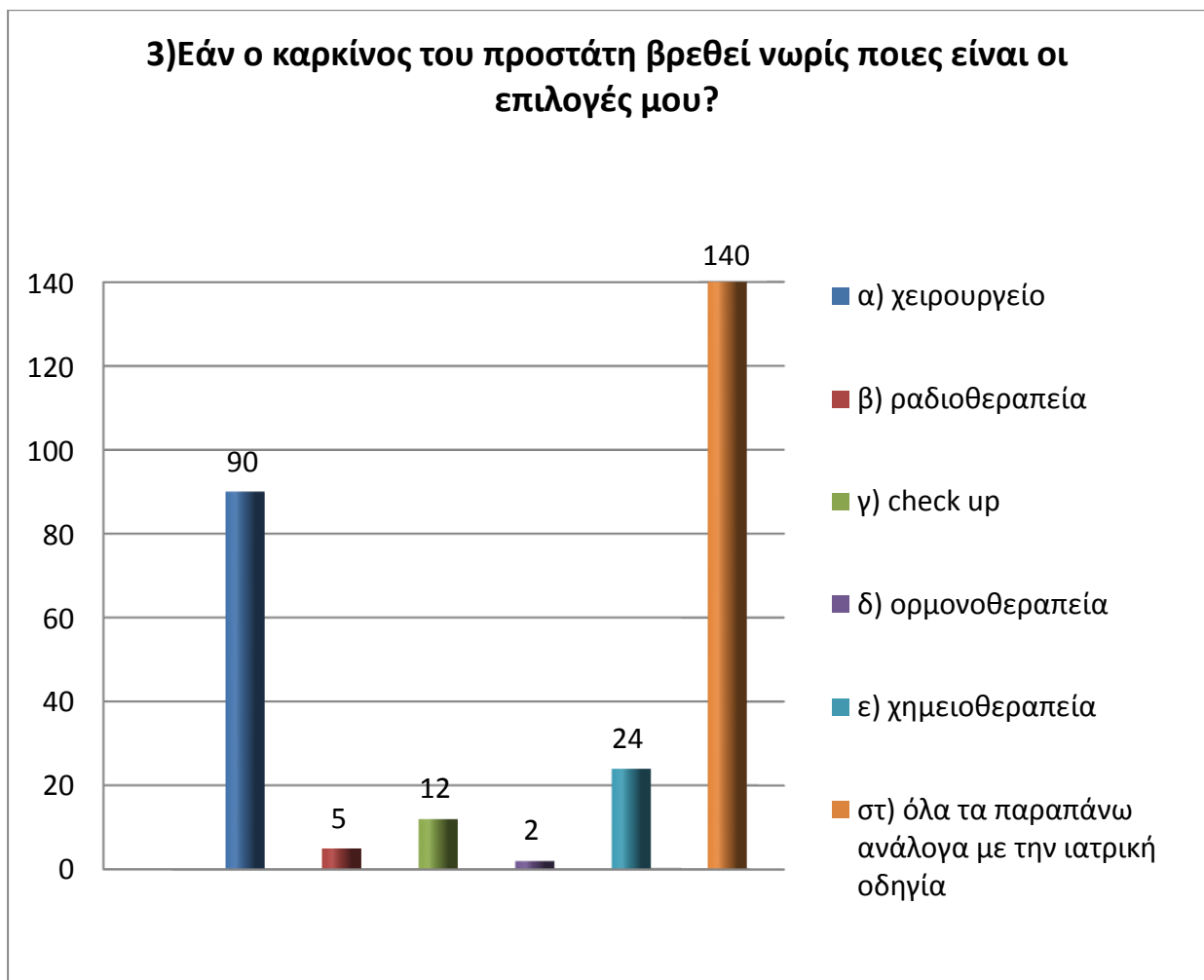
Το ίδιο παρατηρείτε και με την αντίστοιχη ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ PSA όπου οι 262 ερωτηθέντες (ποσοστό 96%) απάντησαν θετικά ενώ μόλις 11 ερωτηθέντες (ποσοστό 4%) απάντησαν αρνητικά.

Γράφημα 6



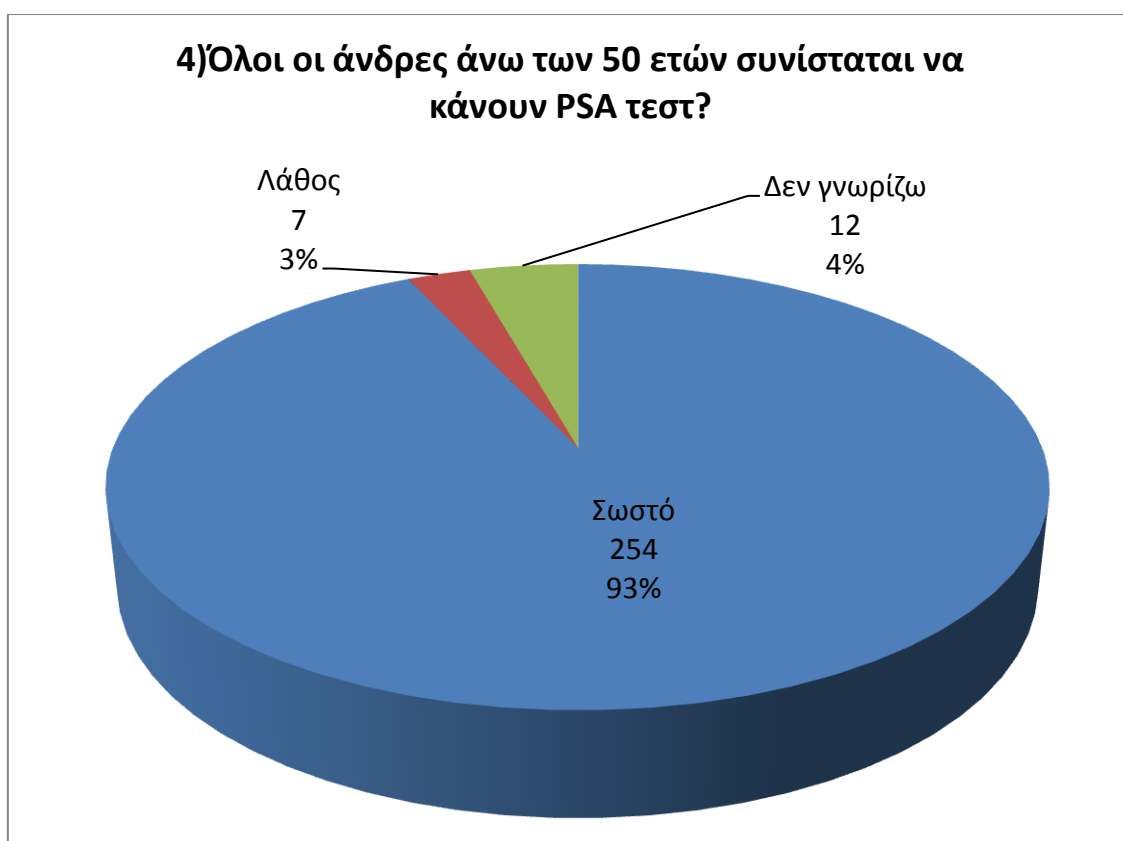
Στην ερώτηση αν ο καρκίνος του προστάτη βρεθεί νωρίτερα ποιες είναι η επιλογές μας, ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηθέντων (140 άτομα – ποσοστό 51%) δήλωσαν πως θα ακολουθούσε την ιατρική οδηγία. Επίσης, μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων (90 άτομα – ποσοστό 33%) δήλωσαν το χειρουργείο, ενώ μόλις 2 άτομα (ποσοστό 1%) θα επέλεγαν την μέθοδο της ορμονοθεραπείας.

