

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

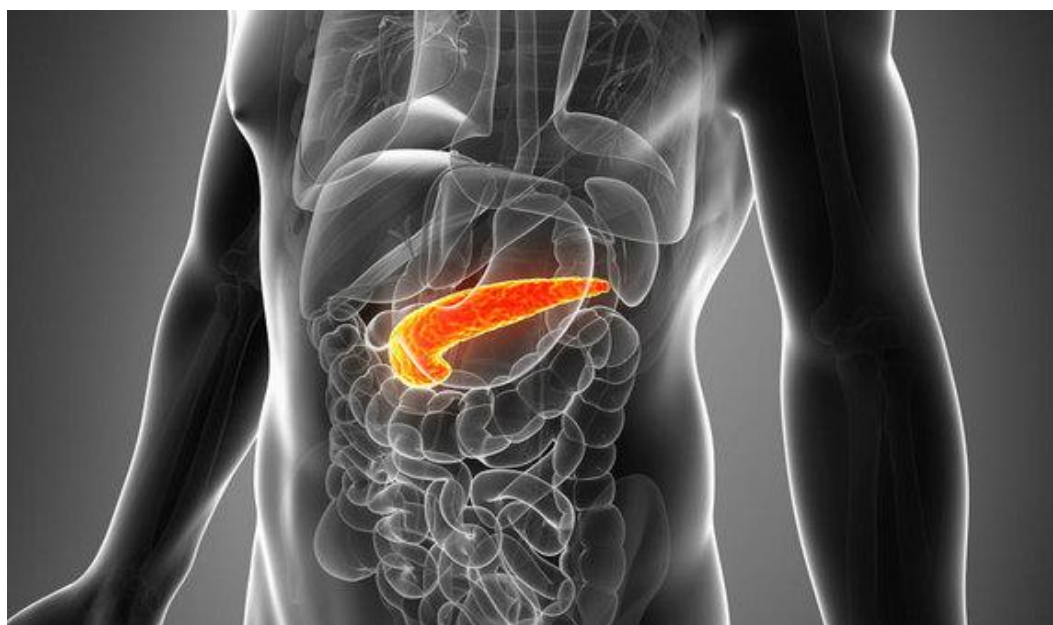
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ .

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Γεωργίου Αγγελική

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Σκόνδρα Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2017

Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Ο καρκίνος του παγκρέατος και ο ρόλος του νοσηλευτή» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος του τμήματος Νοσηλευτικής, της σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας, από τη φοιτήτρια Γεωργίου Αγγελική.

Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Με τον όρο καρκίνος περιγράφεται μια ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά μέχρι τη στιγμή έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά, ο καρκίνος είναι μια ασθένεια των κυττάρων. Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες.

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι μια από τις σοβαρότερες μορφές καρκίνου. Είναι η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου παρά το γεγονός ότι αποτελεί μόνο το 2% του συνόλου των καρκίνων που εκδηλώνονται κάθε χρόνο. Οι θεραπείες εξαρτώνται από το στάδιο του καρκίνου και το σημείο που εντοπίζεται ο όγκος. Εάν ο όγκος είναι αρκετά μικρός, ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί και ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση και αρκετά υγιής. Εάν ο όγκος είναι μη αφαιρέσιμος, δηλαδή ο καρκίνος είναι είτε πολύ προχωρημένος εντός και πέριξ του παγκρέατος, είτε έχει εξαπλωθεί σε άλλα σημεία του σώματος, ο σκοπός της θεραπείας είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η καλύτερη δυνατή ποιότητα στη ζωή του ασθενή.

Η θέση των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών είναι ζωτικής σημασίας. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους. Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση-τελικό στάδιο είναι ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό-θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσης πτυχιακής εργασίας δεν θα ήταν δυνατή αν όλα αυτά τα χρόνια δεν είχα την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγηση ανθρώπων οι οποίοι με εμπιστεύτηκαν και με υποστήριξαν σε κάθε ακαδημαϊκό μου βήμα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από τη καρδιά μου την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Σκόνδρα Μαρία η οποία με καθοδηγούσε με επιμονή και υπομονή και με την εμπειρία της ήταν σπουδαίος αρωγός στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Επιπροσθέτως, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής της σχολής επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραβλέψω την οικογένεια μου, η οποία στεκόταν δίπλα μου διακριτικά και υποστηρικτικά, σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Το θέμα της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι «Ο Καρκίνος Του Παγκρέατος Και Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή».

Εισαγωγή: Δεδομένου ότι το πάγκρεας είναι ένα αρκετά σύνθετο όργανο, κάθε τύπος κυττάρου του, μπορεί να δώσει διαφορετικού τύπου όγκο. Η πρόγνωση της νόσου και η επιβίωση του ασθενή εξαρτάται από το ποιος είναι ο τύπος των όγκων. Μερικοί όγκοι είναι χειρουργικά εξαιρέσιμη. Σε κάποιες ωστόσο περιπτώσεις η παρηγορητική θεραπεία είναι η μοναδική επιλογή. Σε ποσοστό 85% των ασθενών, ο τύπος του αδενοκαρκινώματος είναι πολύ επιθετικός.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία στόχος ήταν να αναπτυχθεί το θέμα του παγκρεατικού καρκίνου και του ρόλου του νοσηλευτή κατά την αντιμετώπιση του ασθενή σε όλα τα στάδια της πορείας του.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση πληροφοριών, άρθρων και ερευνών των τελευταίων χρόνων προκειμένου να αναπτυχθούν οι διαστάσεις του παγκρεατικού καρκίνου και η αντιμετώπιση της νοσηλευτικής κοινότητας απέναντι σε αυτό το επιθετικό είδος καρκίνου.

Αποτελέσματα -Συμπεράσματα: Η θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος είναι σύνθετη και απαιτεί ένα διεπιστημονικό πρόγραμμα. Εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και από το σημείο εντόπισης. Στη περίπτωση που ο όγκος δεν έχει εξαπλωθεί και ο ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση, προτείνεται η χειρουργική επέμβαση και αφαίρεση του όγκου. Στη περίπτωση που ο όγκος είναι μη αφαιρέσιμος, δηλαδή είναι είτε προχωρημένος πέριξ του παγκρέατος είτε έχει κάνει μετάσταση, ο σκοπός της θεραπείας είναι η βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Ο νοσηλευτικός κόσμος είναι ενημερωμένος, εκπαιδευμένος και κατάλληλα καταρτισμένος ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει περιστατικά παγκρεατικού καρκίνου. Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με πληθώρα άλλων επιστημόνων υγείας και συμμετέχει στο σχέδιο φροντίδας. Χρησιμοποιείται η μέθοδος της νοσηλευτικής διεργασίας προκειμένου να αναγνωρίζονται έγκαιρα οι ανάγκες του ατόμου και να αντιμετωπίζονται. Παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα κατά τη προεγχειρητική νοσηλεία του, μέσα στο χειρουργείο και στην αίθουσα ανάνηψης, κατά τη περίοδο της μετεγχειρητικής νοσηλείας του, καθώς και κατά τη χορήγηση της παρηγορητικής θεραπείας. Τέλος, η οικογένεια του ατόμου που έχει διαγνωσθεί με παγκρεατικό καρκίνο, βρίσκει στο πρόσωπο του νοσηλευτή ένα μέντορα και ένα στήριγμα καθόλη τη διάρκεια της μάχης με τον καρκίνο.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, πάγκρεας, νοσηλεύτης, ασθενής, όγκος, χειρουργείο, θεραπεία

Summary

The subject of this dissertation is "Cancer of the Whole and the Role of the Nurse".

Introduction: Since the pancreas is a fairly complex organ, each type of cell can give a different type of tumor. The prognosis of the disease and the survival of the patient depend on the type of tumor. Some tumors are surgically acceptable. In some cases, however, palliative care is the only option. In 85% of patients, the type of adenocarcinoma is very aggressive.

Purpose: The aim of this work was to develop the issue of pancreatic cancer and the role of the nurse in dealing with the patient at all stages of his / her course. **Methodology:** A bibliographic review of information, articles, and research has been carried out over the last few years to develop the dimensions of pancreatic cancer and address the nursing community to this aggressive type of cancer.

Results - Conclusions : The treatment of pancreatic cancer is complex and requires an interdisciplinary program. It depends on the stage of the disease and on the location of the disease. If the tumor is not spread and the patient is in good physical condition, surgery and tumor removal are recommended. If the tumor is non-removable, ie it is either advanced around the pancreas or has metastasis, the purpose of the treatment is to optimize the patient's quality of life. The nursing world is up to date, trained and appropriately trained to be able to deal with cases of pancreatic cancer. The nurse collaborates with a wealth of other health scientists and takes part in the care plan. The nursing process is used in order to identify the needs of the individual in a timely manner and be treated. Appropriate care is provided during pre-operative hospitalization, in the operating room and in the recovery room, during post-operative hospitalization, as well as during palliative care. Finally, the family of a person diagnosed with pancreatic cancer finds in the nurse's face a mentor and a support throughout the battle with cancer.

Key words: cancer, pancreas, nurse, patient, tumor, surgery, cure

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	Σελ.2
Ευχαριστίες.....	Σελ.3
Περίληψη.....	Σελ.4
Summary.....	Σελ.6
Περιεχόμενα.....	Σελ.8
Εισαγωγή.....	Σελ.12
Κεφάλαιο 1 ^ο : Η Ανατομία Του Παγκρέατος.....	Σελ.13
Κεφάλαιο 2 ^ο : Η Φυσιολογία Του Παγκρέατος.....	Σελ.18
2.1: Εξωκρινής λειτουργία.....	Σελ.18
2.2: Ενδοκρινής λειτουργία.....	Σελ.19
Κεφάλαιο 3 ^ο : Οι Παγκρεατίτιδες.....	Σελ.22
3.1: Οξεία Παγκρεατίτιδα.....	Σελ.22
3.2: Χρόνια Παγκρεατίτιδα.....	Σελ.25
3.3: Αυτοάνοση Παγκρεατίτιδα.....	Σελ.27
Κεφάλαιο 4 ^ο : Ιστορική Αναδρομή.....	Σελ.28
Κεφάλαιο 5 ^ο : Ορισμός Καρκίνου.....	Σελ.30
Κεφάλαιο 6 ^ο : Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά.....	Σελ.32
Κεφάλαιο 7 ^ο : Αιτιολογικοί Παράγοντες Εμφάνισης Παγκρεατικού Καρκίνου....	Σελ.33
Κεφάλαιο 8 ^ο : Αδενοκαρκίνωμα Παγκρέατος (παθολογία-ανατομία).....	Σελ.36
8.1: Οι Προκαρκινικές Βλάβες.....	Σελ.36
8.2: Ταξινόμηση Του Παγκρεατικού Νεοπλάσματος.....	Σελ.37
8.3: Τα Κυστικά Νεοπλάσματα Του Παγκρέατος.....	Σελ.39

8.4: Τα Νεοπλάσματα Του Φύματος VATER.....	Σελ.40
8.5: Οι Ενδοκρινικοί Όγκοι Του Παγκρέατος.....	Σελ.40
8.6: Οι Λειτουργικοί Ενδοκρινικοί Όγκοι.....	Σελ.40
Κεφάλαιο 9 ^ο : Κλινική Εικόνα.....	Σελ.46
Κεφάλαιο 10 ^ο	Σελ.48
10.1: Η Διάγνωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου.....	Σελ.48
10.2: Η Διαφορική Διάγνωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου.....	Σελ.51
10.3 :Η Προεγχειρητική Διάγνωση-Λαπαροσκόπηση.....	Σελ.52
Κεφάλαιο 11 ^ο : Θεραπεία Καρκίνου Παγκρέατος.....	Σελ.53
11.1: Ενδείξεις Εξαιρεσιμότητας.....	Σελ.53
11.2: Η Χειρουργική Θεραπεία	Σελ.54
11.3 :Οι Χειρουργικές Επιπλοκές	Σελ.56
11.4: Οι Ανακουφιστικές Επεμβάσεις.....	Σελ.57
11.5: Η Συμπληρωματική –Παρηγορητική Θεραπεία (χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία).....	Σελ.59
11.6: Οι Παρενέργειες Της Θεραπείας.....	Σελ.59
Κεφάλαιο 12 ^ο : Η Πρόληψη Του Καρκίνου Του Παγκρέατος.....	Σελ.61
12.1: Οι 11 Τροφές Που Προλαμβάνουν Την Εκδήλωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου.....	Σελ.61
12.2: Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στην Πρόληψη Του Καρκίνου.....	Σελ.63
Κεφάλαιο 13 ^ο : Η Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών Με Καρκίνο Παγκρέατος.....	Σελ.64
13.1 :Ο Νοσηλευτής Κατά Τη Προεγχειρητική Φάση.....	Σελ.64
13.2 Ἡ Ευθύνη Του Νοσηλευτή Στην Αίθουσα Ανάνηψης.....	Σελ.66

13.3: Ο Νοσηλευτής Κατά Τη Μετεγχειρητική Φάση.....	Σελ.67
13.4: Οι Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Και Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	Σελ.68
Κεφάλαιο 14 ^ο : Η Νοσηλευτική Διεργασία Σε Ασθενή με Παγκρεατικό Καρκίνο.....	Σελ.71
Κεφάλαιο 15 ^ο	Σελ.72
15.1 Η Νοσηλευτική Φροντίδα Σε Ασθενή Που Υποβάλλεται Σε Χημειοθεραπεία.....	Σελ.73
15.2: Η Νοσηλευτική Φροντίδα Σε Ασθενή Που Υποβάλλεται Σε Ακτινοθεραπεία.....	Σελ.76
Κεφάλαιο 16ο : Ο Πόνος.....	Σελ.77
16.1: Ο Καρκινικός Πόνος.....	Σελ.77
16.2: Οι Θεραπευτικές Μέθοδοι Αναλγησίας Του Καρκινικού Πόνου.....	Σελ.78
16.3: Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Πρόληψης Και Ανακούφισης Του Πόνου.....	Σελ.79
16.4 Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στις Θεραπευτικές Μεθόδους Αναλγησίας Του Καρκινικού Πόνου.....	Σελ.80
Κεφάλαιο 17 ^ο : Ψυχολογικό Μέρος.....	Σελ.82
17.1 : Οι Ψυχολογικές Αντιδράσεις Του Καρκινοπαθούς –Η Νοσηλευτική Φροντίδα.....	Σελ.82
17.2 : Οι Αντιδράσεις Του Καρκινοπαθούς.....	Σελ.83
17.3: Τα Στάδια Της Νόσου Και Η Ψυχολογική Παρέμβαση.....	Σελ.85
17.4: Η Οικογένεια-Αντιμετώπιση των οικείων Των Καρκινοπαθών.....	Σελ.89
Κεφάλαιο 18 ^ο : Υποστήριξη Καρκινοπαθών Από Το Σύλλογο Μακεδονίας Και Θράκης.....	Σελ.91

Συμπεράσματα.....	Σελ.92
Βιβλιογραφία.....	Σελ.94

Εισαγωγή

Στην Αμερική και στην Ευρώπη ο καρκίνος του παγκρέατος είναι ο 7^{ος} πιο διαδεδομένος καρκίνος και ο 4^{ος} πιο θανατηφόρος. Στις περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου το προσδόκιμο επιβίωσης είναι 6-10 μήνες, ενώ μετά από επιτυχημένη πλήρη χειρουργική αφαίρεση του όγκου κατά το πρώιμο στάδιο της νόσου η μέση επιβίωση είναι 11-15 μήνες. Εμφανίζεται στις ηλικίες 60-80 και σπανιότερα σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 40 ετών.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες αναφέρονται: η ηλικία, το φύλο, η επιβλαβής συνήθεια του καπνίσματος, οι διατροφικοί παράγοντες, η χρόνια παγκρεατίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χολολιθίαση, το πεπτικό έλκος, καθώς και κάποιες κληρονομικές ασθένειες. Στα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: ο αποφρακτικός ίκτερος, η απώλεια βάρους, το κοιλιακό άλγος, η αδυναμία και η κόπωση. Στη διάγνωση συμβάλλουν: το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις που σαν στόχο τους έχουν την εντόπιση του όγκου στο πάγκρεας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση κατά κανόνα είναι χειρουργική. Συνδυάζεται ορισμένες φορές με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Στην περίπτωση που ο καρκίνος είναι σε προχωρημένο στάδιο, εκτός των συνδυασμένων παρεμβάσεων χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας εφαρμόζονται ανακουφιστικές παρεμβάσεις.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διεξοδική αναφορά των νοσηλευτικών δεξιοτήτων και παρεμβάσεων κατά τη χειρουργική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση του ασθενή που έχει διαγνωσθεί με παγκρεατικό καρκίνο. Επιπρόσθετα παραθέτονται πληροφορίες σχετικά με την χημειοθεραπευτική και ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή και στην ανακούφιση οποιασδήποτε μορφής του πόνου, προκειμένου να επιτευχθεί όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η Ανατομία Του Παγκρέατος

Το πάγκρεας είναι ο δεύτερος μετά το ήπαρ μεικτός αδέννας του πεπτικού συστήματος. Το μήκος του είναι 12-15 εκατοστά και το βάρος του 70-90 γραμμάρια. Το πάγκρεας είναι μοναδικό ως προς την πολυπλοκότητα των σχέσεων του με άλλα όργανα. Μπροστά από το πάγκρεας βρίσκεται ο στόμαχος και στην πλειονότητα των περιπτώσεων το εγκάρσιο κόλον. Στο οπίσθιο μέρος του παγκρέατος εντοπίζεται: Α)η κάτω κοίλη φλέβα και η αορτή, καθώς και τα νεφρικά και γοναδικά αγγεία πίσω από τη κεφαλή, Β)τα άνω μεσεντέρια αγγεία πίσω από τον αυχένα, Γ)το διάφραγμα, το αριστερό επινεφρίδιο, ο αριστερός νεφρός και τα νεφρικά αγγεία πίσω από το σώμα, Δ)η σπληνική φλέβα πίσω από το σώμα και την ουρά του παγκρέατος. Η σπληνική αρτηρία εντοπίζεται πάνω από τη φλέβα στο άνω χείλος του παγκρέατος. Η ουρά του παγκρέατος βρίσκεται μέσα στο σπληνονεφρικό σύνδεσμο και σχετίζεται με την πύλη του σπληνός .

Το πάγκρεας αποτελείται από τα εξής μέρη: την κεφαλή, την αγκιστροειδή απόφυση, τον αυχένα, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή του παγκρέατος είναι αποπλατυσμένη και παρουσιάζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια. Η πρόσθια επιφάνεια σχετίζεται με τον πυλωρό και το εγκάρσιο κόλον. Το πρόσθιο παγκρεατοδωδεκαδακτυλικό τόξο είναι εμφανές στην πρόσθια επιφάνεια του παγκρέατος και η πορεία του είναι παράλληλη με την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου. Αντίστοιχα, το οπίσθιο παγκρεατοδωδεκαδακτυλικό τόξο είναι μια από τις σημαντικές δομές της οπίσθιας επιφάνειας του παγκρέατος, Η επιφάνεια αυτή έρχεται σε επαφή με την πύλη και το έσω χείλος του δεξιού νεφρού, τα δεξιά νεφρικά αγγεία και την κάτω κοίλη φλέβα, το δεξιό σκέλος του διαφράγματος και τα γοναδικά αγγεία.

Η αγκιστροειδής απόφυση μπορεί να απουσιάζει ή να περιβάλλει πλήρως τα άνω μεσεντέρια αγγεία. Τροφοδοτείται από βραχείς κλάδους από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και φλέβα, οι οποίοι πρέπει να απολινωθούν προκειμένου να αφαιρεθεί. Οι όγκοι της αγκιστροειδούς απόφυσης δεν αποφράσσουν το χοληδόχο πόρο, αλλά συχνά συμπιέζουν τη τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου.

Ο αυχέννας του παγκρέατος είναι το τμήμα που ενώνει την κεφαλή με το σώμα. Ως αυχέννας ορίζεται η περιοχή του παγκρέατος πίσω από την οποία διέρχονται τα άνω μεσεντέρια αγγεία και η οποία εντοπίζεται μπροστά από το σημείο που σχηματίζεται η πυλαία φλέβα. Πολύ

σημαντικές ωστόσο είναι οι αγγειακές σχέσεις του αυχένα δεδομένο του ότι τα αγγεία αυτά επί καρκίνου του παγκρέατος καθιστούν την παγκρεατεκτομή αδύνατη.

Το σώμα του παγκρέατος είναι το τμήμα μεταξύ του αυχένα και της ουράς. Αποτελεί το μακρύτερο τμήμα του παγκρέατος και γίνεται λεπτότερο προς την ουρά. Το σώμα του παγκρέατος σχετίζεται με τον εγκάρσιο μεσόκολο, που προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια του. Η οπίσθια επιφάνεια του σώματος στο πάγκρεας σχετίζεται με την αορτή, την έκφυση της άνω μεσεντέριου αρτηρίας, το αριστερό σκέλος του διαφράγματος, τον αριστερό νεφρό συμπεριλαμβανομένων των αγγείων του, το αριστερό επινεφρίδιο και τη σπληνική φλέβα. Οι μικρές φλέβες του παγκρέατος που εκβάλλουν στην σπληνική φλέβα, κατά τη παγκρεατεκτομή θα πρέπει να απολινωθούν.

Η ουρά του παγκρέατος μέσα στο σπληνονεφρικό σύνδεσμο και ως εκ τούτου είναι κινητή. Το πίσω μέρος σχετίζεται με κλάδους της σπληνικής αρτηρίας και τις συνιστώσες της σπληνικής φλέβας. Η σχέση της ουράς του παγκρέατος με τη πύλη του σπλήνα ποικίλει (Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell 2007).

Όσον αφορά τους παγκρεατικούς πόρους, ο κύριος και ο επικουρικός πόρος βρίσκονται μπροστά από τα κύρια αγγεία του παγκρέατος. Ο κύριος παγκρεατικός πόρος (του Wirsung) ξεκινά από την ουρά του παγκρέατος και πορεύεται προς την κεφαλή. Φθάνοντας στη κεφαλή ο κύριος παγκρεατικός πόρος στρέφεται προς τα κάτω και πίσω. Στο επίπεδο της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής, ο πόρος στρέφεται οριζόντια, συναντά την κάτω επιφάνεια του χοληδόχου πόρου και εισέρχεται στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου, συνήθως στο επίπεδο του Ο2 σπονδύλου.

Ο επικουρικός πόρος (του Santorini) αποχετεύει το άνω πρόσθιο τμήμα της κεφαλής του παγκρέατος. Ο αυλός του είναι πολύ μικρότερος από τον κύριο παγκρεατικό πόρο. Πορεύεται σε πρόσθιο επίπεδο σχετικά με τον κύριο παγκρεατικό πόρο και εκβάλλει στην ελάχισσωνα δωδεκαδακτυλική θηλή.

Όσον αφορά τη μείζονα δωδεκαδακτυλική θηλή (papilla of Vater) και την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο (ampula of Vater), υπάρχει μια σύγχυση σχετικά με τον ορισμό τους. Η θηλή αναφέρεται στη προσεκβολή του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου μέσα στον αυλό του δωδεκαδακτύλου, ενώ η λήκυθος στη συνένωση του παγκρεατικού και του χοληδόχου πόρου.

Η μείζων δωδεκαδακτυλική θηλή εντοπίζεται στο οπίσθιο έσω τοίχωμα της 2^{ης} μοίρας του δωδεκαδακτύλου σε απόσταση 7-10 εκατοστά από το πυλωρό. Από την άλλη, δημιουργείται διάταση του καναλιού της ηπατοπαγκρεατικής ληκύθου από το χοληδόχο πόρο και το κύριο παγκρεατικό πόρο. Η λήκυθος υπάρχει εάν το διάφραγμα που χωρίζει το χοληδόχο και παγκρεατικό πόρο δεν φτάνει στη κορυφή της θηλής.

Το συνολικό σφιγκτηριακό συγκρότημα έχει μήκος 6-30 χιλιοστά ανάλογα με τη κλίση του χοληδόχου και του παγκρεατικού πόρου κατά την ενδοτοιχωματική τους πορεία. Ο σφικτήρας Oddi είναι ένας από τους διάφορους ξεχωριστούς σφιγκτήρες που περιβάλλουν το ενδοτοιχωματικό τμήμα του χοληδόχου πόρου, του παγκρεατικού πόρου και της ηπατοπαγκρεατικής ληκύθου (εφόσον υπάρχει). Σε κάποιες περιπτώσεις ο σφικτήρας ενδέχεται να επεκτείνεται στο ενδοπαγκρεατικό τμήμα του χοληδόχου.

Η ελάσσων δωδεκαδακτυλική θηλή εντοπίζεται 2 εκατοστά άνωθεν και ελαφρώς πρόσθια της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής. Η γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία, η οποία βρίσκεται μπροστά από τον επικουρικό παγκρεατικό πόρο και την ελάσσονα δωδεκαδακτυλική αρτηρία, λειτουργεί ως χρήσιμος οδηγός για την ανεύρεση του σημείου την ελάσσονος θηλής.

Το αγγειακό σύστημα του παγκρέατος είναι πλούσιο, περίπλοκο και με αρκετές παραλλαγές. Το πάγκρεας αιματώνεται διαμέσου της κοιλιακής αρτηρίας, ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό αιμάτωσης, προέρχεται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

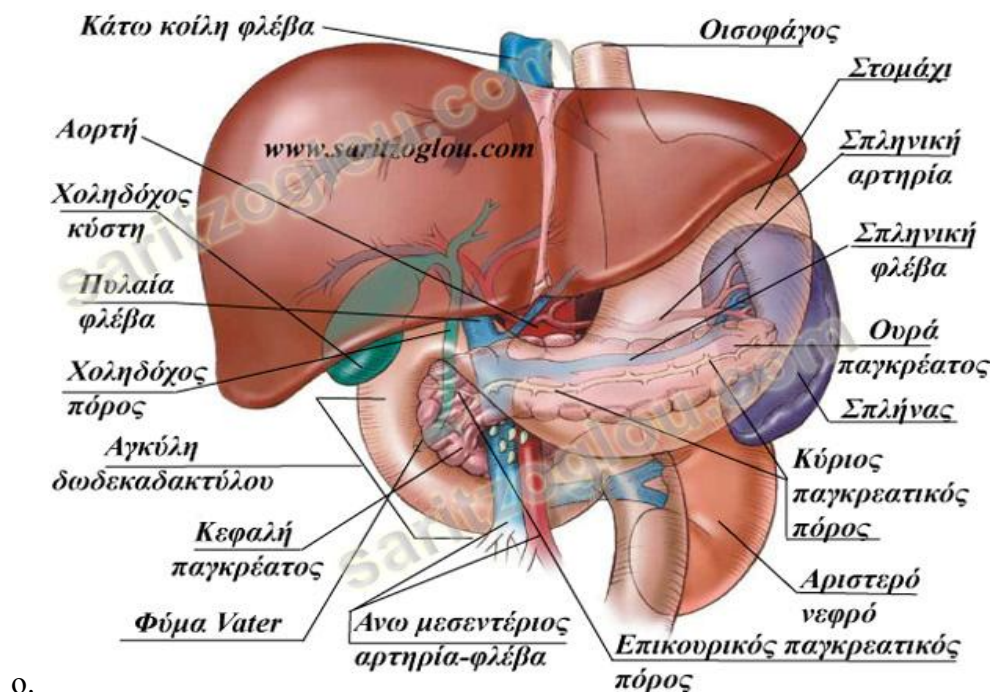
Η κεφαλή του παγκρέατος καθώς και η κοίλη επιφάνεια του δωδεκαδακτύλου αιματώνονται από τα δύο τόξα των παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών. Τα τόξα αυτά σχηματίζονται από ένα ζεύγος παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών (πρόσθια και οπίσθια) που εκφύονται από την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Αυτό το ζεύγος ενώνεται με το αντίστοιχο ζεύγος των κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών που εκφύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Τα τόξα αυτά παρόλο που εντοπίζονται επάνω στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του παγκρέατος, είναι επίσης αρμόδια για την αγγείωση του δωδεκαδακτύλου. Επομένως δυσχεραίνεται η διενέργεια παγκρεατεκτομής χωρίς να προηγηθεί δωδεκαδακτυλεκτομή. Διαμέσου της σπληνικής αρτηρίας χορηγούνται κλάδοι αγγείωσης στο σώμα και την ουρά του παγκρέατος. (Χατζημπούγιας Ι., 2007)

Οι φλέβες του παγκρέατος πορεύονται παράλληλα με τις αρτηρίες και βρίσκονται επιπολής σε σχέση με αυτές. Αρτηρίες και φλέβες βρίσκονται μπροστά από τους πόρους στο σώμα και

την ουρά του παγκρέατος. Η φλεβική αποχέτευση πραγματοποιείται με κατεύθυνση προς τη πυλαία φλέβα, τη σπληνική και την άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα. Όσο για την λεμφική αποχέτευση, αυτή γίνεται στις 5 ομάδες περιπαγκρεατικών λεμφαδένων, οι οποίοι είναι οι άνω, οι κάτω, οι πρόσθιοι, οι οπίσθιοι και οι σπληνικοί λεμφαδένες.

Η συμπαθητική νεύρωση του παγκρέατος πραγματοποιείται μέσω των θωρακικών σπλαχνικών νεύρων και η παρασυμπαθητική μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου. Το συμπαθητικό σύστημα έχει αγγειοκινητική δράση, ενώ το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό δρουν στο παρέγχυμα του εξωκρινούς παγκρέατος μέσω δικτύου που φθάνει σε αυτό. Η νεύρωση του ενδοκρινούς παγκρέατος πραγματοποιείται σχεδόν αποκλειστικά από το παρασυμπαθητικό σύστημα. (Χατζημπούγιας Ι., 2007)

Το πάγκρεας είναι ένας μικτός εξωκρινής και ενδοκρινής αδένας. Η κύρια μάζα του αδένου είναι εξωκρινής και μέσα σε αυτήν υπάρχουν παγκρεατικά νησίδια ενδοκρινικών κυττάρων. Το εξωκρινές πάγκρεας περιβάλλεται από μια λεπτή ινοκολλαγονώδη κάψα, από την οποία εξορμούνται διαφράγματα που χωρίζουν το παρέγχυμα σε λοβία. Κάθε λοβίο αποτελείται από σφαιροειδή συσσωματώματα εξωκρινικών κυττάρων, τις αδενοκυψέλες που καθεμία έχει ένα πόρ

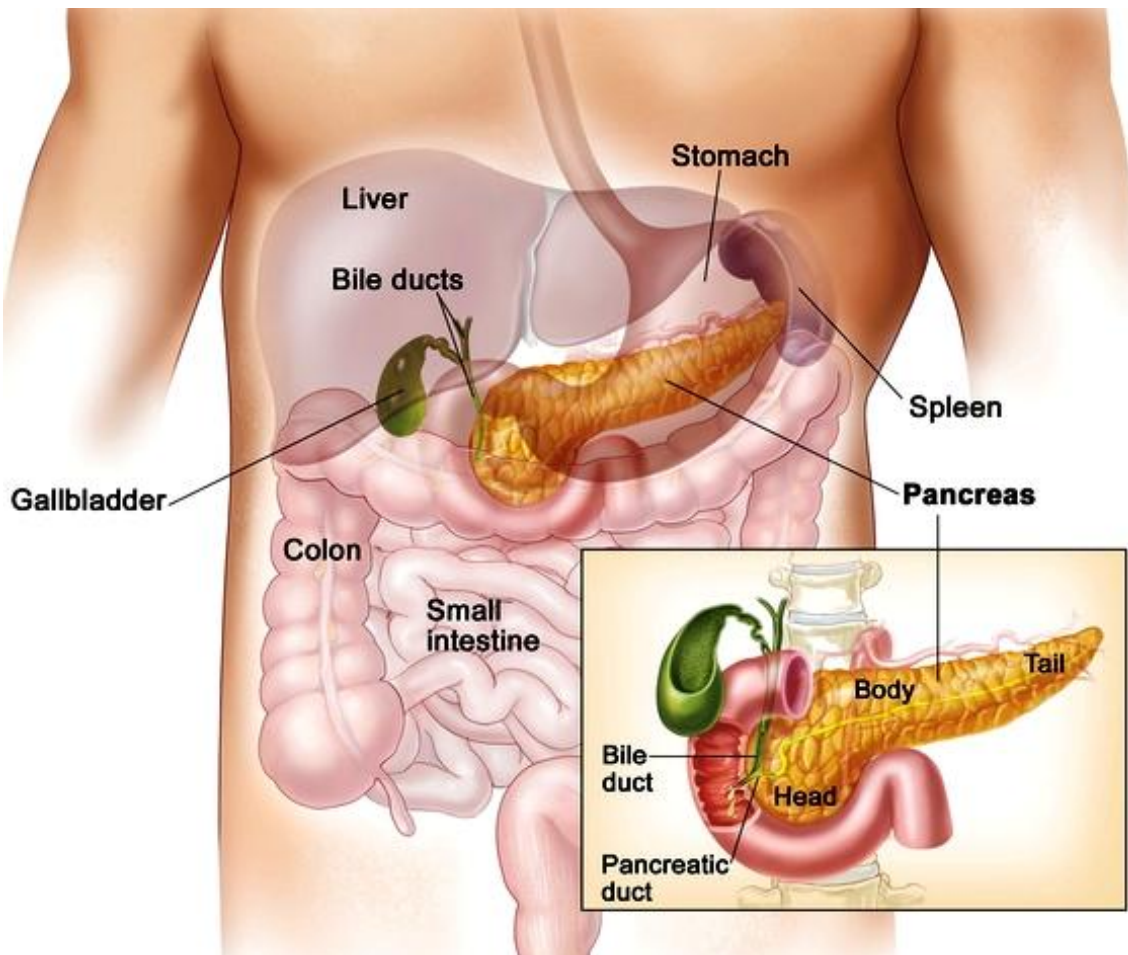


ο. Τα κύτταρα των αδενοκυψελών έχουν ευρεία βάση και πλούσιο ενδοπλασματικό δίκτυο στο οποίο οφείλεται η βασεοφιλία του κυτταροπλάσματος. Εκεί συντίθενται τα πεπτικά ένζυμα τα οποία αποθηκεύονται ως ώριμα κοκκία κοντά στη κορυφή του κυττάρου. Το εξωκρινές

πάγκρεας εκκρίνει θρυψινογόνο , ριβονοκλουκλεάση , φωσφολιπάση , A2 λιπάση, αμυλάση . Ο έλεγχος της έκκρισης πραγματοποιείται κυρίως με την εκκριματίνη και την χολοκυστοκινίνη.

Το ενδοκρινές πάγκρεας αποτελείται από τα νησίδια του Langerhans τα οποία συντίθεται από σφαιρικές ή ελλειψοειδής συναθροίσεις κυττάρων, αφοριζόμενες μέσα στη μάζα του εξωκρινούς παγκρέατος. Στα νησίδια διακρίνονται 3 τύποι κυττάρων :τα κύτταρα A που περιέχουν γλυκαγόνη, τα κύτταρα B που περιέχουν ινσουλίνη ,τα κύτταρα D που περιέχουν σωματοστατίνη. Τα κύτταρα A εντοπίζονται στην περιφέρεια του νησιδίου, τα B κεντρικά και τα D επίσης περιφερικά. Ένας, μικρότερος αριθμός F εκκρίνει παγκρεατικό πολυπεπτίδιο.

(Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell 2007)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η Φυσιολογία Του Παγκρέατος

2.1 Εξωκρινής λειτουργία

Όπως έχει αναφερθεί, το πάγκρεας αποτελείται από δύο λειτουργικά τμήματα, το εξωκρινές και το ενδοκρινές. Το εξωκρινές τμήμα του παγκρέατος είναι υπεύθυνο για την παραγωγή 1,5-2 λίτρων παγκρεατικού υγρού ημερησίως καθώς και των παγκρεατικών ενζύμων, αρχικά στους ελάσσονες και στην συνέχεια στον μείζονα παγκρεατικό πόρο. Ο αλκαλικός και πλούσιος σε διττανθρακικά παγκρεατικός χυμός εξουδετερώνει το όξινο γαστρικό περιεχόμενο και εκκρίνεται στο δωδεκαδάκτυλο από τον πόρο του Wirsung. Η έκκρισή του διεγείρεται από τη δράση της σεκρετίνης στα επιθηλιακά κύτταρα του παγκρέατος.

Τα παγκρεατικά ένζυμα εκκρίνονται με τη μορφή αδρανών προενζύμων που λαμβάνουν την ενεργή τους μορφή, με την επίδραση άλλων ενζύμων εντός του αυλού του δωδεκαδακτύλου. Η εντεροπεπτιδάση καταλύει τη μετατροπή του θρυψινογόνου σε θρυψίνη. Η θρυψίνη με τη σειρά της αυτοκαταλύει τη μετατροπή του χυμοθρυψιγόνου, όμως καταλύει και την ενεργοποίηση όλων των άλλων πρόδρομων ενζύμων. Η παρουσία ενεργούς θρυψίνης ή φωσφολιπάσης Α εντός του παγκρεατικού πόρου μπορεί να αποτελέσει το εναρκτήριο γεγονός για μια παγκρεατίτιδα. Το πάγκρεας εκκρίνει επίσης την α-αμυλάση σε μικρές ποσότητες, οι οποίες όμως θα αυξηθούν σημαντικά στη περίπτωση της οξείας παγκρεατίτιδας.

Στο παγκρεατικό υγρό η χολοκυστοκίνη διεγείρει την εξωκύτωση των παγκρεατικών ενζύμων. Η ίδια επίδραση θα παρατηρηθεί από την αύξηση της δραστηριότητας του πνευμονογαστρικού νεύρου ενώ η χορήγηση ατροπίνης θα την αναστείλει.