Γράφημα 7



Οι 254 ερωτηθέντες (ποσοστό 93%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν το PSA τεστ συνίσταται σε όλα τα άτομα άνω των 50 ετών και μόλις 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 3%) αρνητικά, ενώ υπήρχαν και 12 ερωτηθέντες (ποσοστό 4%) που δεν γνώριζαν.

Γράφημα 8



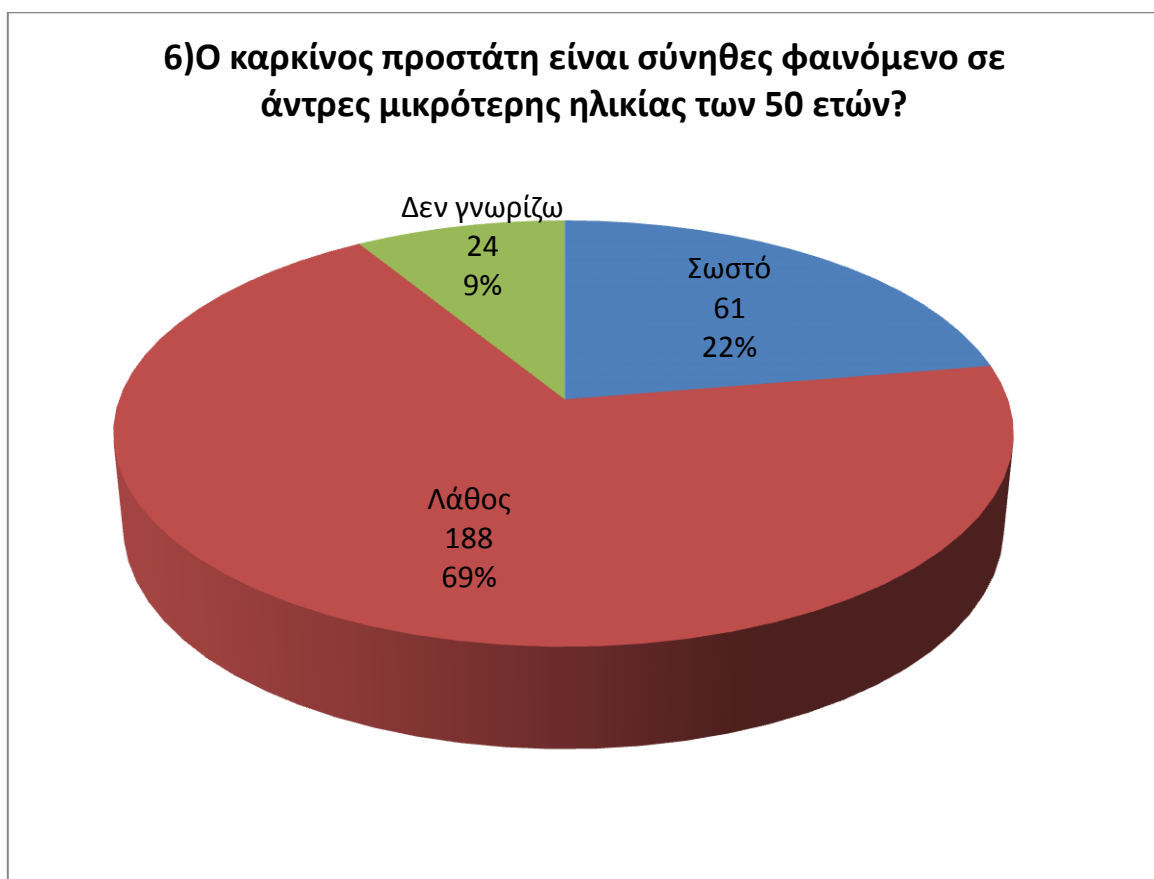
Στην ερώτηση αν στην Ελλάδα, ο καρκίνος του προστάτη είναι η συνηθέστερη αίτια θανάτου, 142 άτομα (ποσοστό 52%) απάντησαν θετικά, 100 άτομα (ποσοστό 33%) αρνητικά ενώ 31 άτομα (ποσοστό 11%) δεν γνώριζαν.

Γράφημα 9



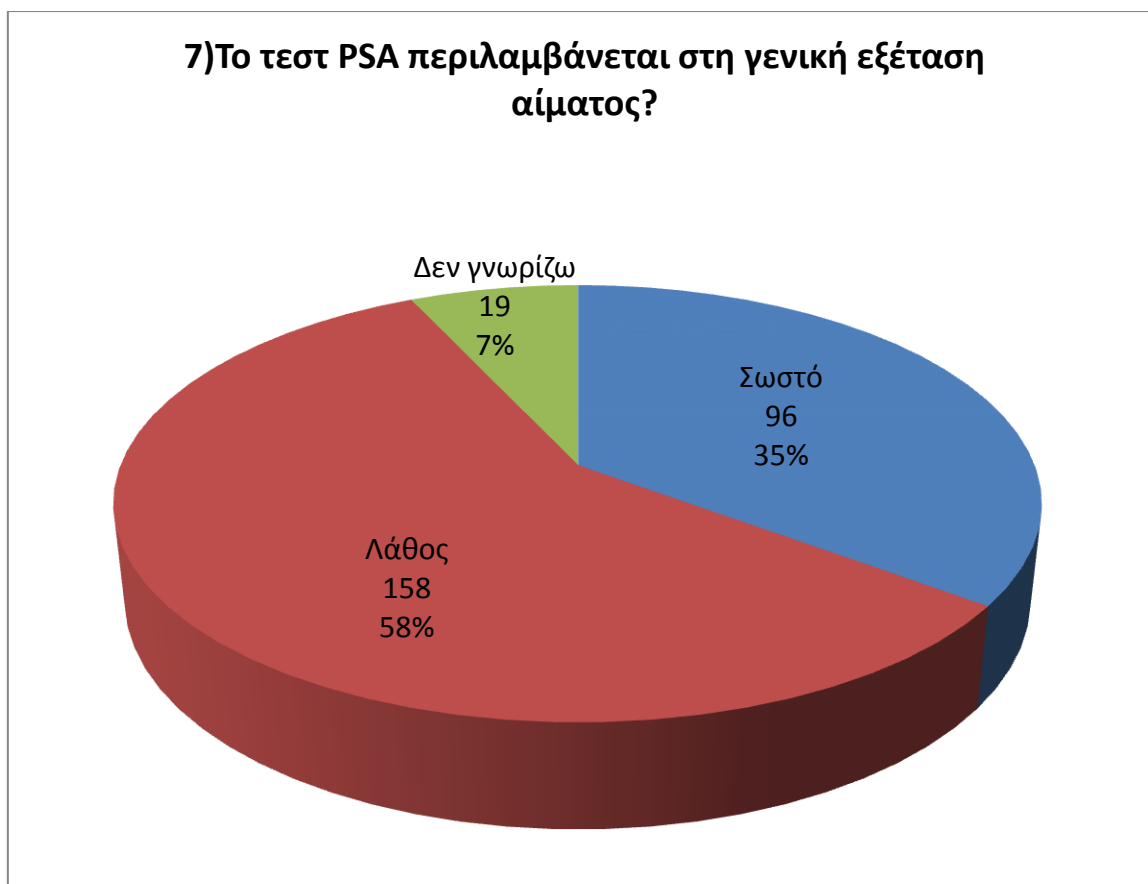
Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (188 άτομα - ποσοστό 69%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αν ο καρκίνος του προστάτη είναι σύνηθες φαινόμενο σε άτομα μικρότερης ηλικίας των 50 ετών, ενώ 64 ερωτηθέντες (ποσοστό 22%) απάντησαν θετικά και υπήρχαν και 12 ερωτηθέντες (ποσοστό 4%) που δεν γνώριζαν.

Γράφημα 10



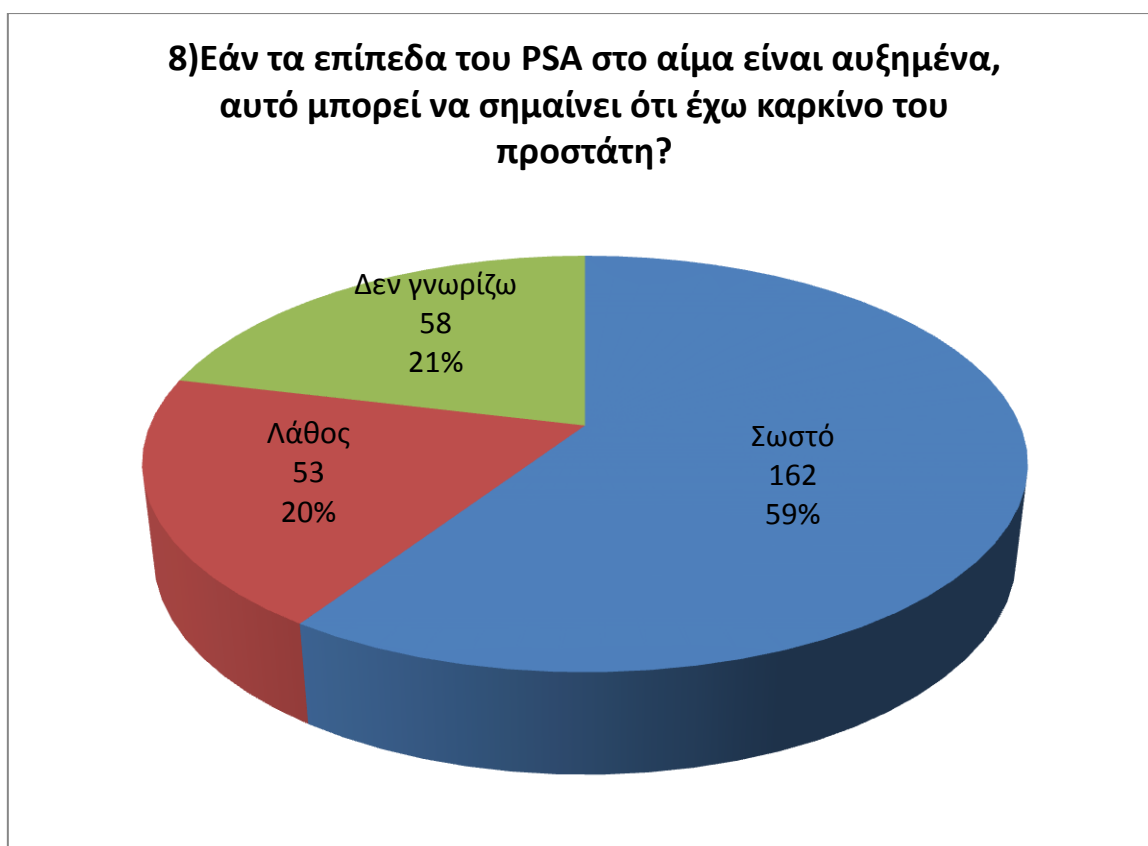
Στην ερώτηση αν το PSA περιλαμβάνεται στις γενικές εξετάσεις αίματος, οι 158 ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά, οι 96 ερωτηθέντες (ποσοστό 35%) θετικά ενώ υπήρχαν και 19 ερωτηθέντες (ποσοστό 7%) που δεν γνώριζαν.

Γράφημα 11



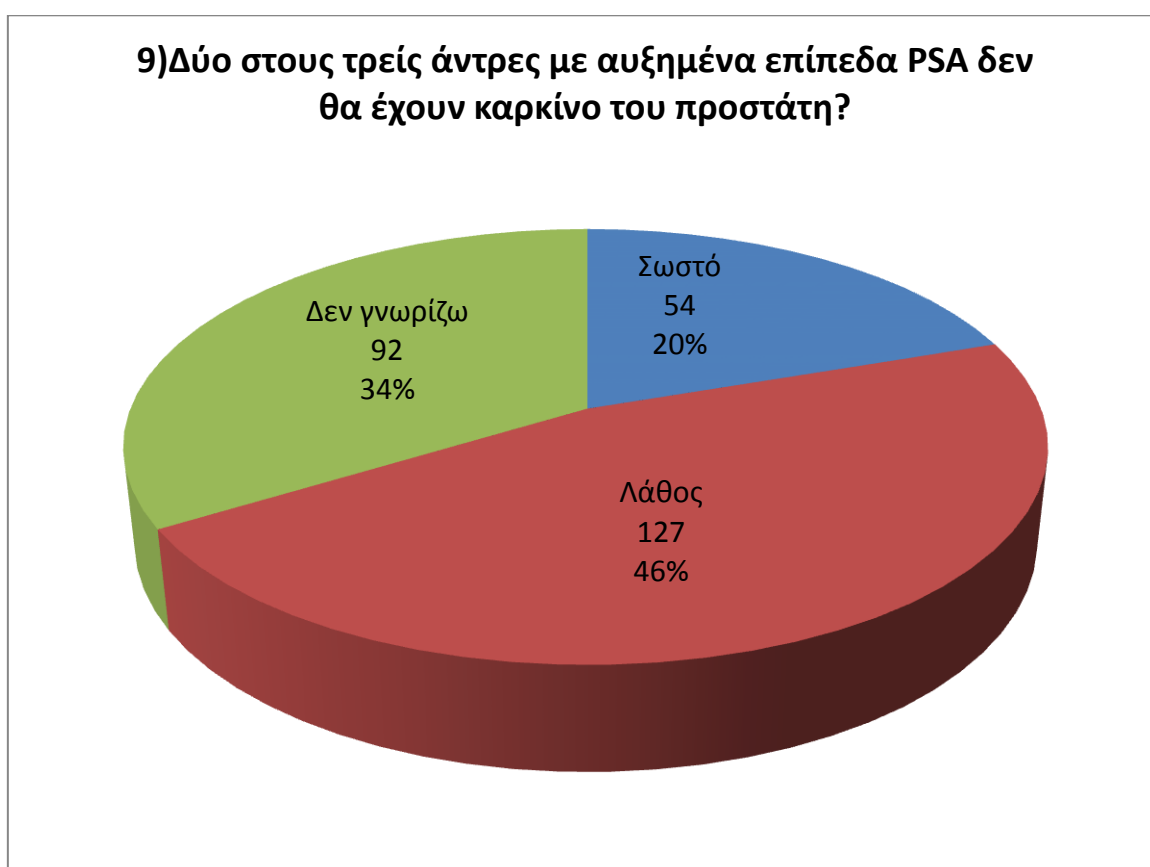
Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (162 άτομα - ποσοστό 59%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν τα επίπεδα του PSA είναι αυξημένα τότε υπάρχει περίπτωση να πάσχουμε από καρκίνο στον προστάτη, οι 53 ερωτηθέντες (ποσοστό 20%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 58 ερωτηθέντες (ποσοστό 21%) δεν γνώριζαν.