2.2 Ενδοκρινής λειτουργία

Η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελείται από 0,7-1 εκατομμύριο μικρούς ενδοκρινείς αδένες, τα νησίδια του Langerhans. Στα νησίδια έχουν αναγνωριστεί οι 4 τύποι κυττάρων δηλαδή τα κύτταρα A,B,D,F. Τα νησίδια του Langerhans δέχονται πολύ πιο πλούσια αιμάτωση σε σχέση με το εξωκρινές πάγκρεας και μάλιστα με ροή από το κεντρικό προς το περιφερικό τμήμα τους, τέτοια ώστε η απαγόμενη από το κέντρο του ινσουλίνη να αναστέλλει την έκκριση γλυκαγόνης στα περιφερικά τους κύτταρα. Τα ενδοκρινικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από την παρουσία πλούσιου ενδοπλασματικού δικτύου, ριβοσωμάτων, σωματίων Golgi και εκκριτικών κοκκίων ενός ακέρατου εξοπλισμού παραγωγής και έκκρισης ορμονών. Οι ορμονικές εκκρίσεις κατευθύνονται στην πυλαία κυκλοφορία και ασκούν κατά προτεραιότητα τη δράση τους στο ήπαρ. (McGeown J.G., 2009,)

Οι παγκρεατικές ορμόνες:

• **ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ:** Σχηματίζεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος από την προινσουλίνη. Το μόριο της ινσουλίνης αποτελείται από δύο πεπτιδικές αλυσίδες και 51 συνολικά αμινοξέα, τα οποία συνδέονται με δισουλφιδικούς δεσμούς. Ο χρόνος ημιζωής της είναι 5 λεπτά και απομακρύνεται από τη κυκλοφορία κατά >50% από την πρώτη ηπατική δίοδο της. Η ημερήσια παραγωγή ινσουλίνης υπολογίζεται σε 0,7 μονάδες ανά kg σωματικού βάρους περίπου. Η έκκριση της ινσουλίνης διακρίνεται στη βασική (επίπεδα σακχάρου αίματος 80-100mg%) και στη διεγερμένη. Η τελευταία είναι διφασική. Στη πρώτη οξεία φάση που συμβαίνει λίγα μόνο λεπτά μετά το ερέθισμα της ενδοφλέβιας χορήγησης γλυκόζης, απελευθερώνεται η ήδη αποθηκευμένη στα εκκριτικά κοκκία ινσουλίνη. Στη συνέχεια εκκρίνεται η εκ νέου παραγόμενη ινσουλίνη και η κορυφαία συγκέντρωση της παρατηρείται στα 30' - 45' ΕΦ χορήγησης γλυκόζης. Η ρύθμιση της έκκρισης της ινσουλίνης γίνεται κατά κύριο λόγο από την ίδια την γλυκόζη. Το β-κύτταρο φέρει στην επιφάνεια του το μεταφορέα της γλυκόζης GLUT-2, που με τη χαμηλή του χημική συγγένεια με τη γλυκόζη διευκολύνει τη δίοδο της στο εσωτερικό του σε συνθήκες μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας, ενώ την περιορίζει σε συνθήκες νηστείας. Σε συνθήκες παρατεταμένης υπεργλυκαιμίας, σημειώνεται απευαισθητοποίηση και συνεπώς σημαντική ελάττωση της απάντησης των β-κυττάρων στη γλυκόζη φαινόμενο που αναφέρεται ως τοξικότητα της γλυκόζης. Η δράση της ινσουλίνης στα κύτταρα ασκείται μέσω του υποδοχέα της. Η χρόνια επίδραση υψηλών επιπέδων

ινσουλίνης οδηγεί σε ελάττωση του αριθμού των υποδοχέων της ,ενώ σε χαμηλά επίπεδα της σε αύξηση τους .Τα φαινόμενα αυτά εξηγούν το μηχανισμό της ινσουλιναντίστασης σε καταστάσεις παχυσαρκίας – υπερινσουλιναιμίας ή ευαισθητοποίησης στη δράση της ινσουλίνης σε καταστάσεις νηστείας ή άσκησης .

Η ινσουλίνη είναι μια αναβολική ορμόνη που δρα σε όλους τους ιστούς .Οι κύριες δράσεις της εστιάζονται στο ήπαρ ,τους μύες και το λιπώδη ιστό

- **ΓΛΥΚΑΓΟΝΗ:** Το μόριο της παγκρεατικής γλυκαγόνης παράγεται από τα α-κύτταρα που βρίσκονται στην περιφέρεια των νησιδίων του Langerhans , ως προϊόν γονιδίου του χρωμοσώματος 2. Αποτελεί απλό πεπτίδιο με 29 αμινοξέα και προέρχεται από το πρόδρομο μόριο της προ-προγλυκαγόνης που μετατρέπεται στη προγλυκαγόνη και παράγεται επίσης από το λεπτό έντερο και τον υποθάλαμο.

Η ρύθμιση της έκκρισης της γλυκαγόνης γίνεται από πολλούς παράγοντες , ο κυριότερος όμως είναι η υπογλυκαιμία ,ενώ ο κυριότερος ανασταλτικός είναι η υπεργλυκαιμία. Πρωταρχικός ρόλος της γλυκαγόνης είναι η αποφυγή της υπογλυκαιμίας .Οι δράσεις της σε γενικές γραμμές ανταγωνίζονται αυτές τις ινσουλίνης , είναι δηλαδή καταβολικές και εστιάζονται κατά κύριο λόγο στο ήπαρ, στο οποίο και κατευθύνεται με τη πυλαία κυκλοφορία.

- **ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗ:**Το μόριο της σωματοστατίνης παράγεται από τα δ-κύτταρα του παγκρέατος. Συναντάται σε 2 μορφές με 14 και με 28 αμινοξέα και παράγεται από τα κύτταρα του υποθαλάμου και του γαστρεντερικού συστήματος. Κύριος ρόλος της σωματοστατίνης είναι η αναστολή της έκκρισης της γλυκαγόνης και της ινσουλίνης. Η δράση της γενικά είναι ανασταλτική τόσο της έκκρισης των ορμονών, όσο και της κινητικότητας του στομάχου, του εντέρου και της απορρόφησης γλυκόζης.

- **ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΠΟΛΥΠΕΠΤΙΔΙΟ(PP):**Το PP παράγεται από τα F κύτταρα που βρίσκονται κυρίως στην οπίσθια περιοχή της κεφαλής του παγκρέατος. Αποτελείται από ένα άλυσσο 36 αμινοξέων και η έκκριση του είναι διαφασική και αρχικά διεγείρεται μετά την κατανάλωση μεικτού γεύματος, ενώ στη συνέχεια ως απάντηση στην απορρόφηση των αμινοξέων .Η πρώτη φάση έκκρισης του αναστέλλεται με τη διατομή του πνευμονογαστρικού και με τη διαβητική νευροπάθεια. Τα βασικά του επίπεδα αυξάνονται στις μεγάλες ηλικίες , κατά τη κατάχρηση οινοπνεύματος , τη διάρροια , την υπογλυκαιμία ,τις φλεγμονές και

με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Πολύ ψηλές τιμές απαντώνται σε διάφορους παγκρεατικούς ενδοκρινείς όγκους ,άρα αποτελεί μη ειδικό καρκινικό δείκτη.
(McGeown J.G., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Οι Παγκρεατίτιδες

Με τον όρο *παγκρεατίτιδα* εννοείται η φλεγμονή του παγκρέατος, η οποία προέρχεται από ενεργοποίηση και απελευθέρωση των παγκρεατικών ενζύμων μέσα στον παγκρεατικό ιστό, με τελικό αποτέλεσμα την αυτοπεψία του οργάνου από τα ένζυμα του. Πραγματοποιούνται μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές στον αδένα.

Η παγκρεατίτιδα ταξινομείται σε οξεία και σε χρόνια. Η οξεία παγκρεατίτιδα ποικίλει σε σοβαρότητα, από ένα απλό διάμεσο οίδημα μέχρι εκτενή νεκρωτική παγκρεατίτιδα με αποτυχία στη λειτουργία οργάνων πολλαπλών συστημάτων. Όσον αφορά τη χρόνια παγκρεατίτιδα, αυτή αναφέρεται στην αμετάκλητη ίνωση και ατροφία του αδένα, συχνά με τη χρόνια διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα και την προοδευτική απώλεια της εξωκρινούς και ενδοκρινούς λειτουργίας.
(Αθανάτου Ε., 2007)

3.1 Οξεία Παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι σχετικά συχνή φλεγμονώδης νόσος του παγκρέατος η οποία χαρακτηρίζεται από κινητοποίηση μηχανισμών οι οποίοι οδηγούν σε αυτοπεψία του οργάνου. Ο όρος αυτοπεψία περιγράφει τη καταστροφή που προκαλούν στο πάγκρεας τα ένζυμα τα οποία συνθέτει το ίδιο το όργανο. Η οξεία παγκρεατίτιδα παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση στην επίπτωση της στους διάφορους πληθυσμούς τόσο ανάμεσα στα διαφορετικά κράτη όσο και ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές της ίδιας χώρας. Η συχνότητα της κυμαίνεται ετησίως μεταξύ 5 και 80 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 άτομα. Περίπου το 80% των περιπτώσεων οφείλονται είτε σε χολόλιθους είτε σε κατάχρηση αλκοόλ. Στους αιτιολογικούς παράγοντες συγκαταλέγεται και η ηλικία. Μελέτες καταδεικνύουν μια ξεκάθαρη αύξηση της επίπτωσης της νόσου σε σχέση με την αύξηση της ηλικίας. Υποστηρίζεται ότι η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου βρίσκεται στην έκτη δεκαετία της ζωής. Η αλκοολική οξεία παγκρεατίτιδα κάνει την εμφάνιση της στην ηλικία των 35-45 ετών για τους άντρες και 25-35 για τις γυναίκες, ενώ η χολολιθιακή και ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα κάνει την εμφάνιση της στα 75 έτη στους άνδρες και στα 65 έτη στις γυναίκες. Σχετικά με το φύλο το 55% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα είναι άντρες και το 45%

γυναίκες. Η μικρή αυτή υπεροχή των ανδρών οφείλεται κατά βάση στα ποσοστά αλκοολικής παγκρεατίτιδας .Στον αντίποδα, οι γυναίκες είναι αυτές που υπερτερούν στην οξεία παγκρεατίτιδα λιθιασικής αιτιολογίας.

Ένας ακόμη αιτιολογικός παράγοντας, είναι τα φάρμακα συμπεριλαμβανομένων των διουρητικών θειαζίδης των οιστρογόνων ,κορτικοειδή, τετρακυκλίνη, καθώς επίσης και η υπερασβεστιαμία, η υπερλιπιδαιμία ,οι τοξίνες, οι ιοί, τα αυτοάνοσα νοσήματα και οι κακώσεις από τραυματισμούς .

Επιπλέον άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η ισχαιμία που οφείλεται σε αγγειακή θρόμβωση, εμβολή, αγγειίτιδα ή καταπληξία .Υπάρχει και η κληρονομική προδιάθεση, όπου σε αυτήν την περίπτωση οι προσβολές της οξείας παγκρεατίτιδας ξεκινάνε από τη παιδική ηλικία. Η κατάσταση αυτή είναι σπάνια και οφείλεται σε γενετική ανωμαλία. Πολλοί από τους συγκεκριμένους ασθενείς εμφανίζουν χρόνια παγκρεατίτιδα με λιθίαση και σακχαρώδη διαβήτη.

Ορισμένες οξείες παγκρεατίτιδες ονομάζονται και ιδιοπαθείς εξαιτίας του ότι δεν είναι γνωστά τα αίτια που προκάλεσαν τη φλεγμονή .Το ποσοστό των ασθενών αυτών ανέρχεται στο 10% με 20%.

Όσον αφορά τη μορφολογία της οξείας παγκρεατίτιδας ,μπορεί να είναι οίδηματώδης ή νεκρωτική. Η πιο συχνή είναι η οίδηματώδης η οποία είναι ήπια και χαρακτηρίζεται από παγκρεατικό και περιπαγκρεατικό οίδημα , νέκρωση λίπους χωρίς όμως νέκρωση παγκρέατος .Η οίδηματώδης παγκρεατίτιδα μπορεί να εξελιχθεί σε αιμορραγική παγκρεατίτιδα. Η νεκρωτική ή αιμορραγική παγκρεατίτιδα αποτελεί βαριά μορφή της νόσου με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Χαρακτηρίζεται από παγκρεατική και περιπαγκρεατική νέκρωση λίπους και αδενικών κυττάρων , αιμορραγία γύρω και μέσα στο πάγκρεας .

Τα συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι κυρίως επίμονο κοιλιακό άλγος που συνήθως συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους. Σε βαριές περιπτώσεις ο ασθενής προσέρχεται με καταπληξία. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί αφυδάτωση, ταχυκαρδία, υπόταση και πυρετός. Με την πάροδο του χρόνου διαπιστώνεται απουσία εντερικών ήχων, ενώ η ψηλάφηση της κοιλίας αναδεικνύει ευαισθησία στο επιγάστριο .Σε βαριές περιπτώσεις εμφανίζεται ίκτερος .

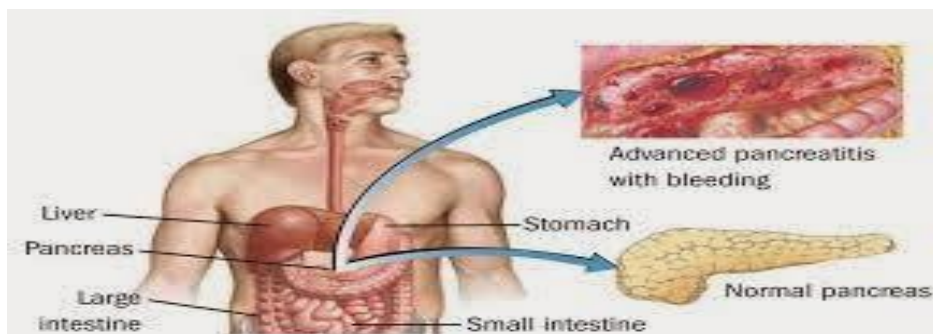
Η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να μιμηθεί πολλές αιτίες της οξείας κοιλίας όπως ο κολικός των χοληφόρων η ισχαιμία ή το εμφρακτό του μεσεντερίου, η εντερική απόφραξη και το έμφραγμα του κατώτερου μυοκαρδιακού τοιχώματος. Η αύξηση των επιπέδων της αμυλάσης ή της λίπανσης στον ορό που ξεπερνά το

τριπλάσιο της φυσιολογικής τιμής καθώς και αύξηση του αιματοκρίτη είναι χαρακτηριστικά της οξείας παγκρεατίτιδας .

Η αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας πρέπει να εστιαστεί στη γρήγορη θεραπεία και τον πρόωρο προσδιορισμό των ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο. Στους ασθενείς πρέπει να χορηγούνται μεγάλες και συχνές ποσότητες υγρών και να λαμβάνονται μέτρα που αφορούν την αντιμετώπιση του άλγους. Επίσης οι ασθενείς πρέπει να επιτηρούνται προσεκτικά για τυχόν ενδείξεις αναπνευστικής ανεπάρκειας ή σημαντικών απωλειών υγρών δηλαδή αιμοσυμπύκνωση, υπόταση, ολιγουρία. Προκειμένου να προσδιοριστούν άμεσα τα άτομα με βαριάς μορφής παγκρεατίτιδα τιμή του APACHE-II θα πρέπει να υπολογιστεί από την ημέρα της εισαγωγής τους.

Ενδείκνυται ο κοιλιακός υπέρηχος για ανίχνευση χολόλιθων ή διάτασης των χολικών πόρων. Ασθενείς με σοβαρής μορφής οξεία παγκρεατίτιδα και πιθανή απόφραξη των χοληφόρων πρέπει να υποβληθούν σε επείγουσες ERCP για την αφαίρεση λίθων του χοληδόχου πόρου .Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να μεταφερθούν άμεσα σε μονάδα εντατικής θεραπείας και να υποβληθούν σε δυναμική CT ενισχυμένης αντίθεσης προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο προσδιορισμός της παγκρεατικής νέκρωσης .

Η λήψη φαρμάκων peros αποφεύγεται όσο το άλγος εμμένει. Η ρινογαστρική αναρρόφηση ενδείκνυται για τον ειλεό, τη ναυτία και τον έμετο. Στη βαριάς μορφής παγκρεατίτιδα συνίσταται η προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή .Οι ασθενείς με νεκρωτική παγκρεατίτιδα υποβάλλονται διαδερματική αναρρόφηση λεπτής βελόνας για βακτηριολογικές εξετάσεις . Ο επιθετικός χειρουργικός καθαρισμός είναι η συνήθης αντιμετώπιση της προσβεβλημένης νεκρωτικής περιοχής. Ωστόσο σε γενικές γραμμές η χειρουργική αντιμετώπιση αντενδείκνυται (Dewit S., 2009)



3.2 Χρόνια Παγκρεατίτιδα

Η χρόνια παγκρεατίτιδα προκύπτει από υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας. Η βασική διάκριση, ωστόσο μεταξύ οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας στηρίζεται στην μη αναστρέψιμη διαταραχή της παγκρεατικής λειτουργίας που προκαλεί η χρόνια παγκρεατίτιδα. Η επίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας κυμαίνεται περίπου στο 0,04% έως και 5% του πληθυσμού. Η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί τη συχνότερη αιτία της εμφάνισης της. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά άνδρες μέσης ηλικίας.

Στις λιγότερο συχνές αιτίες χρόνιας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνονται η μακροχρόνια απόφραξη του παγκρεατικού πόρου από ψευδοκύστες ή χολόλιθους για παράδειγμα, η τροπική παγκρεατίτιδα η οποία παρατηρείται στην Αφρική και στην Ασία και αποδίδεται σε δυσθρεψία. Επιπλέον, κάποιοι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η κληρονομική παγκρεατίτιδα και η κυστική ίνωση.

Τα συμπτώματα της χρόνιας παγκρεατίτιδας μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενα επεισόδια ίκτερου ή άτυπης δυσπεψίας, ως επίμονα ή υποτροπιάζοντα επεισόδια άλγους στην κοιλία και τη ράχη. Ακόμη, η ασθένεια αυτή μπορεί να είναι εντελώς σιωπηρή μέχρι να αναπτυχθεί παγκρεατική ανεπάρκεια και διαβήτης, ο οποίος σχετίζεται με την καταστροφή των νησίδων. Τα επεισόδια εμφανίζονται μετά από κατανάλωση αλκοόλ, πλούσιο γεύμα, οπιούχα ή άλλα φάρμακα τα οποία αυξάνουν τον μυϊκό τόνο του σφικτήρα του Oddi.

Η διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας απαιτεί είτε τα στοιχεία των χαρακτηριστικών μορφολογικών ανωμαλιών του αδένου είτε ένα συνδυασμό των χαρακτηριστικών κλινικών γνωρισμάτων και των μελετών της ανώμαλης παγκρεατικής λειτουργίας. Η παρουσία παγκρεατικών αποτιτανώσεων στην απλή ακτινογραφία ή η απεικόνιση ενδοπορικών λίθων στην CT αποδεικνύονται απολύτως χρήσιμα στη διαγνωστική προσπέλαση. Αυτοί οι λίθοι μπορούν να φανούν και στη διακοιλιακή υπερηχογραφία. Η ποσοτική εξέταση του λίπους των κοπράνων κατόπιν χρώσης είναι μια απλή εξέταση για την τεκμηρίωση της δυσαπορρόφησης του λίπους, η οποία σε έναν ασθενή με πιθανή χρόνια παγκρεατίτιδα υποδεικνύει απώλεια 90% της εξωκρινούς μοίρας.

Η θεραπεία εστιάζει στην αντιμετώπιση του άλγους και της δυσαπορρόφησης του λίπους κατά κύριο λόγο. Η αντιμετώπιση της χρόνιας παγκρεατίτιδας διακρίνεται σε συντηρητική και σε επεμβατική.

Οι στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι, πρώτον, η ανακούφιση του άλγους το οποίο επιτυγχάνεται με την οριστική αποχή από το αλκοόλ, με μιας χαμηλής σε λιπαρά διατροφής και με αναλγησία χωρίς τη χρήση ναρκωτικών. Δεύτερος στόχος είναι η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος, όπου σε περιπτώσεις ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη η χορήγηση ινσουλίνης αποτελεί την θεραπεία εκλογής ,ενώ τα αντιδιαβητικά δισκία αντενδείκνυνται. Τρίτος και τελευταίος σκοπός της θεραπείας αυτής είναι η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της εξωκρινούς μοίρας με τη χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων σε συνδυασμό με δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά.

Όσον αφορά την επεμβατική θεραπεία, στόχοι της είναι η αντιμετώπιση του άλγους, η διαφορική διάγνωση από καρκίνο παγκρέατος και η αντιμετώπιση επιπλοκών της νόσου. Οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται όταν οι συντηρητικές μέθοδοι αποτυγχάνουν να ανακουφίσουν τον ασθενή και ιδίως όταν επηρεάζεται το επίπεδο ζωής του. Διακρίνονται σε ελάσσονες και μείζονες επεμβάσεις.

Οι ελάσσονες επεμβάσεις περιλαμβάνουν τις τεχνικές καταστροφής του κοιλιακού γαγγλίου και τις ενδοσκοπικές επεμβάσεις παροχέτευσης του παγκρεατικού πόρου. Οι μείζονες δε επεμβάσεις διακρίνονται στις παροχετευτικές και στις παγκρεατεκτομές. Οι παροχετευτικές περιλαμβάνουν την σφιγκτηροπλαστική του σφιγκτήρα Oddi και τις παγκρεατονηστιδικές επεμβάσεις. Οι παγκρεατεκτομές περιλαμβάνουν: την τεχνική BEGER, τη τεχνική FREY και τροποποιήσεις των επεμβάσεων BEGER και FREY.

Μολονότι η χρόνια παγκρεατίτιδα συνήθως δεν είναι απειλητική για τη ζωή, η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για άτομα με χρόνια παγκρεατίτιδα είναι δυσμενής με 50% θνησιμότητα στα 20 έως 25 χρόνια. Τα άτομα με κληρονομική παγκρεατίτιδα έχουν 40% αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παγκρέατος σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ωστόσο δεν είναι σαφές το κατά πόσο άλλες μορφές χρόνιας παγκρεατίτιδας ευθύνονται για την ανάπτυξη καρκίνου. (Αθανάτου Ε., 2007)

3.3 Αυτοάνοση Παγκρεατίτιδα

Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα αποτελεί μια ειδική μορφή καλοήθους φλεγμονώδους παγκρεατικής νόσου, η οποία είναι πολύ δύσκολο να διαγνωσθεί προεγχειρητικά. Είναι μια μορφή χρόνιας παγκρεατίτιδας η οποία χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρική διήθηση και ίνωση του παγκρέατος αυτοάνουσου αιτιολογίας.

Όσον αφορά στην απεικόνιση της νόσου τα διάφορα ευρήματα στη πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι τα εξής: α) αυξημένα επίπεδα γ'σφαιρίνων ή IgG, β) διάχυτο οίδημα παγκρέατος, γ) ανώμαλη στένωση του κύριου παγκρεατικού πόρου στην ERCP, δ) παρουσία αυτοαντισωμάτων, ε) απουσία συμπτωμάτων ή ήπια συμπτώματα οξείας παγκρεατίτιδας, στ) ινωτικές αλλοιώσεις με λεμφοκυτταρική διήθηση. Έχει γίνει συσχέτιση με άλλες παθολογίες όπως σακχαρώδης διαβήτης, σκληριτική χολαγγειίτιδα, ενδιάμεση νεφρίτιδα και οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση.

Η κλινική συμπτωματολογία ποικίλει. Πολλοί εμφανίζουν άτυπα κοιλιακά ενοχλήματα και πόνο. Άλλοι είναι ελεύθεροι πόνου, εμφανίζουν όμως επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας. Στο 1/3 των περιπτώσεων συνυπάρχει απώλεια βάρους. Ο αποφρακτικός ίκτερος είναι το συχνότερο σύμπτωμα, εμφανιζόμενος στο 70-80% των ασθενών.

Η θεραπεία της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας είναι τα κορτικοειδή. Αρχικά χορηγούνται 40mg πρεδνιζόνης ημερησίως για μια εβδομάδα και στη συνέχεια η δόση ελαττώνεται κατά 5mg ανά εβδομάδα. Η ανταπόκριση στα κορτικοειδή είναι ταχύτατη για την πλειοψηφία των ασθενών.

Όταν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στα κορτικοειδή τίθεται η υπόνοια νεοπλάσματος ή άλλων μορφών χρόνιας παγκρεατίτιδας. Ο ρόλος των ανοσοκατασταλτικών στην αυτοάνοση παγκρεατίτιδα δεν έχει διευκρινισθεί.

Επομένως η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα είναι καλοήθης νόσος με καλή ανταπόκριση στη κορτιζόνη. (Dewit S., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνο, για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται πως γράφτηκε το 1600 π. Χ. Στον πάπυρο επίσης αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι υποστήριζαν ότι ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις.

Τα κείμενα του Ιπποκράτη, πατέρα της ιατρικής, όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν τη νόσο αυτή καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π. Χ. για τους 4 χυμούς δηλαδή αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή. Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός.

Η μακρόχρονη διατήρηση αυτής της θεωρίας οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάσημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβαλλόταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου. Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών.

Ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε κάποιο τύποι καρκίνου, αυτοί που δεν έχουν εισβάλει σε κάποιο ιστό να αφαιρούνται χειρουργικά. Ωστόσο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεψε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του

μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Η μέθοδος αυτή επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση και έτσι δινόταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Άρχισε να υποστηρίζεται λοιπόν ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως φυσιολογικά.

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά τη διάρκεια των αιώνων. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα. Κάποιοι άλλοι θεωρούσαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από τραυματισμό. Η πιο πρόσφατη θεωρία που υπάρχει, υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα κλώνο πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν τη καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.

Όλους αυτούς τους αιώνες η άποψη ότι ο καρκίνος είναι μια ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νοου. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μια πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτια της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ορισμός Καρκίνου

Ως απόρροια λοιπόν, όλων των επιστημονικών, κατά τους αιώνες, ερευνών, προκύπτει ότι ο όρος καρκίνος αποδίδεται σε μια ομάδα νοσημάτων που η αιτία τους οφείλεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο καρκίνος προκαλείται όταν τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται άτακτα, διηθούν και καταστρέφουν τους ιστούς γύρω από αυτά. Οργανικά ο καρκίνος είναι ασθένεια των κυττάρων. Επομένως η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μια μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν τα φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται για να παράγουν περισσότερα κύτταρα, μόνο όταν το σώμα τα χρειάζεται. Αυτή η τακτική βοηθά στο να διατηρείται το σώμα υγιές. Ωστόσο υπάρχουν φορές που τα κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται ακόμα και όταν ο οργανισμός δεν χρειάζεται απαραίτητα καινούρια κύτταρα. Έτσι διαμορφώνεται μια μάζα ιστού που ονομάζεται όγκος.

Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι καρκινικοί. Μπορούν να αφαιρεθούν και συνήθως δεν ξαναεμφανίζονται. Τα κύτταρα των καλοήθων όγκων δεν κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος, Οι συγκεκριμένοι όγκοι σπάνια αποτελούν απειλή για τη ζωή. Όσον αφορά τους κακοήθεις όγκους, αυτοί θεωρούνται καρκινικοί. Τα κύτταρα των κακοήθων όγκων δεν είναι φυσιολογικά, διαιρούνται ανεξέλεγκτα και μπορούν να διηθήσουν και να καταστρέψουν τους γύρω φυσιολογικούς ιστούς. Επίσης, μπορούν να ξεφύγουν από τον κακοήθη όγκο και να εισέλθουν στο κυκλοφορικό ή λεμφικό σύστημα. Αυτή η διαδικασία είναι ο τρόπος με τον οποίο ο καρκίνος μεταδίδεται από τον αρχικό όγκο για να σχηματίσει νέους όγκους σε άλλα μέρη του σώματος. Η μετάδοση του καρκίνου σε άλλα σημεία του οργανισμού ονομάζεται μετάσταση.

Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομα τους από το τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν να εξελίσσονται. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος έχει το ίδιο όνομα με το αρχικό. Κάποιοι όγκοι παίρνουν το όνομα τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε. Άλλοι ιατρική όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την παρουσία καρκίνου είναι το καρκίνωμα και το νεόπλασμα. Εάν οι καρκίνοι δεν θεραπευτούν μπορούν να

προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες , ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου, μετά τα καρδιαγγειακά επεισόδια, στις ανεπτυγμένες χώρες . Πολλοί καρκίνοι θεραπεύονται ιδίως εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς. (American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014)

\

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι ο 7^{ος} πιο διαδεδομένος καρκίνος στην Ευρώπη και στην Αμερική και ο 4^{ος} πιο θανατηφόρος . σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου, η μέση επιβίωση είναι 6-10 μήνες, ενώ μετά από επιτυχημένη πλήρη χειρουργική αφαίρεση μόνο κατά το πρώιμο στάδιο νόσου η επιβίωση είναι 11-15 μήνες. Μετά από εγχείριση, εμφανίζεται τοπική υποτροπή σε ποσοστό 75%. Το 40% των ασθενών κάνουν μεταστάσεις λόγω των στενών ανατομικών σχέσεων του με παρακείμενα όργανα. Η μέση επιβίωση είναι 3-6%, ενώ για ένα χρόνο το ποσοστό επιβίωσης είναι μόλις στο 1%. Ο καρκίνος του παγκρέατος εμφανίζεται σε ηλικίες 60-80, ενώ κάτω των 40 ετών είναι σπάνια. Στην Ευρώπη και στην Αμερική παρατηρούνται 9-10 νέες περιπτώσεις καρκίνου παγκρέατος ετησίως σε κάθε 100.000 κατοίκους . Μέχρι πρόσφατα στις ΗΠΑ υπήρχε μια σταθερή ετήσια αύξηση του συγκεκριμένου είδους καρκίνου, της τάξης του 15%. Στην Ινδία, στο Κουβέιτ και τη Σιγκαπούρη ο συγκεκριμένος καρκίνος είναι σπάνιος. Ωστόσο στις ΗΠΑ ο παγκρεατικός καρκίνος κατέχει την 4η θέση θανατηφόρων καρκίνων και προβλέπεται να ανέβει στη δεύτερη θέση έως το 2020. Στην Ελλάδα εμφανίζει χαμηλή συχνότητα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες . Μελετήθηκαν επιδημιολογικά χαρακτηριστικά σε ένα δείγμα 50 ασθενών με καρκίνο στο πάγκρεας, οι οποίοι είχαν εισαχθεί σε διάφορα νοσοκομεία της Αθήνας κατά τη περίοδο 18 μηνών . Το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος είναι το συχνότερο καρκίνωμα του οργάνου και αποτελεί το 90% των κακοηθών όγκων. (Διαδικτυακός ιστότοπος:

<http://www.saritzoglou.com/pagkreas.html>)

The American Cancer Society's estimates for pancreatic cancer in the United States for 2017 are:

- About 53,670 people (27,970 men and 25,700 women) will be diagnosed with pancreatic cancer.
- About 43,090 people (22,300 men and 20,790 women) will die of pancreatic cancer.

(www.cancer.org/cancer/pancreatic-cancer/about/key-statistics.html)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Αιτιολογικοί Παράγοντες Εμφάνισης Παγκρεατικού

Καρκίνου

Ηλικία-φύλο: Ο παγκρεατικός καρκίνος παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς ηλικιωμένους άνω των 60 ετών με μεγάλη επίπτωση στην 7^η και στην 8^η δεκαετία της ζωής ,ενώ η διάγνωση του είναι ασυνήθεις σε ηλικίες κάτω των 45 ετών. Συνοδεύεται από θετικό ιστορικό οικογενειακού καρκίνου ή γενετικών μεταλλάξεων. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής που παρατηρείται στον ανεπτυγμένο κόσμο θα αυξήσει πιθανότατα και την επίπτωση του καρκίνου μέσα στα επόμενα χρόνια. Το συγκεκριμένο είδος καρκίνου είναι συχνότερο στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, είναι πιο συχνός στις σκουρόχρωμες επιδερμίδες παρά στις ανοιχτόχρωμες, λόγω της μετάλλαξης του K-ras στη βάλινη.

Κάπνισμα: Αποτελεί το γνωστό, σίγουρο και σαφή παράγοντα κινδύνου που βρέθηκε να σχετίζεται με τον παγκρεατικό καρκίνο. Οι αρωματικές αμίνες που παράγονται κατά τη καύση του καπνού, αποτελούν τις καρκινογόνες ουσίες που μέσω της αιματικής ροής, απορροφούνται από τους πνεύμονες και το ανώτερο πεπτικό και προκαλούν παγκρεατικό καρκίνο. Ο κίνδυνος της ανάπτυξης καρκίνου στο πάγκρεας έχει συσχετιστεί με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται, καθώς και με τη διάρκεια του καπνίσματος.

Διατροφικοί παράγοντες: Η σημασία των διατροφικών παραγόντων στην καρκινογένεση του παγκρέατος φαίνεται σημαντική. Αυξημένη επίπτωση παγκρεατικού καρκίνου έχει συσχετισθεί με την κατανάλωση διαφόρων τροφών όπως το ζωικό λίπος, οι ζωικές πρωτεΐνες, τα ψητά κρέατα, το χοιρινό κρέας, η ζάχαρη και η μαργαρίνη. Αντίθετα σε αυτά, μειωμένη φαίνεται να είναι η επίπτωση με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, πράσινου τσαγιού και φυτικού υπολείμματος. Η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων μπορεί να οδηγήσει σε

παχυσαρκία, ένα μεγάλο παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης παγκρεατικού καρκίνου.

Χρόνια παγκρεατίτιδα: Η χρόνια παγκρεατίτιδα έχει συσχετιστεί με την προδιάθεση ανάπτυξης καρκίνου στο πάγκρεας, ωστόσο η χρονική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές παθήσεις δεν είναι σαφής. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες, η χρόνια παγκρεατίτιδα και ο παγκρεατικός καρκίνος συνυπάρχουν κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Σακχαρώδης διαβήτης : Είναι γνωστό ότι το 5% των ενηλίκων πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και συχνά συνυπάρχει με καρκίνο στο πάγκρεας. Φαίνεται ότι ο παγκρεατικός καρκίνος προετοιμάζει το έδαφος για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη. Η μεγάλη διάρκεια της νόσου δε φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για παγκρεατικό καρκίνο. Αντιθέτως, φαίνεται να αποτελεί ένα συμπληρωματικό αιτιολογικό παράγοντα.

Χολολιθίαση: Η χολολιθίαση έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη καρκίνου του παγκρέατος και μια μελέτη ανέδειξε το σχετικό κίνδυνο ίσο με 2,5%, ενώ μια άλλη μελέτη ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο όργανο του παγκρέατος, σε ηλικιωμένους ασθενείς με ιστορικό χολοκυστεκτομής.

Πεπτικό έλκος: Μελέτες έχουν αποδείξει θετική συσχέτιση μεταξύ πεπτικού έλκους και παγκρεατικού καρκίνου. Η πιθανότερη αίτια για τη συσχέτιση αυτή ,είναι το γεγονός ότι και τα δύο αυτά νοσήματα μοιράζονται ένα κοινό και αδιαμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου, ο οποίος είναι το κάπνισμα.

Κληρονομικές ασθένειες: Α)Κληρονομική παγκρεατίτιδα: Εμφανίζεται σε όλο το κόσμο σε ορισμένες οικογένειες και μεταβιβάζεται κατά τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου του θρυψινογόνου.

Β)Κυστική ίνωση: Πρόκειται για πολυσυστηματική νόσο που προσβάλλει το πεπτικό, το αναπνευστικό, το ουροποιητικό σύστημα και τους ιδρωτοποιούς αδένες οδηγώντας σε αναπνευστική και παγκρεατική ανεπάρκεια.

Γ)Οικογενής καρκίνος παγκρέατος: Συγγενείς πρώτου βαθμού αυτών των ασθενών παρουσιάζουν πενταπλάσιο έως δεκαπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης παγκρεατικού καρκίνου.

Δ)Οικογενής καρκίνος μαστού: Οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου BRCA2 που βρέθηκε σε ποσοστό 7-10% ασθενών με σποραδικό παγκρεατικό καρκίνο και σε ποσοστό 15-20% ασθενών με οικογενειακό ιστορικό παγκρεατικού καρκίνου. (Διαδικτυακός ιστότοπος http://www.iatrikionline.gr/Gastro_23/3.htm, Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

Κεφάλαιο 8^ο

Αδενοκαρκίνωμα Παγκρέατος (παθολογία-ανατομία)

8.1 Οι προκαρκινικές βλάβες

Το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα είναι ο συχνότερος όγκος και το συνηθέστερο καρκίνωμα, το οποίο αποτελεί τη 5^η συχνότερη αιτία θανάτου στον άνθρωπο.

Αυτό που είναι γνωστό, είναι το γεγονός πως για τη πλειονότητα των παγκρεατικών αδενοκαρκινωμάτων έχουν ταυτοποιηθεί 3 πρόδρομες αλλοιώσεις: α) η παγκρεατική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (PanIN), β) οι ενδοπορικοί θηλώδεις-βλενώδεις όγκοι (IPMT) και γ) οι βλενώδεις κυστικοί όγκοι (MCT). Η πιο συχνή και κατ'επέκταση περισσότερο μελετημένη αλλοίωση είναι η παγκρεατική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (PanIN).

Η PanIN είναι μια μικροσκοπική, θηλώδης ή επίπεδη, μη-διηθητική νεοπλασία, η οποία αναπτύσσεται σε πόρους διαμέτρου <5mm και χαρακτηρίζεται από ένα φάσμα επιθηλιακών αλλαγών που αποκλίνουν μορφολογικά σε σχέση με τους φυσιολογικούς πόρους και οι οποίες φαίνεται να αντιπροσωπεύουν διαβαθμιζόμενα στάδια αυξανόμενης δυσπλαστικής ανάπτυξης. Η PanIN ταξινομείται σε στάδια I-III.

Επομένως ως PanIN-I, ορίζεται η αντικατάσταση του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων από ένα μονόστιβο κυλινδρικό βλενώδες επιθήλιο χωρίς μορφολογικά στοιχεία δυσπλασίας και διακρίνεται σε PanIN-IA, εφόσον το επιθήλιο αυτό είναι αρχιτεκτονικά επίπεδο και σε PanIN-IB, εφόσον είναι αρχιτεκτονικά θηλώδες. Ως PanIN-II ορίζεται η αντικατάσταση του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων από το θηλώδες ή επίπεδο βλενώδες επιθήλιο με ήπια έως μέτρια δυσπλασία. Τέλος ως PanIN-III ορίζουμε την αντικατάσταση του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων από θηλώδες ή σπανιότερα, από επίπεδο επιθήλιο, με συχνά έντονη δυσπλασία συχνά με ηθμοειδή μορφολογία και με ελεύθερες αθροίσεις κυττάρων, ενδοπορικά. Σχετικά με τις υπόλοιπες δύο προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις (IPMT, MCT), έχει βρεθεί ότι υπάρχουν μερικές κοινές γονιδιακές μεταβολές, κατά την εξέλιξη και των τριών, σε παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα όπως οι μεταλλάξεις στο K-ras ογκογονίδιο και η απώλεια του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p16 και p53. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει την ύπαρξη κοινών κομβικών μοριακών γεγονότων.

Το κατά πόσο, βέβαια αυτές οι προκαρκινωματικές αλλοιώσεις συσχετίζονται μεταξύ τους δεν έχει ακόμη ερευνηθεί. (Netter F.H., 2009)

8.2 Ταξινόμηση του παγκρεατικού νεοπλάσματος

Η ποικιλία των όγκων του παγκρέατος είναι εντυπωσιακή. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους οι όγκοι αυτοί διαιρούνται σε καλοήθεις ή κακοήθεις, σε συμπαγείς ή κυστικούς, σε όγκους εξωκρινούς ή ενδοκρινούς μοίρας, καθώς και σε ορμονοεκκριτικούς ή μη ορμονοεκκριτικούς. Πιο συγκεκριμένα, η ταξινόμηση των όγκων έχει ως εξής: α) τα νεοπλάσματα της εξωκρινούς μοίρας και β) τα νεοπλάσματα της ενδοκρινούς μοίρας,

Τα νεοπλάσματα της εξωκρινούς μοίρας είναι :το καλοήθες κυψελιδικό αδένωμα, το κακόηθες κυψελιδικό αδενοκαρκίνωμα, το καλοήθες κυψελιδικό αδένωμα και κυσταδένωμα, το κακόηθες πορικό αδενοκαρκίνωμα και το ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Άλλες μορφές είναι τα εκ των πλακωδών κύτταρα και τα κυψελοειδή. (Netter F.H., 2009)

Ο συχνότερος όγκος είναι το πορικό αδενοκαρκίνωμα, η ονομασία του οποίου προέρχεται από την ιστολογική του ομοιότητα προς τα κύτταρα των παγκρεατικών πόρων, με την έννοια του κυτταρικού τοιχώματος, της παραγωγής βλέννας, της έκκρισης πορικών αντιγόνων και της ανάπτυξής τους με τη μορφή σωληνωδών δομών.