Γράφημα 12



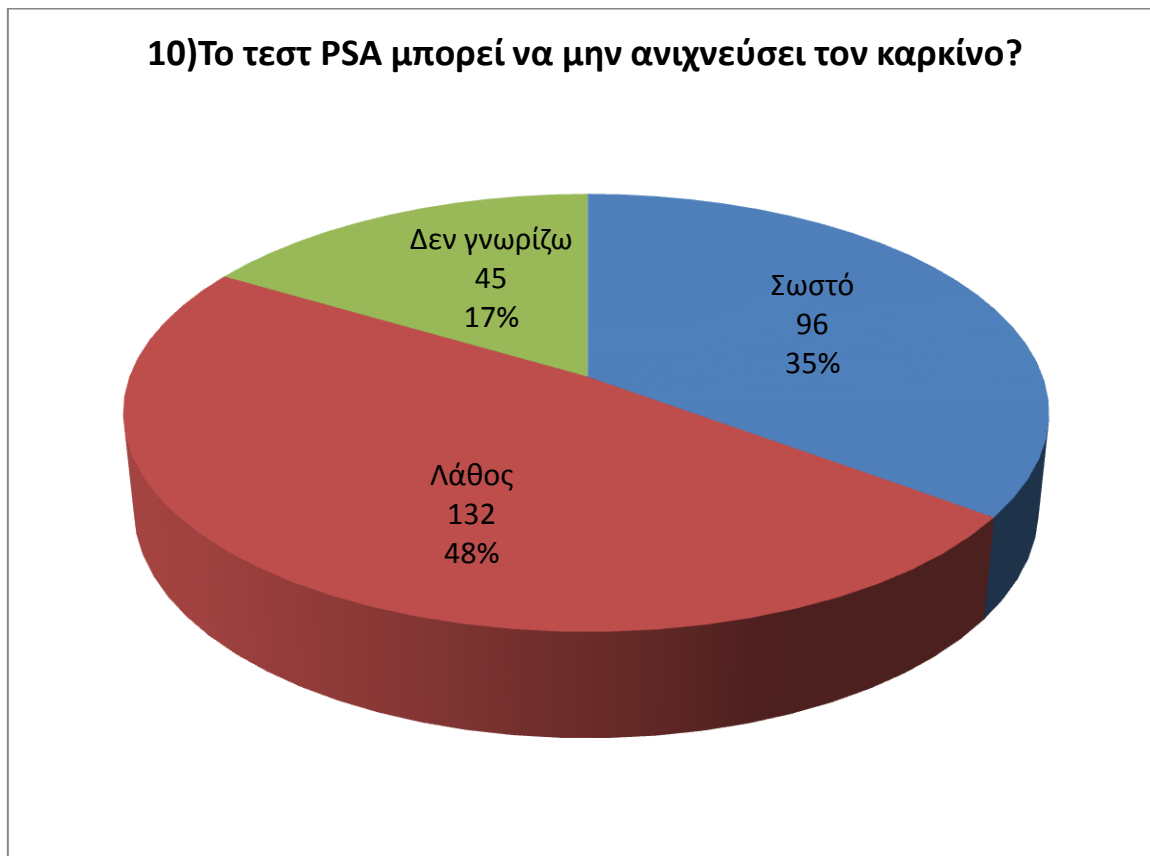
Οι 127 ερωτηθέντες (ποσοστό 46%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, αν 2/3 άνδρες με αυξημένο PSA δεν θα έχουν καρκίνο, οι 54 ερωτηθέντες (ποσοστό 20%) απάντησαν θετικά, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων δεν γνώριζαν (92 άτομα – ποσοστό 34%)

Γράφημα 13



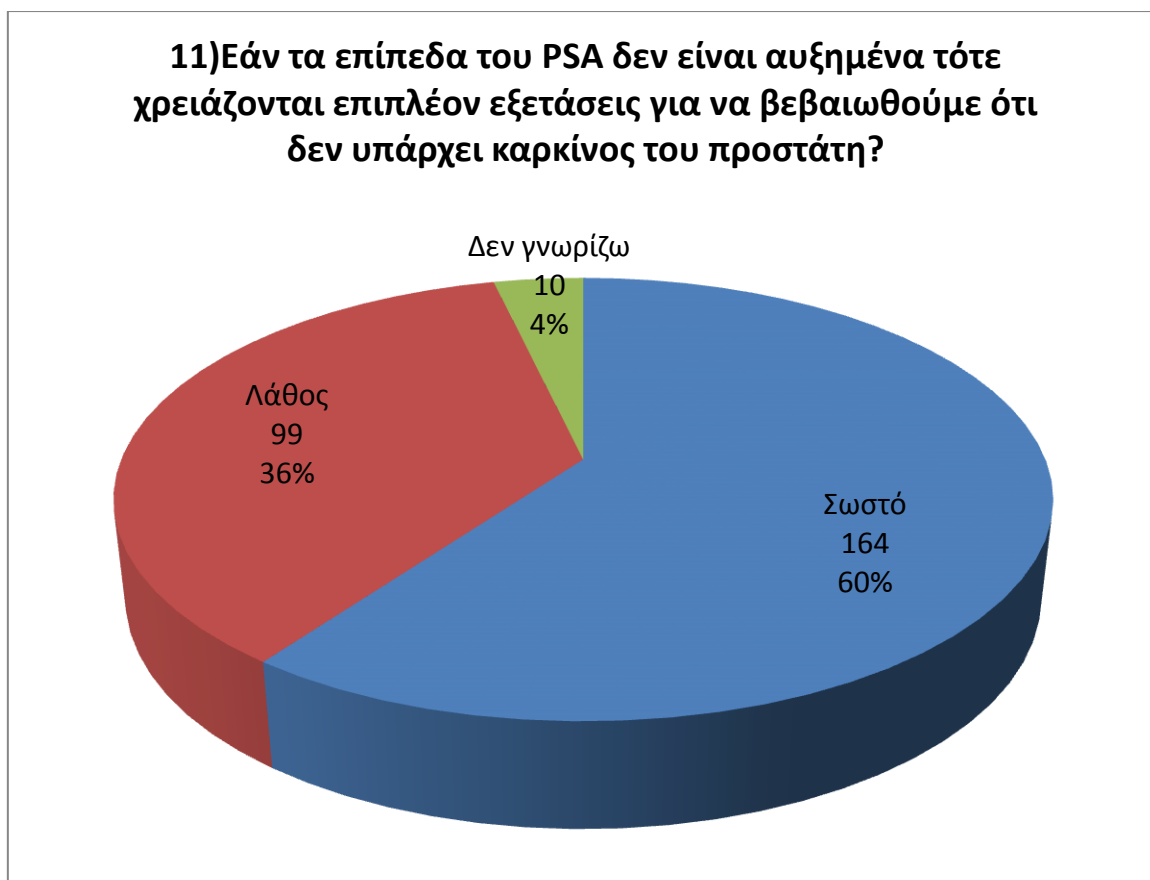
Στην ερώτηση αν το PSA μπορεί να μην ανιχνεύσει τον καρκίνο, υπήρχαν 132 απαντήσεις αρνητικές (ποσοστό 48%), 96 απαντήσεις θετικές (ποσοστό 35%), ενώ 45 δεν γνώριζαν (ποσοστό 17%).