Ωστόσο όσον αφορά τα νεοπλάσματα της ενδοκρινούς μοίρας, σήμερα γνωστά ως νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος, μπορούν να είναι λειτουργικά ή μη ,καλοήθεις ή κακοήθεις όγκοι. Αποτελούν μια σπάνια μορφή καρκίνου. Ο συχνότερος όγκος είναι το ινσουλίνωμα και ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας το γαστρίνωμα, το VIPoma, το γλυκαγόνωμα, το σωματοστατίνωμα και οι μη λειτουργικοί ΝΟΠ.

Σταδιοποίηση καρκίνου παγκρέατος: Η σταδιοποίηση του παγκρεατικού καρκίνου, ακολουθεί το σύστημα TNM ως εξής:

1.Τ(tumor)-όγκος:

- Tis: καρκίνωμα in situ
- T1: όγκος περιορισμένος στο πάγκρεας και διαμέτρου περίπου 2cm
- T2: όγκος περιοριζόμενος στο πάγκρεας και διαμέτρου >2cm

- T3: όγκος επεκτεινόμενος εκτός του παγκρέατος, στο χοληδόχο πόρο, στο δωδεκαδάκτυλο, στα περιπαγκρεατικά μαλακά μόρια (οπισθοπεριτοναϊκό λίπος, μεσεντέριο, μεσόκολο, επίπλουν) χωρίς διήθηση του κοιλιακού πλέγματος ή της άνω μεσεντέριας φλέβας.
- T4: όγκος με διήθηση του κοιλιακού πλέγματος, της άνω μεσεντέριας φλέβας, του στομάχου, της σπλήνος ή του παχέος εντέρου.
- Επί πολλαπλών σύγχρονων όγκων.

2.N(nodes)-λεμφαδένες:

- NX: δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη επιχώριων λεμφαδένων
- N0: απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων
- N1a: μετάσταση σε ένα επιχώριο λεμφαδένα
- N1b: μετάσταση σε πάνω από έναν λεμφαδένες

3.M(metastasis)-μεταστάσεις:

- MX: δεν μπορεί να βεβαιωθεί η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων
- M0: απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- M1: παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

Στην κατηγορία M εμπίπτουν η περιτοναϊκή διασπορά και η περιτοναϊκή κυτταρολογική εξέταση ασχέτως της παρουσίας ασκίτη. Απομακρυσμένες μεταστάσεις συμβαίνουν στο ήπαρ, τον πνεύμονα, το περιτόναιο, τα επινεφρίδια, τα οστά, τις ωοθήκες και τους απομακρυσμένους λεμφαδένες. (Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

Οι παθολογοανατομικοί παράγοντες με ιδιαίτερη προγνωστική αξία είναι:

- Û Η ανατομική επέκταση του όγκου ή το στάδιο
- Û Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας
- Û Το μέγεθος
- Û Η διήθηση των περιπαγκρεατικών μαλακών μορίων
- Û Η διήθηση της πυλαίας φλέβας
- Û Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις
- Û Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- Û Τα διηθημένα όρια εκτομής

- Û Η φλεβική ή λεμφαγγειακή διήθηση
- Û Η περινευρική διήθηση
- Û Η παρουσία μεταλλάξεων του γονιδίου SMAD
- Û Η παρουσία Kras μεταλλάξεων σε παρααορτικούς λεμφαδένες

(Netter F.H., 2009)

8.3 Τα Κυστικά Νεοπλάσματα Του Παγκρέατος

Τα κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος περιλαμβάνουν τρεις νοσολογικές οντότητες: τα ορώδη κυστικά νεοπλάσματα, τα βλεννώδη κυστικά νεοπλάσματα και τα ενδοπορικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλάσματα.

Τα ορώδη κυστικά νεοπλάσματα (ΟΚΝ) αποτελούνται από πολλές μικρές κύστες που περιέχουν διαυγές, υδαρές υγρό χωρίς βλέννη. Το τοίχωμα του ΟΚΝ είναι λεπτό, αποκολλάται εύκολα από τους γύρω ιστούς και επαλείφεται από μονόστιβο κυβοειδές επιθήλιο. Το στρώμα των ΟΚΝ χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ινώδους συνδετικού ιστού, που στην αξονική τομογραφία δημιουργεί τη χαρακτηριστική εικόνα της αστεροειδούς ή ακτινοειδούς ουλής. Συνήθως τα ΟΚΝ είναι ασυμπτωματικά και η διάγνωση τίθεται τυχαία κατά τη διάρκεια του απεικονιστικού ελέγχου στον οποίο υποβάλλεται ο ασθενής για τελείως διαφορετικούς λόγους. Τα ΟΚΝ είναι καλοήθεις όγκοι. Η χειρουργική επέμβαση που συνίσταται είναι η παγκρεατεκτομή.

Τα βλεννώδη κυστικά νεοπλάσματα (ΒΚΝ) χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός ή δύο ευμεγέθων, κυστικών μορφωμάτων. Το τοίχωμα των κύστεων επαλείφεται από κυλινδρικό βλεννοπαραγωγό επιθήλιο ενώ συχνά παρατηρούνται θηλωματώδεις προσεκβολές. Τα ΒΚΝ είναι κακοήθεις όγκοι. Η διάγνωση πραγματοποιείται μέσω της αξονικής τομογραφίας. Σε ένα ποσοστό περίπου 20% των ασθενών με ΒΚΝ έχει ήδη αναπτυχθεί καρκίνος όταν τίθεται η διάγνωση, Ακόμη και στο ίδιο το ΒΚΝ είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ενδείξεις κακόηθους εξαλλαγής σε διάφορα στάδια εξέλιξης, όπως για παράδειγμα το διηθητικό καρκίνωμα. Λόγω του κακόηθους τους δυναμικού, τα ΒΚΝ θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση. Η

πρόγνωση είναι εξαιρετική όταν η εκτομή πραγματοποιηθεί προτού αναπτυχθεί η κακοήθεια, επιδεινώνεται ωστόσο όταν έχει ήδη συμβεί η κακοήθης εξαλλαγή.

Ιδιαίτερη ομάδα καρκινωμάτων του παγκρέατος αποτελεί το ενδοπορικό θηλώδες βλεννώδες νεόπλασμα το οποίο είναι σπάνιος όγκος με καλή πρόγνωση. Το αδενοκαρκίνωμα αυτό προσβάλλει συνήθως τις γυναίκες . Ο όγκος είναι κατά κύριο λόγο μεγάλος, περιέχει αιμορραγικό υγρό, μπορεί και επεκτείνεται τοπικά, παρόλα αυτά οι μεταστάσεις του είναι σπάνιες. Αντιμετωπίζεται με χειρουργική εκτομή που σημαίνει ίαση για τον ασθενή.(Pancreatic Cancer Action Network, 2012)

8.4 Τα Νεοπλάσματα Του Φύματος VATER

Τα νεοπλάσματα του φύματος του Vater, αποτελούν το 2% περίπου των όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα και το 10% των νεοπλασμάτων που αποφράζουν τον τελικό χοληδόχο πόρο. Πρόκειται συνήθως για αδενοκαρκινώματα και σπανίως για αδενώματα. Η κύρια συμπτωματολογία είναι ο αποφρακτικός ίκτερος, που είναι προοδευτικά επιτευνόμενος ,η απώλεια βάρους και το επιγαστρικό άλγος .

Η διάγνωση τίθεται κυρίως με ERCP, δεδομένου του ότι η περιοχή του φύματος του Vater δεν είναι απόλυτα προσιτή κατά την αξονική τομογραφία. Με την ERCP ο όγκος είναι ορατός σε ποσοστό πάνω από 75% ως μια θηλώδης, ελκωτική ή διηθητική εξεργασία. Το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα έχει τη μορφή μανιταριού ή κουμπιού και προβάλλει στον αυλό του δωδεκαδακτύλου, ενώ η πρόγνωση του είναι καλύτερη από τις άλλες μορφές. Η ελκώδης μορφή έχει όλα τα χαρακτηριστικά του έλκους και η αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό μπορεί να προκαλέσει την πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου. Από την άλλη πλευρά, η διηθητική μορφή του νεοπλάσματος προκαλεί ρίκνωση της θηλής και θεωρείται η πλέον κακοήθης.

Η θεραπεία του αδενώματος συνίσταται σε ενδοσκοπική αφαίρεση του με βρόχο, σε καταστροφή του με τη βοήθεια laser, σε τοπική εκτομή με ανοιχτή λαπαροτομία και σε ριζική αφαίρεση του με παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Οι μη χειρουργικές μέθοδοι ενδείκνυνται σε περιπτώσεις που έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης

Η θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του φύματος του Vater συνίσταται σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, τυπική ή με διατήρηση του άντρου του στομάχου και του πυλωρού. Η προεγχειρητική θνητότητα φτάνει περίπου στο 5% , ενώ η

πενταετής επιβίωση έχει υπολογιστεί να είναι περίπου στο 50%. Σε περίπτωση διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων, η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή έχει επίσης απόλυτη ένδειξη. Η τοπική εκτομή του όγκου αποτελεί την εναλλακτική λύση ιδίως για τα αδενοκαρκινώματα καθώς επίσης και για τις περιπτώσεις ασθενών υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Τέλος, σε περιπτώσεις ηπατικών ή άλλων μεταστάσεων η διαδερμική διηπατική έχει απόλυτη ένδειξη. Αυτή επιτυγχάνει ικανοποιητική αποσυμφόρηση του χοληφόρου δένδρου και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. .(Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

8.5 Οι Ενδοκρινικοί Όγκοι Του Παγκρέατος

Οι ενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος αποτελούν υποομάδα των νευροενδοκρινικών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος. Προέρχονται από τα νευροενδοκρινικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται στον παγκρεατικό ιστό. Τα κύτταρα αυτά χαρακτηρίζονται από βιοσύνθεση και έκκριση είτε βιογενών αμινών είτε πολυπεπτιδικών ορμονών.

Οι ενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος μπορεί να είναι λειτουργικοί, δηλαδή να υπερεκκρίνουν μια ή και περισσότερες ορμόνες με αποτέλεσμα την πρόκληση κλινικού συνδρόμου, ή μπορεί να μην είναι λειτουργικοί και να μην εκκρίνουν κάποια πεπτιδική ορμόνη ή αν εκκρίνουν να είναι μικρή σε ποσότητα ή να εκκρίνονται ουσίες οι οποίες να μοιάζουν με ορμόνη. Οι ενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος είναι σπάνιοι. Οι πιο συχνοί λειτουργικοί όγκοι είναι το ινσουλίνωμα και το γαστρίνωμα, ενώ σπανιότεροι είναι το γλουκαγόνωμα, το βίπωμα και το σωματοστατίνωμα. (Παπαλάμπρος Ε.,2012)

8.6 Οι Λειτουργικοί Ενδοκρινικοί Όγκοι

Το Ινσουλίνωμα

Το ινσουλίνωμα είναι ο συνηθέστερος ενδοκρινικός όγκος του παγκρέατος με ποσοστό 75%. Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 30-60 ετών με ίση αναλογία σε άνδρες και σε γυναίκες. Προέρχεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος και συνήθως εκκρίνει μόνο ινσουλίνη, αν και σε αρκετές περιπτώσεις ο όγκος είναι πολυορμονικός, περιέχοντας και κύτταρα τα οποία εκκρίνουν γλουκαγόνο, παγκρεατικό πολυπεπτίδιο και γαστρίνη. Το 10% των ινσουλινωμάτων είναι κακοήθη οπότε υπάρχουν

μεταστάσεις που εντοπίζονται στην κεφαλή, το σώμα και την ουρά του παγκρέατος. Το 80-90% είναι μονήρεις όγκοι ενώ το 20-10% είναι πολλαπλά μικρά αδενώματα διάσπαρτα στο πάγκρεας.

Το ινσουλίνωμα προκαλεί συνήθως νευρογλυκοπενικά συμπτώματα, όπως είναι η διαταραχή της συμπεριφοράς και της μνήμης, το άγχος, η σύγχυση, η υπνηλία, καθώς και εκδηλώσεις συμπαθητικοτονίας όπως το αίσθημα παλμών, η εφίδρωση και ο μυϊκός πόνος. Όλα αυτά μπορεί να αποδοθούν σε νευροψυχιατρικές διαταραχές μέχρι να συσχετισθούν με τη νηστεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις ωστόσο, το ινσουλίνωμα εκδηλώνεται με τη χαρακτηριστική διαγνωστική τριάδα του Whipple, την οποία απαρτίζουν η εμφάνιση υπογλυκαιμίας κατά την νηστεία, η γλυκόζη ορού <50mg ανά dl και η ύφεση των συμπτωμάτων με την ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης. Η πιο χρήσιμη διαγνωστική εξέταση είναι η υπογλυκαιμία μετά από νηστεία με ταυτόχρονα δυσανάλογη υπερινσουλιναιμία. Μετά τη διάγνωση του ινσουλινώματος ο εντοπισμός του όγκου θα διευκολύνει την αφαίρεση του αφού στο 10-15% των περιπτώσεων πρόκειται για μικρούς όγκους, βαθιά στο παγκρεατικό παρέγχυμα, που δύσκολα ψηλαφώνται κατά την εγχείριση. Για τον εντοπισμό του ινσουλινώματος χρησιμοποιούνται η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, η διαδερμική διηπατική λήψη αίματος για μέτρηση της τιμής της ινσουλίνης και το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα το οποίο καθορίζει τις σχέσεις του όγκου με τον παγκρεατικό πόρο και με τα αγγεία του οργάνου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ινσουλινώματος είναι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η έγκαιρη εγχείριση επιβάλλεται για τη πιθανότητα κακοήθειας αλλά και την πρόληψη μόνιμων νευρολογικών αλλοιώσεων εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων υπογλυκαιμικών κρίσεων. Κατά την εγχείριση, μονήρεις όγκοι αφαιρούνται με εκπυρήνιση ενώ στις περιπτώσεις αδυναμίας ανεύρεσης του όγκου σε ασθενείς με υπερπλασία των νησιδιακών κυττάρων συνίσταται η εκτέλεση παγκρεατεκτομής. Στους ασθενείς που δεν είναι εφικτή η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, χορηγείται διαζοξίδη που αναστέλλει την έκκριση ινσουλίνης, ενώ σε ασθενείς με ανεγχείρητο κακόηθες ινσουλίνωμα η χορήγηση σρεπτοζοτοσίνης επιτυγχάνει διαιτητική επιβίωση στο 60% των ασθενών. (Διαδικτυακός ιστότοπος: <http://www.medinova.gr/poios-akrivos-einai-o-rolos-tis-insoulinis-sto-soma> , Δερβεγένης Γ., 2007)

Το Γαστρίνωμα (Σύνδρομο Zollinger-Ellison)

Το γαστρίνωμα αποτελεί το 20-25% των λειτουργικών ενδοκρινικών όγκων του παγκρέατος. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα ηλικίας 30-50 ετών, με μικρή υπεροχή στους άνδρες. Τα γαστρινώματα είναι συνήθως μικροί όγκοι που στο 80% των περιπτώσεων εντοπίζονται στο πάγκρεας κυρίως στην κεφαλή του οργάνου και προέρχονται από μη-β κύτταρα, G κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν γαστρίνη. Συγκεκριμένα, τα γαστρινώματα εντοπίζονται στην περιοχή μεταξύ κυστικού πόρου, 2^{ης} -3^{ης} μοίρας δωδεκαδακτύλου και αυχένος παγκρέατος, το λεγόμενο τρίγωνο γαστρινώματος. Το 75% των ασθενών με σύνδρομο Z-E εμφανίζει μονήρη κακοήθη όγκο ενώ το υπόλοιπο ποσοστό εμφανίζει πολλαπλά καλοήθη αδενώματα.

Οι ασθενείς με γαστρίνωμα παρουσιάζουν ανθεκτικό στην θεραπεία πεπτικό έλκος. Το έλκος μπορεί να εντοπίζεται στον στόμαχο, το βολβό του δωδεκαδακτύλου ή στη νήστιδα. Χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις είναι ο επιγαστρικός πόνος, η διάρροια και η απώλεια βάρους. Θα πρέπει να δημιουργείται υποψία για την ύπαρξη γαστρινώματος, σε παρουσία γαστρικού έλκους σε νεαρούς ασθενείς, επιθετικού και ανθεκτικού στη συντηρητική θεραπεία πεπτικού έλκους, πεπτικού έλκους σε ασυνήθιστη θέση, έλκους στομάχου μετά από εγχείρηση για έλκος. Επίσης σε περίπτωση ανεξήγητης διάρροιας και οικογενούς ιστορικού πεπτικού έλκους.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης στηρίζεται στην ανεύρεση αυξημένων επιπέδων ορού γαστρίνης σε συνδυασμό με αυξημένη γαστρική έκκριση. Τα φυσιολογικά επίπεδα γαστρίνης είναι μικρότερα από 200pg/ml, ενώ σε ασθενείς με γαστρίνωμα εμφανίζονται τιμές μεγαλύτερες από 500pg/ml. Η μέτρηση της έκκρισης γαστρικού οξέος θα πρέπει να γίνεται συγχρόνως με την μέτρηση των επιπέδων γαστρίνης προκειμένου να αποκλειστεί η υποχλωρυδρία ως αίτιο της υπεργαστριναιμίας.

Η απεικόνιση του κύριου όγκου αλλά και των μεταστάσεων θα στηριχτεί αρχικά στην αξονική τομογραφία αν και μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια έχει η εκλεκτική αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Τα τελευταία χρόνια το σπινθηρογράφημα με τη χρήση ραδιοσημασμένης οκτρεοτίδης και ο συνδυασμός διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος με διεγχειρητική ενδοσκόπηση και διαφανοσκόπηση αύξησαν σημαντικά το ποσοστό εντόπισης των εξωπαγκρεατικών γαστρινωμάτων.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στον έλεγχο της έκκρισης του γαστρικού οξέος με επαρκείς δόσεις αναστολέων της αντλίας πρωτονίων ή H₂ αναστολέων. Για τους ασθενείς με

κακόηθες γαστρίνωμα και ηπατικές μεταστάσεις αποτελεσματική είναι η χημειοθεραπεία με συνδυασμό στρεπτοζοτοσίνης και φθοριοουρακίλης. Η ιδανική θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του γαστρινώματος. Εάν ο όγκος εντοπιστεί στο πάγκρεας εκπυρηνίζεται. Η παγκρεατεκτομή απαιτείται σε περιπτώσεις πολλαπλών αδενωμάτων και κακόηθους γαστρινώματος. Ολική γαστρεκτομή ενδείκνυται σε ασθενείς με ανεγχείρητο κακόηθες γαστρίνωμα, με πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις στους οποίους η νόσος του πεπτικού έλκους είναι ανθεκτική στην συντηρητική αγωγή.