Γράφημα 14



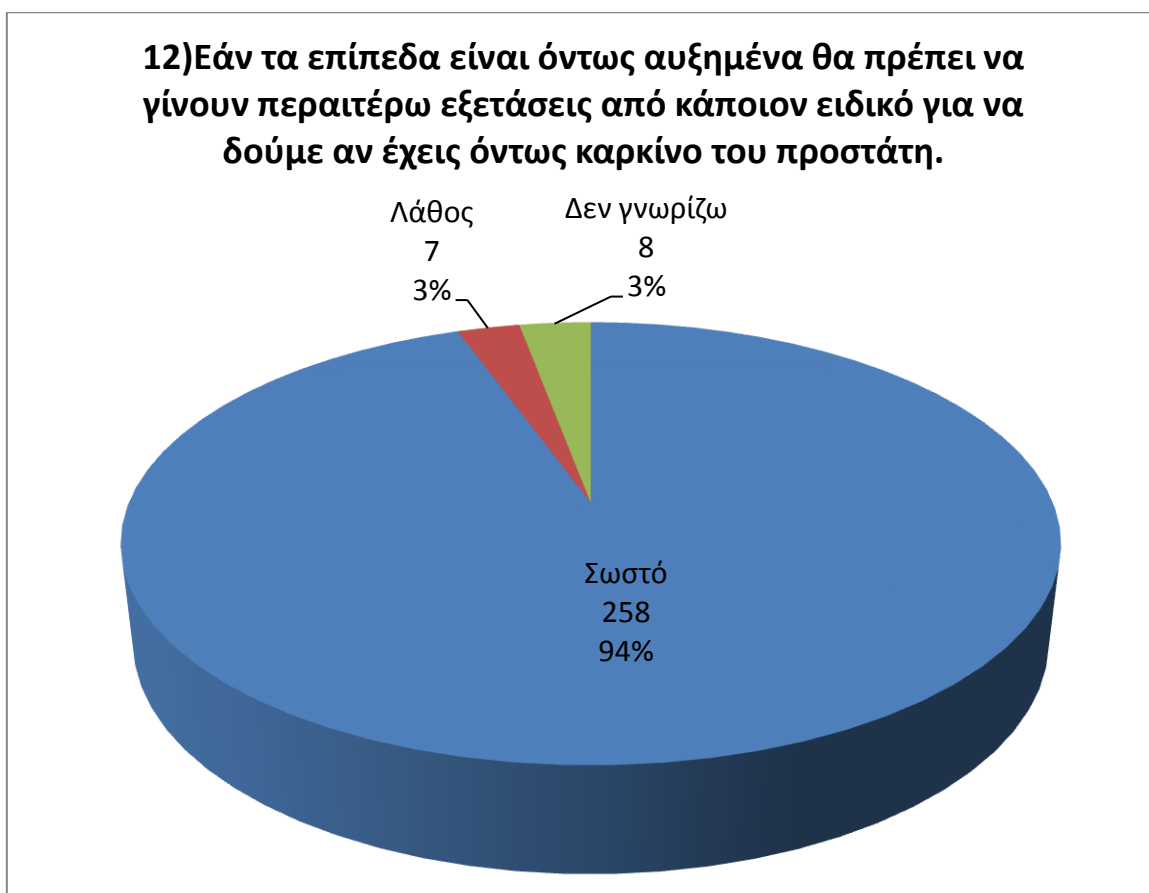
Το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (164 άτομα – ποσοστό 60%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση, αν χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις για να βεβαιωθούμε ότι δεν έχουμε καρκίνο σε περίπτωση χαμηλού PSA, οι 99 ερωτηθέντες (ποσοστό 36%) απάντησαν αρνητικά, ενώ μόλις 10 ερωτηθέντες (ποσοστό 4%) δεν γνώριζαν.

Γράφημα 15



Ενώ στον αντίποδα, στην ερώτηση αν είναι όντως αυξημένα θα πρέπει να γίνουν περισσότερες εξετάσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (258 άτομα – ποσοστό 94) απάντησαν θετικά, οι 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 3%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 8 ερωτηθέντες (3%) δεν γνώριζαν.

Γράφημα 16



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών που συμμετείχαν στην ερευνά μας και στις 3 περιοχές είχαν κάνει PSA και υπήρχε ένα μικρό ποσοστό μόνο που δεν είχε κάνει.

Γράφημα 17

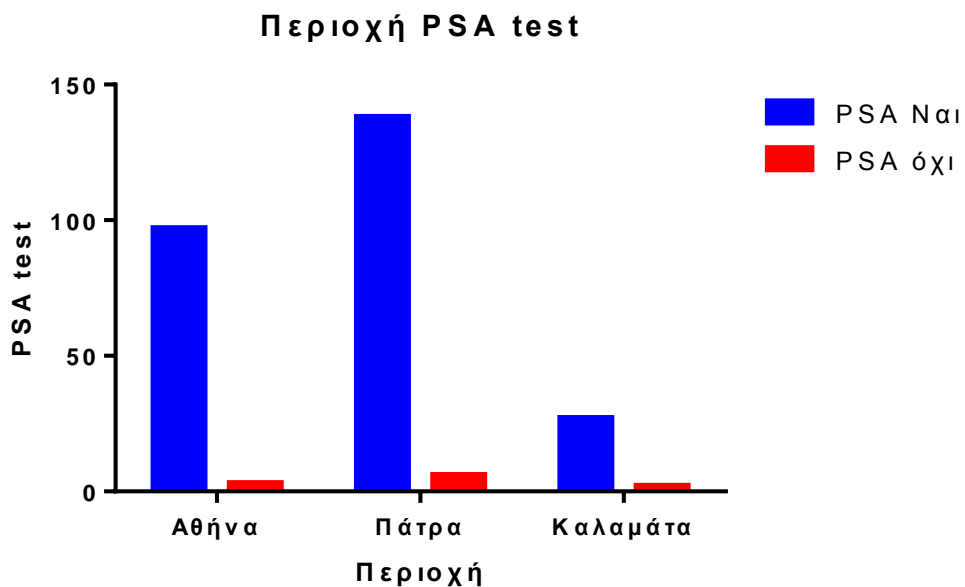


Table Analyzed	Περιοχή PSA test
Chi-square	
Chi-square, df	0.8975, 2
P value	0.6384
P value summary	ns
One- or two-sided	NA
Statistically significant? (alpha<0.05)	No
Data analyzed	
Number of rows	3
Number of columns	2

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην ερευνά έλαβαν μέρος 273 άντρες εγγεγραμμένοι στα ΚΑΠΗ Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 55 έως 85 έτη με μέσο ορό τα 75,77 .

Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα προέρχεται από άνδρες μεγάλης ηλικίας από 75 - 80 ετών και 80 ετών και άνω με ποσοστό 29% και 27% αντίστοιχα. Επίσης, ηλικίες όπως της κλάσης 65 - 70 ετών τα ποσοστά είναι της τάξης των 14% . Γενικά όπως παρατηρήθηκε και από την έρευνα , υπήρχε περισσότερη δυσκολία στο να προσεγγιστούν και να δεχθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα άνδρες μικρότερης ηλικίας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα - ποσοστό 53%) δήλωσε ως περιοχή διαμονής την Πάτρα, άλλα 100 άτομα (ποσοστό 37%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής την Αθήνα ενώ τα υπόλοιπα 29 άτομα (ποσοστό 10%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής την Καλαμάτα

Σχετικά με την εκπαίδευση όπως παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό με 68% των ανδρών φαίνεται να είναι απόφοιτοι του δημοτικού, ενώ στον αντίποδα, το 11% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι κάποιας Ανώτερης ή Ανώτατης σχολής , ενώ υπάρχει και ένα 21% των ανδρών που έχει τελειώσει το γυμνάσιο και υπήρχε και 1 άτομο που έχει συνεχίσει τις σπουδές του σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Σχετικά με το εισόδημα, οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων , με ποσοστό 55%, απάντησε πως το μηνιαίο εισόδημα τους είναι τα 500-800€, ενώ μόλις το 33% των ανδρών απάντησαν πως το εισόδημα τους ξεπερνούν τα 800€. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν πως οι οικονομική τους κατάσταση δεν φαίνεται να είναι επαρκείς ώστε να μπορούν να πληρώσουν για κάποιες επιπρόσθετες εξετάσεις για την υγεία τους.

Τα 265 άτομα – ποσοστό 97% γνώριζαν τι είναι το PSA τεστ και σε αντίστοιχη ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ PSA όπου οι 262 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά ενώ μόνο οι 11 ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά όπου το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 96%

Στην ερώτηση αν ο καρκίνος του προστάτη βρεθεί νωρίτερα ποιες είναι η επιλογές μας, ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηθέντων (140 άτομα – ποσοστό 51%) δήλωσε πως θα ακολουθούσε την ιατρική οδηγία. Επίσης, ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων (90 άτομα –

ποσοστό 33%) δήλωσαν το χειρουργείο, αρκετά ποιο χαμηλά σε ποσοστό βρίσκουμε τη χημικοθεραπεία με (24 άτομα – ποσοστό 9%) το check up με (12 άτομα - ποσοστό 4%), τη ραδιοθεραπεία με (5 άτομα – ποσοστό 2%) ενώ μόλις 2 άτομα (ποσοστό 1%) θα επέλεγαν την μέθοδο της ορμονοθεραπείας.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (254 άτομα - ποσοστό 93%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν το PSA τεστ συνίσταται σε όλα τα άτομα άνω των 50 ετών και μόλις 7 άτομα (ποσοστό 3%) αρνητικά ενώ υπήρχαν και 12 απαντήσεις (ποσοστό 4%) που δεν γνώριζε.

Οι 188 ερωτηθέντες (ποσοστό 69%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αν ο καρκίνος του προστάτη είναι σύνηθες φαινόμενο σε άτομα μικρότερης ηλικίας των 50 ετών, ενώ 64 ερωτηθέντες (ποσοστό 22%) απάντησαν θετικά και υπήρχαν και 12 απαντήσεις (ποσοστό 4%) που δεν γνώριζαν

Οι 162 ερωτηθέντες (ποσοστό 59%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν τα επίπεδα του PSA είναι αυξημένα τότε υπάρχει περίπτωση να πάσχουμε από καρκίνο στον προστάτη, οι 53 ερωτηθέντες (ποσοστό 20%) απάντησαν αρνητικά ενώ 58 ερωτηθέντες (ποσοστό 21%) δεν γνώριζαν

Οι 127 ερωτηθέντες (ποσοστό 46%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αν 2/3 άνδρες με αυξημένο PSA δεν θα έχουν καρκίνο, οι 54 ερωτηθέντες (ποσοστό 20%) απάντησαν θετικά, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων δεν γνώριζαν (92 άτομα – ποσοστό 34%)

Στην ερώτηση αν το PSA μπορεί να μην ανίχνευση τον καρκίνο, υπήρχαν 132 απαντήσεις αρνητικές (ποσοστό 48%), 96 απαντήσεις θετικές (ποσοστό 35%), ενώ 45 δεν γνώριζαν (ποσοστό 17%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (164 άτομα – ποσοστό 60%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις για να βεβαιωθούμε ότι δεν έχουμε καρκίνο σε περίπτωση χαμηλού PSA, οι 99 ερωτηθέντες (ποσοστό 36%) απάντησαν αρνητικά, ενώ μόλις 10 ερωτηθέντες (ποσοστό 4%) δεν γνώριζαν.

Ενώ στον αντίποδα, στην ερώτηση αν είναι όντως αυξημένα θα πρέπει να γίνουν περισσότερες εξετάσεις, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (258 άτομα – ποσοστό 94) απάντησαν θετικά, οι 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 3%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 8 ερωτηθέντες (3%) δεν γνώριζαν

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος αποτελεί τη σοβαρότερη ασθένεια στον άνθρωπο. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του προστάτη που έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά, αποτελώντας το 2^ο σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του ανδρικού πληθυσμού.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη καθιστά τη θεραπεία του ποιο εύκολη και αποτελεσματική. Στην έρευνα που κάναμε είδαμε στον ανδρικό πληθυσμό ότι υπάρχει μια σχετική ενημέρωση και αισθητοποίηση γύρω από το θέμα του καρκίνου του προστάτη. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος, υπάρχουνε άτομα τα οποία δεν είναι κατάλληλα ενημερωμένα για τη πρόληψη του προβλήματος αυτού.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο μας αφορά άλλους γι αυτό το λόγο προτείνουμε:

- Επιλογή υγιούς τρόπου ζωής με καθημερινή άσκηση
- Ετήσιο έλεγχο του τεστ PSA
- Η προβολή από τα ΜΜΕ διάφορων σποτς με θέμα το καρκίνο του προστάτη
- Την παροχή συμβουλευτικής τηλεφωνικής υποστήριξης με θέμα τον προστάτη
- Την διανομή 3μηνιαίου ενημερωτικού εντύπου με θέμα του καρκίνου του προστάτη
- Την οργάνωση ειδικής ιστοσελίδας Πρόληψης-Αγωγής Υγείας με χρήσιμες πληροφορίες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **György Kovács.:** Interstitial Prostate Brachytherapy, Εκδόσεις Springer, Verlag Berlin Heidelberg 2013, pp 2-12
2. **Michel Bolla.:** Management of Prostate Cancer, Εκδόσεις Springer, Verlag Berlin Heidelberg 2012, pp 5
3. **Lee E. Ponsky. :** Treating Prostate Cancer and Related Genitourinary Applications, Εκδόσεις Springer, Verlag Berlin Heidelberg 2012, pp 29-30
4. **Κοσμίδης Α. Π. :** Ογκολογία-Ραδιολογία, Επίτομος, Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 2009, σ 233
5. **Κωνσταντίνος Α.Α.:** Ουρολογία, Επίτομος, Έκδοση 1η , Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σ 380-381, 395
6. **Erich K. Lang :** Radiology of the Lower Urinary Tract, Εκδόσεις Springer , Verlag Berlin Heidelberg 1994, pp 167-168
7. **William D. Steers :** Practical Urology: Essential Principles and Practice, Εκδόσεις Springer Specialist Surgery Series, Verlag London Limited 2011, pp 239-240
8. **Nigel Bullock, Andrew Doble and el. :** Urology, An Illustrated colour text1 , Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier 2007
9. **Κέντρο Ολιστικής Ιατρικής :** Όλα για τον καρκίνο του προστάτη, Διαθέσιμο και στο : http://holistic-greece.com/page/0/49/karkinos-tou-prostate-ola-gia-ton-karkino-tou-prostate/#.VUNEw_ntmkp, τελευταία προσπέλαση στις 24-04-2015
10. **National Cancer Institute: Prostate Cancer Prevention,**
Διαθέσιμο και στο :
http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/prostate/Patient/page3#_85 ,
τελευταία προσπέλαση στις 10-4-2015

11. **Prostate cancer foundation** : SHOULD FINASTERIDE BE USED TO PREVENT PROSTATE CANCER, Διαθέσιμο και στο: http://www.pcf.org/site/c.leJRIROrEpH/b.8072635/k.3D99/Should_Finasteride_Be_Used_to_Prevent_Prostate_Cancer_The_Debate_Continues8230.htm, τελευταία προσπέλαση στις 14-4-2015

12. **Prostate cancer foundation** : VITAMIN E, SELENIUM SUPPLEMENTS MIGHT DOUBLE CHANCES OF PROSTATE CANCER, Διαθέσιμο και στο: http://www.pcf.org/site/c.leJRIROrEpH/b.8989109/k.82C5/Vitamin_E_Selenium_Supplements_Might_Double_Chances_of_Prostate_Cancer.htm, τελευταία προσπέλαση στις 14-4-2015

13. **Manfred Schwab** : PSA , Εκδόσεις Springer,Verlag Berlin Heidelberg 2012, pp 2116

14. **Nina Pauline Holzapfel,1 Boris Michael Holzapfel et all** : The Potential Role of Lycopene for the Prevention and Therapy of Prostate Cancer: From Molecular Mechanisms to Clinical Evidence, Διαθέσιμο και στο : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742263/>,τελευταία προσπέλαση στις 17-11-2014

15. **Manfred Schwab** : PSA , Εκδόσεις Springer,Verlag Berlin Heidelberg 2012, pp 3111-3112

16. **Flip H. Jansenlowast , Monique Roobol et all**: Screening for Prostate Cancer in 2008 II: The Importance of Molecular Subforms of Prostate-Specific Antigen and Tissue Kallikreins ,European Urology, τόμος 55, τεύχος 3, Μάρτιος 2009, pp 563-574

17. **Αρβανιτάκης Θ.Φ- Θεοδώρου Χ.Γ.**: Καρκίνος προστάτη, Επίτομο, Έκδοση 1η Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθηνά 2004, σ 92

18. **Πεκτασίδης Α.**: Ουρολογική ογκολογία, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθηνά 2004, σ 361, 372, 417-420

19. **Κωστακόπουλος Α.Ν.**: Ουρολογία, Τόμος 2, Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2003, σ 566, 570, 572

20. **WORLD HEALTH DAYS: ΑΙΤΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**, διαθέσιμο και στο : <http://www.worldhealthdays.gr/prostatis/aitia-simptomata-diagnosi>, τελευταία προσπέλαση στις 6-12-2014

21. **Παπαδόπουλος Η.Κ.,:** Ουρολογική ογκολογία, Επίτομο, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000, σ 175, 182,188

22. **Μπαρμπαλιάς Γ.Α.:** Όγκοι του προστατικού αδένος, Επίτομο, Έκδοση 1^η, Ιατρικές εκδόσεις Τυρογάμα Πάτρα 1998 σ 304

23. **Michael W. Kattan:** WHEN TO PERFORM BONE SCAN IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PROSTATE CANCER: EXTERNAL VALIDATION OF THE CURRENTLY AVAILABLE GUIDELINES AND PROPOSAL OF A NOVEL RISK STRATIFICATION TOOL , Τόμος 57, Τεύχος 1, pp 551-558, ΔΗΜΟΣΙΕΥΘΗΚΕ 1-04-2010
24. **Κωστακόπουλος Α.Ν.:** Ουρολογία, τόμος 1, Έκδοση 2^η ,Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2008, σ 652, 649-650
25. **Δημόπουλος Κ.Α.:** Ουρολογία, Επίτομο, Έκδοση 1^η, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σ 384
26. **Δημητρίου Α.:** Σύγχρονη ουρολογία, Καρκίνος του προστάτη, Αναρτήθηκε στις 5-9-2009, Διαθέσιμο και στο: [HTTP://URONEWS.BLOGSPOT.GR/2009/09/BLOG-POST.HTML](http://URONEWS.BLOGSPOT.GR/2009/09/BLOG-POST.HTML)
27. **Τσώλη Θ.:** Βιοψία προστάτη, κίνδυνος νοσηλείας, Δημοσιεύτηκε στις 23-9-2009 Διαθέσιμο και στο : <http://www.tovima.gr/science/medicine-biology/article/?aid=421368> τελευταία προσπέλαση στις 18-4-2014
28. **Ramzi Rajab, Gabrielle Fisher ,Michael W. Kattan ,Christopher S. Foster ,Tim Oliver, Henrik Møller et al.:** Measurements of cancer extent in a conservatively treated prostate cancer biopsy cohort, Τόμος 457, Τεύχος 5 , Νοέμβριος 2010, pp 547-553
29. **Μπουζάλας Ι. Σ.:** Διαδικτυακό ιατρικό περιοδικό, Βιοψία προστάτη, διαθέσιμο και στο: <http://www.iator.gr/2011/04/10/giatre-ti-einai-i-biopsia/> , τελευταία προσπέλαση στις 10-4-2014
30. **Μπορούσας Α.:** Ιατρικά άρθρα, Μάθετε τα πάντα για τον καρκίνο του προστάτη, Δημοσιεύτηκε στις 30-11-2012. Διαθέσιμο και στο: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3226>
31. **Παλλαντζάς Α.,Αρβανιτακης Θ.:** INFO UROLOGY, Εκδόσεις Καυκάς, Διαθέσιμο στο: http://www.iatrikionline.gr/url_45/endeixeis.pdf , τελευταία προσπέλαση στις 23-1-2015
32. **MATTHEW D. RIFKIN.:** PROSTATE CANCER: THE DIAGNOSTIC DILEMMA AND THE PLACE OF IMAGING IN DETECTION AND STAGING, WORLD J UROL, SPRINGER-VERLAG 1998, PP 77
33. GUIDELINES ON PROSTATE CANCER:EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY 2015