Το Βίπωμα (Σύνδρομο Verner-Morrison)

Το βίπωμα προκαλείται από τον όγκο των νησιδίων που εκκρίνει VIP, δηλαδή το αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπίδιο (Vasoactive Intestinal Polypeptide) και πεπίδιο ιστιδίνη-ισολευκίνη. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν βαριά διάρροια σημαντική απώλεια καλίου διαμέσου των κενώσεων. Το αποτέλεσμα είναι υποκαλιαιμία και μεγάλου βαθμού αδυναμία. Η γαστρική έκκριση είναι χαμηλή ακόμη και έπειτα από διέγερση με πενταγαστρίνη. Λόγω απώλειας διττανθρακικών στις κενώσεις παρατηρείται βαριά μεταβολική οξέωση.

Για τον εντοπισμό του όγκου, χρησιμοποιείται αρχικά η αξονική τομογραφία και στη συνέχεια το σπινθηρογράφημα υποδοχέων σωματοστατίνης. Στο 80% ο όγκος είναι μονήρης και εντοπίζεται στο σώμα ή στην ουρά του παγκρέατος και η εκτομή είναι εύκολη. Στο 50% των ασθενών ο όγκος είναι κακοήθης και σε ποσοστό 75% έχουν εμφανιστεί μεταστάσεις.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Οι κυτταρομειωτικές επεμβάσεις μπορεί να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα συμπτώματα. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η στρεπτοζοτοκίνη σε ασθενείς με ανεγχείρητο ή μεταστατικό βίπωμα, η οποία αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο.

Το Γλουκαγόνο

Το γλουκαγόνο αποτελεί μικρό ποσοστό όγκου του παγκρέατος, είναι μονήρης όγκος που προέρχεται από τα α2 κύτταρα του παγκρέατος και εντοπίζεται κυρίως στο σώμα και την ουρά του οργάνου. Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 20-70 ετών, ιδίως σε γυναίκες. Στο 75% των περιπτώσεων είναι κακοήθης όγκος με μεταστάσεις κυρίως ηπατικές. Η υπερβολική έκκριση γλουκαγόνου είναι υπαίτια για την ανάπτυξη του συνδρόμου.

Η κύρια κλινική εκδήλωση είναι το χαρακτηριστικό μεταναστευτικό εξάνθημα που εντοπίζεται στο πρόσωπο, το υπογάστριο, το περίναιο και τα κάτω άκρα. Στην αρχή είναι ερυθματώδες και στη συνέχεια ξηραίνεται με διάβρωση της επιδερμίδας καταλείποντας σκληρές μελαγχρωματικές περιοχές. Άλλα συμπτώματα είναι ο ήπιος σακχαρώδης διαβήτης, η απώλεια βάρους, η θρομβοεβολική νόσος και η στοματίτιδα. Η απαιτούμενη θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και των μεταστάσεων του.

Το Σωματοστατίνωμα

Το σωματοστατίνωμα χαρακτηρίζεται από σακχαρώδη διαβήτη, διάρροια και διάταση της χοληδόχου κύστης. Το σύνδρομο είναι αποτέλεσμα έκκρισης σωματοστατίνης από νησιδιακό όγκο. Σε ένα μεγάλο ποσοστό ο όγκος είναι κακοήθης ενώ έχουν ήδη αναπτυχθεί ηπατικές μεταστάσεις όταν τίθεται η διάγνωση. Συνήθως ο όγκος είναι ευμεγέθης και απεικονίζεται εύκολα στην αξονική τομογραφία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την μέτρηση των επιπέδων σωματοστατίνης ορού. Η χειρουργική επέμβαση είναι η μέθοδος εκλογής για την θεραπεία.

Οι Μη Λειτουργικοί Ενδοκρινικοί Όγκοι

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι όγκοι αυτοί είναι βραδείας ανάπτυξης, εντοπίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος και συνήθως είναι μεγάλοι και εμφανίζουν μεταστάσεις σε ήπαρ και επιχώριους αδένες. Οι κλινικές εκδηλώσεις τους είναι το κοιλιακό άλγος, ο ίκτερος, η ηπατομεγαλία, η κακουχία και η αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα. Η κατάλληλη θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο συνίσταται χημειοθεραπεία με στρεπτοζοτοσίνη και 5-φλουουρακίλη. ((Παπαλάμπρος Ε.,2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Κλινική Εικόνα

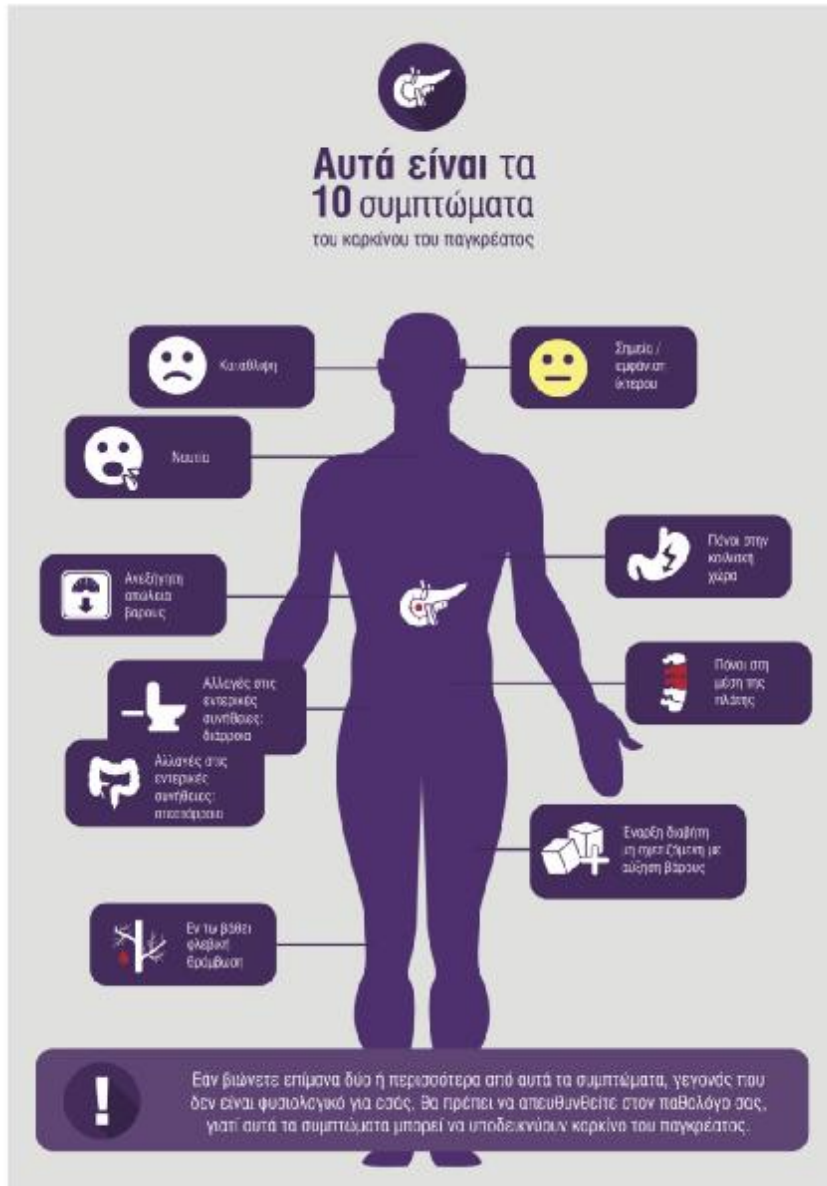
Η συμπτωματολογία του καρκίνου του παγκρέατος διαφέρει ανάλογα με την εντόπιση του και το μέγεθος του όγκου. Ο όγκος μπορεί να εντοπιστεί στη κεφαλή, το σώμα ή την ουρά του παγκρέατος. Όσον αφορά το καρκίνωμα της κεφαλής του παγκρέατος, εμφανίζεται σε ποσοστό 75% των ασθενών. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν αποφρακτικό ίκτερο, απώλεια βάρους και βύθιο κοιλιακό άλγος. Ο αποφρακτικός ίκτερος παρουσιάζεται σε περιπτώσεις όγκων της κεφαλής οι οποίοι εντοπίζονται κοντά στο χοληδόχο πόρο. Ο ίκτερος ονομάζεται από παλαιότερους επιστήμονες βουβός εξαιτίας το ότι δεν συνοδεύεται από θορυβώδη συμπτώματα.

Η απώλεια βάρους σε σύντομο χρονικό διάστημα συνοδεύεται από ανορεξία και αποστροφή του ασθενούς από το κρέας. Ο ασθενής μπορεί να χάσει πάνω από 10 κιλά σε διάστημα λίγων μηνών. Το άλγος του καρκίνου του παγκρέατος είναι κατά κανόνα χαρακτηριστικό προχωρημένης νόσου. Είναι στις περισσότερες περιπτώσεις αποτέλεσμα διήθησης των οπισθοπεριτοναϊκών νευρικών πλεγμάτων, εντοπίζεται δε στην οσφύ και ιδίως στο επιγάστριο. Έχει χαρακτήρες συνεχούς αμβλέος, εν τω βάθει άλγους, που δεν ανακουφίζεται με αλλαγή της στάσης του σώματος. Άλγος στη ράχη παρουσιάζεται σε ποσοστό 25% και αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο.

Ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο ανευρίσκεται στο 20% των περιπτώσεων και σχεδόν πάντα υποδηλώνει ανεγχείρητο νεόπλασμα, ενώ ανεγχείρητο νεόπλασμα σημαίνει επίσης και την ύπαρξη ασκίτη. Χολαγγειίτιδα παρατηρείται μόνο σε ποσοστό 10% των ασθενών με απόφραξη του χοληδόχου πόρου, ενώ ηπατομεγαλία στο 50% των περιπτώσεων. Σε ποσοστό 25% ανευρίσκεται ψηλαφητή, διατεταμένη χοληδόχος κύστη, η ύπαρξη της οποίας σημαίνει νεοπλασματική απόφραξη χοληδόχου πόρου. (Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

Το καρκίνωμα του σώματος και της ουράς έχει διαφορετική συμπτωματολογία από το καρκίνωμα της κεφαλής. Αποφρακτικός ίκτερος παρουσιάζεται σε ποσοστό 10% και σημαίνει προχωρημένη νόσο. Τα κύρια συμπτώματα του καρκινώματος του σώματος και της ουράς είναι: η απώλεια βάρους, το κοιλιακό άλγος, ο έμετος, η αδυναμία, η κόπωση και η κακουχία. Επίσης, μια άλλη κλινική εκδήλωση του καρκίνου του παγκρέατος αποτελεί η μεταναστευτική επιπολής θρομβοφλεβίτιδα. Πρόκειται για παρανεοπλασματικό σύνδρομο λόγω της επαγόμενης από τον όγκο υπερπηκτικότητας. Η αιφνίδια εμφάνιση σακχαρώδη

διαβήτη αποτελεί μάλλον πρόωμη εκδήλωση καρκινώματος και περιγράφεται σε ποσοστό 25% των ασθενών.(Pancreatic Cancer Action Network, 2012.)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 Η Διάγνωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου

Η διάγνωση του καρκινώματος του παγκρέατος μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Ο ασθενής με τυπική συμπτωματολογία σπάνια παρουσιάζει προβλήματα στη διάγνωση. Όμως, με την παραμικρή απώλεια βάρους, με ασαφές, όσον αφορά την εντόπιση και την ένταση κοιλιακό άλγος και με απεικονιστικές εξετάσεις χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα, συχνά χαρακτηρίζεται ψυχονευρωτικός. Ο ασθενής αυτός δέχεται την ανάλογη θεραπευτική αντιμετώπιση μέχρι η ύπαρξη του καρκινώματος να γίνει εμφανής, ενώ έχει χαθεί πολύτιμος χρόνος. Αντίθετα εάν υπερισχύει ο πόνος στη ράχη, μπορεί να θεωρηθεί πως ο ασθενής πάσχει από ορθοπεδικό ή νευροχειρουργικό νόσημα. Χαρακτηριστικό σημείο, αποτελεί η τάση του ασθενούς να ανακουφίζεται από τον πόνο παίρνοντας θέση καθιστή ή πλάγια με τη σπονδυλική στήλη σε κάμψη των μηρών προς την κοιλιά. Η ύπτια ή οποιαδήποτε άλλη θέση προκαλεί επιδείνωση του πόνου, εκνευρισμό και αϋπνία.

Όσον αφορά τον εργαστηριακό έλεγχο, θα πρέπει να λεχθεί ότι δεν υφίσταται κάποια εξέταση που να αποδεικνύει την ύπαρξη καρκίνου του παγκρέατος. Υπάρχουν ωστόσο εργαστηριακά ευρήματα που αποτελούν ενδείξεις της νόσου. Η πιο συχνή διαταραχή αφορά την αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης του ορού, οι τιμές της οποίας μπορεί να φθάσουν σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα (έως και >30mg ανά dl). Χαρακτηριστικό της αύξησης αυτής αποτελεί το ότι κατά κανόνα είναι σταθερή και σταδιακή χωρίς αυξομειώσεις. Η αλκαλική φωσφατάση (ALP) είναι συχνά ιδιαίτερα αυξημένη, ενώ η GGT λιγότερο αλλά ανέρχεται πιο πρώιμα από την ALP. Οι τρανσαμινάσες ίσως να παρουσιαστούν ανεβασμένες, οι τιμές τους όμως δεν φθάνουν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα. Το σάκχαρο του ορού μπορεί να εμφανιστεί μετρίως αυξημένο. Σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυνατή η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα.

Σε έντονα υποθρεπτικούς ασθενείς η τιμή της λευκοματίνης του ορού είναι μειωμένη, ενώ μια μέτρια πτώση του αιματοκρίτη παρατηρείται σε ένα ποσοστό που φθάνει το 60%. Όσον αφορά τέλος τους καρκινικούς δείκτες, το CA 19-9 και το CEA είναι πλέον σχετιζόμενοι με τον καρκίνο του παγκρέατος. Η ειδικότητα και η ευαισθησία του CA 19-9 για τη νόσο αγγίζει το 90%. Στα αρχικά στάδια συνήθως δεν είναι αυξημένο, σε πιο προχωρημένο όμως, φθάνει σε εξαιρετικά υψηλές τιμές (έως και >1000 IU ανά ml). Επιπλέον, μετά τη χειρουργική εξέταση του όγκου η συγκέντρωσή του στον ορό μειώνεται σημαντικά, ενώ αυξάνεται σε περίπτωση υποτροπής. Για το λόγο αυτό, αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη παρακολούθησης

της πορείας των ασθενών μετεγχειρητικά. Άλλοι καρκινικοί δείκτες που μελετούνται στον καρκίνο του παγκρέατος είναι το CA-50 και το CA-494. Ο τελευταίος δείκτης θεωρείται από πολλούς ερευνητές πιο ευαίσθητος από το CA 19-9 και πιθανώς στο μέλλον να τον αντικαταστήσει στην κλινική πράξη. (. Gerard M., Doherty G., Lawrence W., 2007)

Οι απεικονιστικές εξετάσεις:

Ø Υπερηχοτομογραφία: Το κλασσικό υπερηχογράφημα δε θεωρείται ιδιαίτερα αξιόπιστη μέθοδος στην έγκαιρη ανίχνευση παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Η αεροπληθεία του στομάχου και η παρεμβολή του παχέος εντέρου τις περισσότερες φορές δυσχεραίνουν την ικανοποιητική απεικόνιση του οργάνου. Η μέθοδος ωστόσο χρησιμοποιείται στη μελέτη ανώδυνου αποφρακτικού ίκτερου καθορίζοντας το ύψος του κωλύματος.

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα θεωρείται σήμερα η πλέον ευαίσθητη μέθοδος στη διάγνωση των όγκων του παγκρέατος, ιδιαίτερα στη περιοχή της κεφαλής, ενώ αναδεικνύει εξίσου ικανοποιητικά τους περιπαγκρεατικούς λεμφαδένες. Μειονέκτημα αποτελεί η δυσχέρεια στη προσπέλαση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και η αδυναμία διάγνωσης αγγειακών διηθήσεων και απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η χρήση σκιαγραφικών ουσιών στην υπερηχογραφία έφερε μια επανάσταση στην απεικόνιση δημιουργώντας νέες δυνατότητες στη διάγνωση και στον χαρακτηρισμό των εστιακών αλλοιώσεων του παγκρέατος.

Ø Αξονική τομογραφία: Η ελικοειδής αξονική τομογραφία θεωρείται σήμερα μέθοδος εκλογής στη διάγνωση και στη σταδιοποίηση του παγκρεατικού καρκίνου. Η ευαισθησία της μεθόδου κυμαίνεται από 92-99% και η ειδικότητα υπολογίζεται περίπου στο 90%. Η τεχνολογική πρόοδος με την ανάπτυξη των πολυτομικών αξονικών τομογράφων έχει βελτιώσει ακόμη περισσότερο την ευαισθησία της μεθόδου στην ανίχνευση πολύ μικρών όγκων που παλαιότερα ήταν αδύνατο να απεικονιστούν.

Η συνήθης απεικόνιση στην αξονική τομογραφία είναι μια εστιακή αλλοίωση που προσλαμβάνει το σκιαγραφικό σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με το λοιπό υγιές παρέγχυμα. Με τη χρήση των πολυτομικών αξονικών τομογράφων η ποιότητα της απεικόνισης και η ακρίβεια της σταδιοποίησης έχουν βελτιωθεί σημαντικά. Με την νέα αυτή τεχνολογία παρέχονται εικόνες πολύ υψηλής ανάλυσης σε όλα τα επίπεδα, ενώ υπάρχει πλέον η δυνατότητα αγγειογραφικών τρισδιάστατων εφαρμογών με ειδική επεξεργασία των αρχικών εικόνων που λαμβάνονται μετά την ενδοφλέβια

έγχυση σκιαγραφικού. Η μέθοδος αυτή έχει αντικαταστήσει την κλασσική ψηφιακή αγγειογραφία, η οποία είναι μια επεμβατική μέθοδος που την χρησιμοποιούσαν παλαιότερα για την σταδιοποίηση των παγκρεατικών νεοπλασμάτων και τον καθορισμό εξαιρεσιμότητας.

Γενικά, η αξονική τομογραφία, έχει πολύ υψηλή θετική προγνωστική αξία, γεγονός που σημαίνει ότι εάν ένα νεόπλασμα φαίνεται ανεγχείρητο δεν χρειάζονται περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις. Η αρνητική προγνωστική αξία είναι ωστόσο χαμηλότερη. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται η αδυναμία ανάδειξης πολύ μικρών ηπατικών μεταστάσεων που βρίσκονται σε υποκάψια θέση, μικρών περιτοναϊκών εμφυτεύσεων, καθώς και υποσημαινόμενων αγγειακών διηθήσεων.

- Ø Μαγνητική τομογραφία: Η μαγνητική τομογραφία έχει το πλεονέκτημα της δυνατότητας συνδυασμού της μαγνητικής χολαγγειοπαγκρεατογραφίας και της μαγνητικής αγγειογραφίας, ούτως ώστε να παρέχονται όλες οι πληροφορίες για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση των παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά της αξονικής τομογραφίας, όταν υπάρχει αντένδειξη αυτής, καθώς και ως μέθοδος επίλυσης διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που έχουν προκύψει από άλλες απεικονιστικές εξετάσεις.

Όσον αφορά τη σταδιοποίηση, θα πρέπει να τονιστεί η συγκριτική υπεροχή της μαγνητικής τομογραφίας με τη χρήση ειδικών σκιαγραφικών στην ανάδειξη ηπατικών μεταστάσεων από παγκρεατικό νεόπλασμα, σε σχέση με ε μειονέκτημα της δυσχέρειας στην ανάδειξη μικρών περιτοναϊκών εμφυτεύσεων και αρχόμενων αγγειακών διηθήσεων. Η προεγχειρητική εκτίμηση της διήθησης των περιπαγκρεατικών λεμφαδένων είναι επίσης πολύ δύσκολη, αφού τόσο στην αξονική όσο και τη μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται το κριτήριο του μεγέθους. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων αποτελεί τέλος μια ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδο στην ογκολογία αφού είναι δυνατόν να μελετηθεί η μεταβολική δραστηριότητα ενός νεοπλάσματος. Η μέθοδος αυτή θα πρέπει να εφαρμόζεται κυρίως για την εκτίμηση του αποτελέσματος της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας σε ανεγχείρητα νεοπλάσματα.

- Ø Ενδοσκοπική παλίνδρομη χαλαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP): Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χαλαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP), είναι χρήσιμη στη διερεύνηση του αποφρακτικού ικτέρου ιδίως όταν δεν υπάρχει ανιχνεύσιμη μάζα στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Η ERCP μπορεί να αποκαλύψει μη νεοπλασματικής φύσεως αίτια αποφρακτικού ικτέρου όπως λίθος στο χοληδόχο πόρο, να προσδιορίσει το ύψος

της απόφραξης του χοληδόχου πόρου και να διαγνώσει τυχόν νεοπλάσματα του φύματος Vater .Το σημείο της διπλής στένωσης του παγκρεατικού και χοληδόχου πόρου είναι ύποπτο για καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος. Η θέση της ERCP στη διερεύνηση των ασθενών με μάζα στην αξονική τομογραφία είναι περισσότερο αμφιλεγόμενη. Επίσης, η ERCP μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε θεραπευτική μορφή όπως παραδείγματος χάρη τη τοποθέτηση stent (εικόνα) για την ανακούφιση από τον ίκτερο. Ανάλογες πληροφορίες με την ERCP προσφέρει η μαγνητική χαλαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) η οποία είναι μια μη επεμβατική μέθοδος απεικονιστικής εξέτασης. Η διαφορά της MRCP είναι ότι δεν έχει τη δυνατότητα των θεραπευτικών χειρισμών της ERCP.(. Gerard M., Doherty G., Lawrence W., 2007)

10.2 Η Διαφορική Διάγνωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τα υπόλοιπα περιληκτικά νεοπλάσματα (καρκίνωμα φύματος Vater, τελικού χοληδόχου πόρου και δωδεκαδακτύλου) τα οποία επίσης μπορούν να εκδηλωθούν με αποφρακτικό ίκτερο, απώλεια βάρους και κοιλιακό άλγος προεγχειρητικές εξετάσεις μπορούν να οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση. Ωστόσο, πολύ συχνές είναι οι περιπτώσεις όπου η διάγνωση τίθεται κατά την εγχείρηση με βάση κυρίως την εμπειρία του χειρουργού και πολύ λιγότερο με τη διεγχειρητική βιοψία με βελόνη Tru-Cut ή με λήψη τεμαχίου από τον όγκο. Αρκετές φορές, η διάγνωση τίθεται με την ιστοπαθολογική εξέταση του παρασκευάσματος της παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής , η οποία εκτελείται για όλους τους όγκους της περιοχής. Η χρόνια παγκρεατίτιδα όταν εντοπίζεται στην κεφαλή του παγκρέατος μπορεί να εκληφθεί ως καρκίνωμα και να εκτελεστεί παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή η οποία όμως και στην περίπτωση αυτή αποτελεί εγχείρηση εκλογής.

Σημαντικό ρόλο στη διαφοροδιάγνωση παίζει η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS) και αυτό οφείλεται στην υψηλή ευκρίνεια με την οποία απεικονίζεται το πάγκρεας σε όλη του την έκταση. Η δυνατότητα για άμεση κυτταρολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης με EUS-FNA είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα που δεν προσφέρεται με την αξονική απεικόνιση. Η EUS-FNA είναι απαραίτητη σε ασθενείς με παγκρεατικό καρκίνο, οι οποίοι όμως δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργείο.(Παπαλάμπρος Ε.,2012)

10.3 Η Προεγχειρητική Διάγνωση-Λαπαροσκόπηση

Τα κύρια μέσα απεικόνισης για τον καρκίνο του παγκρέατος είναι η CT,MRI,ERCP. Η προεγχειρητική απεικονιστική αξιολόγηση των ασθενών με τη συνδυασμένη χρήση CT,MRI δεν είναι αρκετά ευαίσθητη ώστε να καθορίσει τη σταδιοποίηση του όγκου και την εξαιρεσιμότητα του καθώς το 10-20% των ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης, εμφανίζουν μεταστάσεις ή τοπικά εκτεταμένη νόσο.

Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση αποτελεί μια ήπια επεμβατική πράξη. Το όφελος από τη λαπαροσκόπηση είναι η σταδιοποίηση του όγκου με την ανεύρεση μεταστάσεων στο ήπαρ, το περιτόναιο καθώς και η άμεση εκτίμηση της τοπικής επέκτασης της νόσου.

Η λαπαροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένα ξεχωριστό μέσο σταδιοποίησης του καρκίνου για το σχεδιασμό της θεραπείας των ασθενών προεγχειρητικά ή λίγο πριν την λαπαροτομία. Η χρήση της λαπαροσκόπησης έχει μεγαλύτερη αξία σε όγκους με μεγάλο κίνδυνο μεταστάσεων και ειδικότερα του σώματος και της ουράς συγκριτικά με μικρές μάζες της κεφαλής του παγκρέατος .(Παπαλάμπρος Ε.,2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

Θεραπεία καρκίνου παγκρέατος

11.1 Ενδείξεις Εξαιρεσιμότητας

Η θεραπεία των παγκρεατικών νεοπλασιών αποσκοπεί αρχικά στην ίαση και σε περιπτώσεις που δεν είναι αυτή εφικτή, στόχος είναι η παράταση του χρόνου ζωής με ταυτόχρονη όμως βελτίωση της ποιότητας της και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου. Η μόνη ελπίδα για τον ασθενή που έχει προσβληθεί από τον καρκίνο είναι η δυνατότητα ριζικής χειρουργικής εξαιρέσεως του όγκου. Δυστυχώς, όμως όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή όλη η προσπάθεια στηρίζεται στη συντηρητική θεραπεία.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του παγκρεατικού καρκίνου είναι η χειρουργική θεραπεία. Πριν από την απόφαση για χειρουργική εξαίρεση, απαραίτητη κρίνεται η σταδιοποίηση του νεοπλάσματος προκειμένου να επιλεγεί η κατάλληλη χειρουργική τεχνική. Οι κακοήθειες του παγκρέατος διακρίνονται σε εξαιρέσιμες, μη εξαιρέσιμες και οριακά εξαιρέσιμες.

Τα κριτήρια για να θεωρηθεί ο όγκος εξαιρέσιμος είναι τα εξής: α) απουσία μεταστάσεων, β) ελεύθερο πλάνο διαχωρισμού ανάμεσα στην κοιλιακή και την άνω μεσεντέριο αρτηρία και γ) βατή η άνω μεσεντέριος ή πυλαία φλέβα. Όσον αφορά τα κριτήρια του οριακά εξαιρέσιμου όγκου αυτά είναι: α) η σοβαρή απόθεση της άνω μεσεντερίου ή πυλαίας φλέβας, β) η καθήλωση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, γ) η διήθηση του παχέος εντέρου ή μεσοκόλου, δ) η διήθηση επινεφριδίου ή νεφρού, ε) ο εγκλωβισμός της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας μέχρι την έκφυση της από την ηπατική και στ) προεγχειρητική ένδειξη διηθημένων περιπαγκρεατικών λεμφαδένων. Τέλος, ένας όγκος χαρακτηρίζεται μη εξαιρέσιμος για τους παρακάτω λόγους: α) τη διήθηση της άνω μεσεντερίου ή της κοιλιακής ή της ηπατικής αρτηρίας, β) τη διήθηση άνω μεσεντερίου φλέβας κάτω από το εγκάρσιο μεσόκολο, γ) την απόφραξη άνω μεσεντερίου ή πυλαίας φλέβας, δ) τη διήθηση της αορτής και ε) λόγω των απομακρυσμένων μεταστάσεων (περιλαμβανομένων των λεμφαδένων της κοιλιακής αρτηρίας και παραορτικών λεμφαδένων) (Παπαλάμπρος Ε., 2012, Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

11.2 Η Χειρουργική Θεραπεία

Η χειρουργική R0 εκτομή αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία μιας νόσου που συνήθως συνοδεύεται με πολύ υψηλή θνητότητα. Η παγκρεατοδωδακτυλεκτομή και η περιφερική παγκρεατεκτομή ανάλογα με την εντόπιση του όγκου, αποτελούν τις θεραπείες εκλογής . Παρά την αύξηση των εκτομών, τη μείωση στη νοσηρότητα, τη θνητότητα και την αύξηση στη 5ετή επιβίωση, η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος είναι πτωχή.

Οι χειρουργικές επιλογές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο πάγκρεας είναι η επέμβαση κατά Kausch-Whipple η εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος και του δωδεκαδάκτυλου με διατήρηση του πυλωρού(Traverso-Longmire) και οι εκτεταμένες επεμβάσεις.

Η επέμβαση κατά Kausch-Whipple είναι η πρώτη παγκρεατική εκτομή που πραγματοποιήθηκε από τον Allesandro Codivilla το 1898 και τον Walter Kausch το 1912 και όχι τον Allan Oldfather Whipple. Ήδη το 1942 ο Whipple είχε γράψει ότι η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με τη νέα του τεχνική αποτελούσε την επέμβαση εκλογής τόσο για το καρκίνο του παγκρέατος, όσο και για ορισμένες καλοήθεις παθήσεις . Η εγχείρηση περιλαμβάνει en block εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος, του δωδεκαδακτύλου, του περιφερικού τμήματος του στομάχου και του περιφερικού τμήματος του χοληδόχου πόρου (εικόνα). Η επέμβαση αυτή, σήμερα, εμφανίζει μετεγχειρητικές επιπλοκές σε λιγότερο από 30% των ασθενών και θνητότητα σε λιγότερο από 5%. Η 5ετής επιβίωση μετά από τη συγκεκριμένη εγχείρηση κυμαίνεται από 10-15 (Δερβεγένης Γ., 2007)



%

Η επέμβαση ppPD θεωρείται ότι έχει τα ίδια ογκολογικά αποτελέσματα με την επέμβαση Kausch-Whipple και επίσης και οι δύο επεμβάσεις προσφέρουν στους ασθενείς την ίδια ποιότητα ζωής. Αξίζει επιπλέον, να σημειωθεί πως δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά ούτε στο ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η εκτομή με τη διατήρηση του πυλωρού είναι η εγχείρηση εκλογής, αφού είναι λιγότερο ακρωτηριαστική επέμβαση, με την επιφύλαξη των όγκων που είναι πολύ κοντά στο πυλωρικό στόμιο ή όταν υπάρχουν τεχνικές δυσκολίες.

Επειδή ο καρκίνος του παγκρέατος συνοδεύεται συχνά παρά την εκτομή του όγκου με εξαιρετικά χαμηλή 5ετή επιβίωση, έχουν κατά καιρούς προταθεί εκτεταμένες επεμβάσεις που στόχο έχουν να επιτύχουν αφενός τη R0 εκτομή και αφετέρου να αφαιρέσουν όλους τους σταθμούς λεμφικής αποχέτευσης. Με αυτή τη θεωρία οι στόχοι μιας ριζικής εγχείρησης είναι από τη μια πλευρά, η όσο το δυνατόν εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή και από την άλλη, η εκτομή και αναστόμωση ή αντικατάσταση της πυλαίας φλέβας.

Επειδή υπήρχε μια σύγχυση για το τι εννοούμε ριζική λεμφαδενεκτομή, ορίστηκαν η τυπική, η ριζική και η εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή. Ως ριζική λεμφαδενεκτομή ορίζεται η en block παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με εκτεταμένα όρια εκτομής, αφαίρεση των περιοχικών λεμφαδένων με ταυτόχρονη οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενεκτομή.

Όσον αφορά τις εκτεταμένες εκτομές, δεν προσφέρουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιβίωση, συνοδεύονται δε από μεγάλη μετεγχειρητική νοσηρότητα ίσως και θνητότητα. Επιπλέον, η περιπαγκρεατική διήθηση των φλεβών αποτελεί έως τις μέρες μας αντένδειξη της παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής η οποία ωστόσο είναι υπό αμφισβήτηση. (Δερβεγένης Γ., 2007, Δαϊλάνας Β., Σπανός Π., 2012)

11.3 Οι Χειρουργικές Επιπλοκές

Οι σημαντικότερες και συχνότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από μια παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, οι οποίες σχετίζονται με τη συγκεκριμένη επέμβαση είναι η διαφυγή από τη παγκρεατική αναστόμωση με επακόλουθο τη δημιουργία παγκρεατικού συριγγίου, τη μετεγχειρητική αιμορραγία και τη καθυστερημένη γαστρική κένωση. Η βαρύτητα τους ποικίλει επηρεάζοντας την ανάρρωση του ασθενούς. Η αντιμετώπιση τους απαιτεί μεγάλη εμπειρία, σειρά από έξυπνους θεραπευτικούς χειρισμούς ή ακόμα και επανεγχείρηση. Η χειρουργική του παγκρέατος συνοδεύεται και από άλλες μη ειδικές επιπλοκές, όπως οι αναπνευστικές λοιμώξεις, η διαπύση του χειρουργικού τραύματος, η δυσλειτουργία της χολοπεπτικής ή της γαστροεντερικής αναστόμωσης, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλες πολλές.

Η διαφυγή από τη παγκρεατική αναστόμωση αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την αύξηση της νοσηρότητας μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή και ευθύνεται για την αύξηση τόσο της διάρκειας νοσηλείας όσο και της συνολικής μετεγχειρητικής θνητότητας. Το μετεγχειρητικό παγκρεατικό συρίγγιο εμφανίζεται μετά από αποτυχία πλήρους επούλωσης ή στεγανοποίησης μιας παγκρεατοεντερικής αναστόμωσης ή ακόμα μπορεί να παριστά μια διαφυγή από το παγκρεατικό παρέγχυμα που δεν σχετίζεται άμεσα με την παγκρεατική αναστόμωση.

Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα διαφυγής από μια παγκρεατική αναστόμωση είναι το τμήμα του πεπτικού σωλήνα που χρησιμοποιείται. Η ορθότερη εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι ο καθετηριασμός του παγκρεατικού πόρου με λεπτό σιλικονούχο καθετήρα και η εκτέλεση ενός κατευθυνόμενου δερματικού παγκρεατικού συριγγίου. Η αιμορραγία μετά από τη παγκρεατεκτομή αφορά κάθε επεισόδιο μετεγχειρητικής απώλειας αίματος και ορίζεται ή κατατάσσεται ανάλογα με το χρόνο έναρξης, τη θέση, την αιτιολογία και το βαθμό σοβαρότητας της. Διακρίνεται σε πρώιμη (εμφάνιση κατά το πρώτο 24ωρο) και σε όψιμη (μετά το πέρας του πρώτου 24ώρου).

Η αιμορραγία μετά από παγκρεατεκτομή μπορεί να εξορμάται από αρτηρίες ή φλέβες, χειρουργικά πεδία εκτομής, γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη ή αιμορραγική γαστρίτιδα, αναστομωτικές γραμμές, αιμολοχία από ενδοπροσθέσεις στα χοληφόρα και από διαβρωμένα ή ραγέντα ψευδοανευρίσματα. Για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας απαιτούνται μεταγγίσεις μονάδων αίματος ή και μεταφορά του ασθενούς σε θαλάμους αυξημένης φροντίδας ή ΜΕΘ. Επίσης, επιβάλλεται η εκτέλεση ενός διαγνωστικού ελέγχου και ενδεχομένως οι ασθενείς αυτοί να χρειασθεί να υποβληθούν σε επεμβατικές θεραπευτικές πράξεις.

Η καθυστερημένη γαστρική κένωση (ΚΓΚ) χωρίς μηχανική απόφραξη αποτελεί συχνή επιπλοκή μετά από επεμβάσεις ανώτερου πεπτικού και ιδιαίτερα μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομές. Η εκτομή όλου ή τμήματος του δωδεκαδακτύλου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση στα επίπεδα μοτιλίνης στο πλάσμα των ασθενών, επομένως και αποτελεί σαφή παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση καθυστερημένης γαστρικής κένωσης. Επιπρόσθετα στα παραπάνω, η παρουσία μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως το παγκρεατικό συρίγγιο, οι περιπαγκρεατικές συλλογές και τα ενδοθηλιακά αποστήματα σχετίζονται σαφώς με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί κρίνεται απαραίτητη η διαγνωστική ακτινολογική διάβαση ή ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος. Επιπλέον οι ασθενείς με ΚΓΚ υποβάλλονται συχνά σε επεμβατικές πράξεις με σημαντική επακόλουθη επιβάρυνση στην ποιότητα της ζωής τους. (Δαϊλιάνας Β., Σπανός Π., 2012)

11.4 Οι Ανακουφιστικές Επεμβάσεις

Η μέση επιβίωση χωρίς καμία θεραπεία είναι 3-6 μήνες. Δυστυχώς μόλις το 20% των ασθενών, μετά τη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος, είναι κατάλληλοι για χειρουργική εξαίρεση. Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με καρκίνο στο πάγκρεας είναι κατάλληλοι μόνο για παρηγορητική θεραπεία.

Στόχος της παρηγορητικής θεραπείας είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από όγκους που εντοπίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος και στην περιλυκηθική περιοχή. Τέτοια συμπτώματα είναι ο ίκτερος, η απόφραξη του δωδεκαδακτύλου και ο πόνος.

Ο ίκτερος αποτελεί το συνηθέστερο και το πρώτο σύμπτωμα στο καρκίνο κεφαλής του παγκρέατος. Η αντιμετώπιση του αποφρακτικού ικτέρου είναι απαραίτητη εξαιτίας του ότι η παραμένουσα χολόσταση οδηγεί σε βασανιστικό κνησμό, επεισόδια χολαγγειίτιδας, ανορεξία, καχεξία, ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο. Η παροχέτευση

του χοληφόρου δένδρου με ενδοσκοπική τοποθέτηση stent αποτελεί την πρώτη επιλογή θεραπείας σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο παγκρέατος. Παρόλο που η ενδοσκοπική τοποθέτηση είναι η πρώτη επιλογή θεραπείας, σε περιπτώσεις αποτυχίας της, η διαδερμική τοποθέτηση είναι η επόμενη αναγκαστική επιλογή. Η ενδοσκοπική τοποθέτηση stent παρουσιάζει μεν χαμηλά ποσοστά άμεσων επιπλοκών και μικρό χρονικό διάστημα νοσηλείας, ωστόσο, οι συχνές απώτερες επιπλοκές λόγω της απόφραξης της ενδοπρόθεσης, περιορίζουν την εφαρμογή της σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.

Η διήθηση του δωδεκαδακτύλου και η απόφραξη που προκαλείται είναι και αυτά σχετικά φαινόμενα στο καρκίνο κεφαλής του παγκρέατος. Κατά τη στιγμή της διάγνωσης το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν πυλωρική απόφραξη από τοπικά εκτεταμένο καρκίνο είναι περίπου στο 19%. Επίσης, το 30-50% των ασθενών κατά τη διάρκεια εξέλιξης της νόσου θα παρουσιάσουν πυλωρική απόφραξη η οποία θα χρειαστεί χειρουργική ή ενδοσκοπική επέμβαση. Η τοποθέτηση αυτοδιατεινόμενης ενδοπρόθεσης στο δωδεκαδάκτυλο αποτελεί αποδεκτή επιλογή σε ασθενείς με συμπτώματα γαστρικής απόφραξης. (. Παπαλάμπρος Ε.,2012)

Όσον αφορά τον πόνο, η αιτιολογία του δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. Στους ασθενείς πάντως με προχωρημένη νόσο, ο πόνος είναι αποτέλεσμα της διήθησης του κοιλιακού πλέγματος. Εντοπίζεται στο επιγάστριο και αντανακλά στη πλάτη.