34. **SCOTT EGGENERA LOWAST , GEORG SALOMON ET ALL** : FOCAL THERAPY FOR PROSTATE CANCER : POSSIBILITIES AND LIMITATIONS, ΤΟΜΟΣ 58, ΤΕΥΧΟΣ 1, ΙΟΥΛΙΟΣ 2010, PP 57-64
35. **ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, ΤΟΜΟΣ 60Σ, ΤΕΥΧΟΣ 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2004, Σ 25, 34
36. **PETER J. BOSTROM ΚΑΙ MARK S. SOLOWAY** ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ 52 ΤΕΥΧΟΣ 4 , ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2007 σ 973-982
37. **Wamuth M. , Johansson T. and Mad P.** : Systematic Review of the Efficacy and Safety of High-Intensity Focussed Ultrasound for the Primary and Salvage Treatment of Prostate Cancer, τόμος 58, τεύχος 6, Δεκέμβριος 2010, pp 803-815
38. **Bostorm J. P. and Soloway M. S.:** Secondary Cancer After Radiotherapy for Prostate Cancer, τόμος 52, τεύχος 4, Οκτώμβριος 2007, pp 973-982
39. **ΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ:** αντιμετωπίζω τον καρκίνο του προστάτη,Καρκίνος προστάτη, Διαθέσιμο και στο : www.imop.gr/pathhseis-prostath-adena/karkinos-prostath#ximeiotherapeia , τελευταία προσπέλαση στις 25-11-2014
40. Tests and Pecedures Brachytherapy: Definition, Mayo Clinic, Διαθέσιμο και στο <http://www.mayoclinic.org/testsprocedures/brachytherapy/basics/definition/prc-20021316> τελευταία προσπέλαση στις 4-7-2015
41. **Μαρίζα Warmuth, Tim Johansson, Philipp Mad** : Συστηματική ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας υψηλής έντασης εστιασμένη σε υπέρηχο για την πρωτοβάθμια θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, τόμος 58, Τεύχος 6 , Δεκέμβριος 2010, pp 803-815
42. **Stephen A. Boorjian, James A. Eastham , Markus Graefen** :Μια κριτική ανάλυση του μακροπρόθεσμου αντίκτυπου της ριζικής προστατεκτομής για τον έλεγχο του καρκίνου, τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα, Ευρωπαϊκή Ουρολογία, τόμος 61 Τεύχος 4 , Απρίλιος 2012, pp 664-675
43. Tests and Pecedures cryotherapy for prostate cancer, Mayo Clinic, Διαθέσιμο και στο : <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cryotherapy-for-prostate-cancer/basics/definition/prc-20014553>

- 44. Lin L.Y, Wang R.H.:** Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, Τόμος 51, Τεύχος 3, Αύγουστος 2005, pp 252-260
- 45. Daniels S.M.:** Protecting patient from harm: Improving hospital care for surgical patients. *Nursing*, Τόμος 37, Τεύχος 8, Αύγουστος 2007, pp 36-41
- 46. Crenshaw J.T, Winslow E.H.:** Preoperative fasting: Old habits die hard. *American Journal of Nursing*, Τόμος 102, Τεύχος 5, Μάιος 2002, pp 36-44
- 47. Steefel L.:** Marks of safety. Preop safety protocols help teams check blind spots that will prevent surgical errors. *Nurse Week Mountain West Edition*, Τόμος 5, Τεύχος 20, Ιανουάριος 2004, pp 17-18
- 48. Baugh N.:** Wounds in surgical patients who are obese. *American Journal of Nursing*, Τόμος 107, Τεύχος 6, Ιανουάριος 2007, pp 40-50
- 49. Jones H.W, Savage L, White C, Goddard R, Lumley H, Kashif F, et al.:** Postoperative autologous blood salvage drains--are they useful in primary uncemented hip and knee arthroplasty? A prospective study of 186 cases. *Orthopaedic Belgica*, Τόμος 70, Τεύχος 5, Οκτώβριος 2004, pp 466-473
- 50. Cheng S.C, Hung T.S, Tse P.Y.:** Investigation of the use of drained blood reinfusion after total knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Journal of Orthopaedic Surgery*, Τόμος 13, Τεύχος 2, Αύγουστος 2005, pp 120-124
- 51. Sarvis C.:** Postoperative wound care. *Nursing*, Τόμος 36, Τεύχος 12, Δεκέμβριος 2003, pp 56-57
- 52. Squires A.:** Documenting surgical incision site care. *Nursing*, Τόμος 33, Τεύχος 1, Ιανουάριος 2003, pp 74
- 53. Beattie S.:** Wound dehiscence. *RN*, Τόμος 70, Τεύχος 6, Ιανουάριος 2007, pp 34-37

54. Moz T.: Wound dehiscence and evisceration. Nursing, Τόμος 34, Τεύχος 5, Μάιος 2004, pp 88

55. Pullen R.L.: Removing sutures and staples. Nursing, Τόμος 33, Τεύχος 10, Οκτώβριος 2003, pp 88

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής εργασίας μας με θέμα τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του προστάτη. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις εκ των οποίων μερικές αποτελούνται από δημογραφικά στοιχεία.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας μια μόνο επιλογή. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα είναι αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Φοιτητές Νοσηλευτικής

Τονικόαν Ακόμπ
Βρούχο Λαζαρέλ

Ηλικία.....

Τόπος Γέννησης.....

Επάγγελμα.....

Εκπαιδευτικό Επίπεδο:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Πανεπιστήμιο – ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό

Εισόδημα (προαιρετικά)

- <500 ευρώ
- 500 – 800 ευρώ
- >800 ευρώ

1. Γνωρίζετε τι είναι το PSA τεστ?

- Ναι
- Όχι

2. Έχετε κάνει ποτέ το PSA τεστ?

- Ναι
- Όχι

3. Εάν ο καρκίνος του προστάτη βρεθεί νωρίς ποιες είναι οι επιλογές μου?

- α) χειρουργείο
- β) ραδιοθεραπεία
- γ) συνεχής επιτήρηση και παρακολούθηση(check up)
- δ) ορμονοθεραπεία
- ε) χημειοθεραπεία
- στ) όλα τα παραπάνω ανάλογα με την ιατρική οδηγία

4	Όλοι οι άνδρες άνω των 50 ετών συνίσταται να κάνουν PSA τεστ.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
5	Ο καρκίνος του προστάτη είναι η δεύτερη συνηθέστερη αιτία θανάτου σε άντρες, στην Ελλάδα.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
6	Ο καρκίνος προστάτη είναι σύνθητες φαινόμενο σε άντρες μικρότερης ηλικίας των 50 ετών.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
7	Το τεστ PSA περιλαμβάνεται στη γενική εξέταση αίματος.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ

8	Εάν τα επίπεδα του PSA στο αίμα είναι αυξημένα, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι έχω καρκίνο του προστάτη.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
9	Δύο στους τρεις άντρες με αυξημένα επίπεδα PSA δεν θα έχουν καρκίνο του προστάτη.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
10	Το τεστ PSA μπορεί να μην ανιχνεύσει τον καρκίνο.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
11	Εάν τα επίπεδα του PSA δεν είναι αυξημένα τότε χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις για να βεβαιωθούμε ότι δεν υπάρχει καρκίνος του προστάτη.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
12	Εάν τα επίπεδα είναι όντως αυξημένα θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω εξετάσεις από κάποιον ειδικό για να δούμε αν έχεις όντως καρκίνο του προστάτη.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.