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου είναι με φάρμακα, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα οπιοειδή. Δυστυχώς όμως δεν αποτελούν πάντα την ιδανική μέθοδο θεραπείας επομένως, η θωρακική ή η κοιλιακή σπλαχνινεκτομή αποτελεί μια αποδεκτή λύση. Η αρχή λειτουργίας της επέμβασης αυτής είναι η διακοπή της κεντρομόλου νευρικής οδού, ούτως ώστε να διακοπούν τα επώδυνα ερεθίσματα από την περιφέρεια προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις ασθενών προκλήθηκε αιμορραγία και πλέον δεν θεωρείται δόκιμη μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου.

Η διήθηση του κοιλιακού πλέγματος αποτελεί μια δόκιμη μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου σε ασθενείς με μη εξαιρεσιμο καρκίνο παγκρέατος. Η διήθηση μπορεί να επιτευχθεί είτε διαδερμικά είτε με λαπαροτομία. Το αποτέλεσμα συνήθως είναι ικανοποιητικό αλλά σε ποσοστό 40% των ασθενών εμφανίστηκαν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως διάρροια και ορθοστατική υπόταση.

Το συμπέρασμα λοιπόν που προκύπτει είναι ότι ουσιαστικά ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με κατάλληλο συνδυασμό φαρμάκων και η διήθηση αποτελεί επιλογή σε

ασθενείς με ανεξέλεγκτο πόνο και καλή σχετικά κατάσταση υγείας. Επιπλέον, ο έλεγχος του πόνου αποτελεί παράγοντα επιμήκυνσης του χρόνου επιβίωσης. (Δαϊλάνας Β., Σπανός Π., 2012)

11.5 Η Συμπληρωματική –Παρηγορητική Θεραπεία (χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μόλις ένα μικρό ποσοστό καρκίνου παγκρέατος θεωρείται εγχειρήσιμο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με παγκρεατικό καρκίνο στηρίζεται στη παρηγορητική θεραπεία. Η ανάγκη για καλύτερη μακροχρόνια επιβίωση έφερε στο προσκήνιο την εφαρμογή της συμπληρωματικής θεραπείας , δηλαδή της χημειοθεραπείας (ΧΜΘ), της ακτινοθεραπείας (ΑΘ) και της χημειοακτινοθεραπείας (ΧΑΘ).

Τα καλύτερα αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί με τον συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας . Η ακτινοθεραπεία είναι η κλινική ογκολογική ειδικότητα αντιμετώπισης του καρκίνου με τη χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Σχετικά με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως στη χημειοθεραπεία είναι η 5-FU ή gemcitabine. Η χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων έπειτα από χειρουργική επέμβαση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη πενταετή επιβίωση έως και 10-20%.

Σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο παγκρέατος, συνίσταται η χορήγηση ΧΜΘ ή σε κάποιες περιπτώσεις η χορήγηση ΑΘ μόνη ή συνδυαστικά με ΧΜΘ.

Ωστόσο, η χορήγηση ΧΜΘ μετά από ΧΑΘ δεν συνίσταται καθώς αυξάνει σημαντικά τη τοξικότητα. Όσον αφορά τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, υπάρχει αποδεδειγμένο όφελος στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής τους από τη χορήγηση χημειοθεραπείας . Οι συνδυασμοί που πραγματοποιούνται με βάση τη γεμισιταμίνη προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος στους ασθενείς έναντι της μονοθεραπείας με γεμισιταμίνη. Από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες το μεγαλύτερο όφελος προκύπτει από την συγχορήγηση με καπεσιταμίνη ή κάποιο πλατινούχο παράγωγο. Από τους νέους στοχευμένους παράγοντες μόνο η συγχορήγηση με ερλοτινίμη προσφέρει ένα περιορισμένο όφελος στην επιβίωση. (Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

11.6 Οι Παρενέργειες Της Θεραπείας

Κατά τη θεραπεία με ακτινοβολία, οι παρενέργειες εξαρτώνται από τη θεραπευτική δόση και το μέρος του σώματος που θεραπεύεται. Συνήθως υπάρχει απώλεια τριχών στη θεραπεύομενη περιοχή και το δέρμα γίνεται κόκκινο, ξερό και προκαλείται

κνησμός. Στην ακτινοβοληθείσα περιοχή το δέρμα αποκτά ένα σκούρο και μπρονζέ χρώμα. Αυτή η περιοχή πρέπει να εκτίθεται στον αέρα όσο το δυνατόν περισσότερο, να προστατεύεται όμως από το φώς του ήλιου και να αποφεύγονται τα ρούχα που προκαλούν τριβή. Οποιαδήποτε λοσιόν ή κρέμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσβαλλόμενη περιοχή χωρίς την συμβουλή του γιατρού.

Επιπλέον, η ακτινοθεραπεία του παγκρέατος και των γύρω ιστών και οργάνων μπορεί να προκαλέσει ναυτία, έμετο, διάρροια ή προβλήματα στη πέψη. Συνήθως ο γιατρός προτείνει συγκεκριμένες διαιτητικές αλλαγές ή φάρμακα για να θεραπεύσει η να ελέγξει αυτά τα προβλήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι παρενέργειες χάνονται μετά το τέλος της θεραπείας.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας εξαρτώνται κυρίως από τα ειδικά φάρμακα και τις δόσεις που λαμβάνονται. Οι παρενέργειες ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Τα αντικαρκινικά φάρμακα προσβάλλουν τα κύτταρα που διαιρούνται ταχέως. Όταν καταστρέφονται τα κύτταρα του αίματος, οι ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς σε μολύνσεις, μπορεί να εμφανίσουν αιμορραγία, κόπωση και αδυναμία. Τα κύτταρα που βρίσκονται στις ρίζες των τριχών και τα κύτταρα του επιθηλίου του πεπτικού σωλήνα επίσης διαιρούνται ταχέως. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πτώση του τριχωτού της κεφαλής των ασθενών, ανορεξία, ναυτία και έμετο ή και ερεθισμούς στην στοματική κοιλότητα. Συνήθως, αυτές οι παρενέργειες χάνονται σταδιακά κατά την διάρκεια των περιόδων ανάρρωσης μεταξύ των θεραπειών. (Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

Η Πρόληψη Του Καρκίνου Του Παγκρέατος

Το πρώτο μέτρο πρόληψης είναι η εντόπιση γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, υπεύθυνων για καρκίνο στο πάγκρεας. Δεύτερο μέτρο είναι η εντόπιση και η εκρίζωση προκαρκινικών βλαβών. Παρακάτω αναφέρονται οι οδηγίες διατροφής που συμβάλλουν στην πρόληψη εκδήλωσης καρκίνου.

1. Ελάττωση της κατανάλωσης λίπους (<30% των θερμίδων).
2. Αύξηση των φυτικών ινών στα 20-30 γραμμάρια ημερησίως.
3. Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών
4. Αποφυγή των παραγόντων που προδιαθέτουν σε χρόνια παγκρεατίτιδα
5. Ελαφριά έως μέση κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και σωματική άσκηση

12.1 Οι 11 Τροφές Που Προλαμβάνουν Την Εκδήλωση Του Παγκρεατικού Καρκίνου

Μπρόκολο: Λαχανικό με σημαντικές αντικαρκινικές ιδιότητες αφού περιέχει βιταμίνη C, φυλλικό οξύ, ασβέστιο, κάλιο και βιταμίνη A. Το κάλιο συμβάλει στη ρύθμιση της ισορροπίας των υγρών στο σώμα και στην διατήρηση του ομαλού καρδιακού παλμού. Το ασβέστιο δρα κατά της οστεοπόρωσης και η βιταμίνη C προστατεύει το ανοσοποιητικό σύστημα.

Ψάρι: Γεμάτο θρεπτικά συστατικά, το ψάρι περιέχει ασβέστιο, που ενισχύει τα οστά, φώσφορο, ω-3 λιπαρά οξέα τα οποία δρουν προστατευτικά στο καρδιαγγειακό σύστημα, β-καροτένιο και προβιταμίνη D, αλλά και βιταμίνες του συμπλέγματος B. Τελευταία έρευνα θεωρεί τα ιχθυέλαιο με ω3 λιπαρά οξέα πιο προστατευτικό της HDL χοληστερόλης από τις στατίνες που περιέχονται στα φάρμακα κατά της χοληστερόλης.

Βατόμουρα: Σε όποιο χρώμα και αν τα συναντάμε μωβ, μαύρο ή κόκκινο, τα βατόμουρα περιέχουν τα συστατικά ανθοκυανίδες οι οποίες συμβάλλουν στην προστασία του οργανισμού από τις νόσους φθοράς . Συγγενή προς τα βατόμουρα, τα μούρα και ιδιαίτερα τα μαύρα έχουν τα ίδια συστατικά με τα βατόμουρα. Οι πολυφαινόλες που περιέχουν δρουν προστατευτικά κατά των ελεύθερων ριζών του οργανισμού.

Κρεμμύδια και σκόρδα: Τα κρεμμύδια και τα σκόρδα περιέχουν φλαβονοειδή ουσίες με ισχυρές αντικαρκινικές και αντιβακτηριδιακές ιδιότητες. Περιέχουν ακόμα μεγάλες ποσότητες βιταμίνης C, που συμβάλλει στην θωράκιση του ανοσοποιητικού. Δεν πρέπει να φέρνουμε τα κρεμμύδια σε επαφή με το φως και τον αέρα διότι μειώνεται η αντιοξειδωτική τους δράση. Η διάρκεια αποθήκευσης τους πρέπει να είναι μικρή, γιατί οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες της βιταμίνης C, που είναι υδατοδιάλυτη, ατονούν σημαντικά.

Σταφύλια: Τα σταφύλια ιδιαίτερα τα κόκκινα και γενικά τα σκουρόχρωμα, έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε πολυφαινόλες οι οποίες έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Όλες οι αντιοξειδωτικές ουσίες είναι ευαίσθητες στο φως και τη θερμότητα, για αυτό και το κρασί που παράγεται από σκουρόχρωμα κυρίως σταφύλια πρέπει να φυλάσσεται σε δροσερούς και χωρίς φως χώρους.

Καρύδια: Σύμφωνα με τελευταίες έρευνες τα καρύδια περιέχουν μια ουσία με το όνομα IPP, που καταστέλλει τη δράση ενός ενζύμου υπεύθυνου για την δημιουργία καρκινικών όγκων. Παράλληλα ενισχύει τη δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Περιέχουν ακόμα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα που τα καθιστούν πλούσια σε αντιοξειδωτική δράση, καθώς και την αντιοξειδωτική βιταμίνη E.

Καρότα: Περιέχουν το συστατικό β καροτένιο, σημαντικό για την θωράκιση του οργανισμού ενάντια στους ιούς και τα βακτήρια. Πρέπει να καταναλώνονται όταν είναι ακόμα ολόκληρα και δεν έχουν απολέσει τα ισχυρά συστατικά τους.

Ντομάτα: Η ίδια και τα προϊόντα της, ντοματοπολτός ή λιαστή ντομάτα, αποτελούν σημαντικές πηγές λυκοπενίου, αντιοξειδωτικού το οποίο έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του προστάτη και του παγκρέατος.

Ελαιόλαδο: Έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτική βιταμίνη E, πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και την ουσία ακουαλένιο, η οποία δρα ενάντια σε διάφορες μορφές καρκίνου. Παρόμοια δράση εμφανίζει και το αβοκάντο.

Τσάι: Ρόφημα πλούσιο σε τανίνες, που ανήκουν στην οικογένεια των πολυφαινόλων και έχουν αντιοξειδωτικές αλλά και αντικαρκινικές ιδιότητες.

Γλυκοπατάτες: Οι γλυκοπατάτες μαζί με άλλα πορτοκαλί και κίτρινα λαχανικά, όπως τα καρότα, το καλαμπόκι και η κολοκύθα περιέχουν θρεπτικά συστατικά, τα οποία είναι ευεργετικά για το πάγκρεας και μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη του καρκίνου.

12.2 Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στην Πρόληψη Του Καρκίνου.

Ο ορισμός της πρόληψης του καρκίνου αναφέρεται σε 3 φάσεις οι οποίες αναγνωρίζονται από τη νοσηλευτική κοινότητα.

Στη πρώτη φάση οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην πρόληψη της νόσου (πρωτογενής πρόληψη) με την επισήμανση και τη προσπάθεια για αποφυγή και απομάκρυνση των υπεύθυνων καρκινογόνων παραγόντων.

Η δεύτερη φάση αφορά τη πρόληψη της προχωρημένης νόσου (δευτερογενής πρόληψη) που συνεπάγεται την ανάπτυξη προγραμμάτων δευτερογενούς ελέγχου για έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών , υποτροπής ή μεταστάσεων.

Η τρίτη φάση της πρόληψης (τριτογενή πρόληψη) του θανάτου αναφέρεται στην εφικτή πρόληψη της επιτάχυνσης θανάτου, διαμέσου της προσφοράς οποιασδήποτε εφικτής αντινεοπλασματικής και υποστηρικτικής θεραπείας. Με άλλα λόγια ο ρόλος του νοσηλευτή είναι: η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας του για τη χειρουργική επέμβαση, η προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς και τέλος, η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας του προκειμένου να αποδεχθούν την νέα πραγματικότητα.

Οι νοσηλευτές παρέχουν θεραπεία που στοχεύει στην ίαση ή την ανακούφιση των ασθενών, σε υπηρεσίες οξείας ή μακροχρόνιας παροχής φροντίδας , με ανεξάρτητες ή εξαρτημένες δραστηριότητες εντός ή εκτός του νοσοκομείου. Συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στην παροχή φροντίδας στην κλινική πρακτική , την εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του. Επίσης, διευθύνουν, συντονίζουν και ηγούνται της παρεχόμενης φροντίδας , ενώ παράλληλα ερευνούν την αποτελεσματικότητα του παρεχόμενου έργου της.(Σαββοπούλου, Γ., 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

Η Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών Με Καρκίνο Παγκρέατος

Η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών αποτελεί ζήτημα ενδιαφέρον, αλλά ταυτόχρονα και ιδιαίτερο, αφού ο καρκινοπαθής δεν είναι απλά ένας κοινός χειρουργημένος ασθενής .Κατά συνέπεια η προσέγγιση του και η νοσηλεία του απαιτεί μοναδική προσοχή. Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά ,ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα τα οποία συνοδεύουν την αρρώστια. Εν ολίγοις ο απώτερος σκοπός είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και ο περιορισμός της εξάρτησης από τη νόσο.(Σαββοπούλου, Γ., 2006)

13.1 Ο Νοσηλευτής Κατά Τη Προεγχειρητική Φάση

Στη προεγχειρητική φάση ο νοσηλευτής εκτιμά τη βιολογική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, ο οποίος βρίσκεται σε κατάσταση άγχους , ανησυχίας και φόβου. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για την επικείμενη επέμβαση, τη λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις. Επίσης, γίνεται πλήρης ενημέρωση στον ασθενή και στην οικογένεια του για το είδος της επέμβασης αλλά και τη μετεγχειρητική του πορεία, δηλαδή σχετικά με το τι θα πρέπει να περιμένουν, πόσες ημέρες αναμένεται να διαρκέσει η ανάρρωση, ποια η φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείται και ποια εικόνα αναμένεται να παρουσιάσει αμέσως μετά την επιστροφή του στο τμήμα.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής φροντίζει να φέρει σε επικοινωνία τον ασθενή με όλη την ομάδα υγείας, με τις ειδικότητες δηλαδή των ιατρών που χρειάζεται άμεσα ο ασθενής για την αντιμετώπιση της νόσου του. Οι απορίες και οι φόβοι του ασθενούς γύρω από τη νάρκωση , το άγνωστο και τη σωματική αλλαγή που θα προκληθεί μετά την επέμβαση είναι σημαντικό να συζητηθούν και να λυθούν έτσι ώστε ο ασθενής να νιώθει πιο ήρεμος και να αποβάλλει το άγχος και το στρες του.

Ο ασθενής ενημερώνεται για τη προεγχειρητική προετοιμασία, ολοκληρώνονται η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις δηλαδή τα ζωτικά σημεία(: θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις και αναπνοές), οι αιματολογικές εξετάσεις, οι βιοχημικές εξετάσεις, ΗΚΓ, ακτινογραφίες θώρακος. Ακόμη, γίνεται η εξέταση από τον αναισθησιολόγο και δίνονται οι οδηγίες απονάρκωσης. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να γνωρίζει πιθανές αλλεργίες σε

φάρμακα ή τροφές του ασθενούς, πιθανόν άλλες παθήσεις, καθώς και φυσικές ή νοητικές αναπηρίες.

Εφ' όσον όλες οι απαραίτητες εξετάσεις ολοκληρωθούν, ο νοσηλευτής προχωράει στη φροντίδα ατομικής υγιεινής του ασθενούς με λουτρό καθαριότητας, χορήγηση κατάλληλης διαίτας, θα ενημερώσει τον πάσχοντα ότι απαγορεύεται να φάει ή να πιεί μετά τις 12 τα μεσάνυχτα, να αδειάσει την ουροδόχο κύστη του, θα ελεγχθεί εάν ο ασθενής έχει ενεργηθεί και θα τοποθετηθεί φλεβοκαθετήρας.

Επιπλέον το βράδυ πριν τη χειρουργική επέμβαση, εξασφαλίζεται στον ασθενή ήρεμο και αναπαυτικό περιβάλλον και πολλές φορές χορηγούνται ηρεμιστικά-υπνωτικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής οφείλει να ακούσει για ακόμη μια φορά τις απορίες του ασθενούς σχετικά με την επέμβαση και να προσπαθήσει να τον ενθαρρύνει απαντώντας στις ερωτήσεις του με κατανόηση και ενσυναίσθηση.

Την επόμενη μέρα το πρωί, μια ώρα πριν το χειρουργείο ο νοσηλευτής κάνει την τελική ετοιμασία. Θα προτρέψει τον ασθενή να ουρήσει (στην περίπτωση που δεν φέρει ουροκαθετήρα), θα ελέγξει τα ζωτικά του σημεία, θα αφαιρέσει από τον ασθενή τυχόν κοσμήματα και τεχνητή οδοντοστοιχία, θα αφαιρέσει ό,τι άλλο πρόσθετο έχει ο ασθενής δηλαδή γυαλιά, φακούς επαφής, ακουστικά, θα τα καταγράψει και θα τα τοποθετήσει σε ασφαλές μέρος για τον κίνδυνο απώλειας. Στη περίπτωση που ο ασθενής είναι γυναίκα, ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει για βαμμένα νύχια και θα προχωρήσει στην αφαίρεση βερνικιού καθώς οι αναισθησιολόγοι στο χειρουργείο παρατηρούν την οξυγόνωση των ασθενών με οξύμετρο το οποίο εφαρμόζει στα δάχτυλα των χεριών.

Το επόμενο βήμα είναι ο νοσηλευτής να ντύσει τον ασθενή με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου και να τοποθετηθούν ο ειδικός σκούφος κεφαλής, οι αντιθρομβωτικές κάλτσες και η ταυτότητα αναγνώρισης στο χέρι του με το όνομά του, τον αριθμό του θαλάμου, το τμήμα και τη χειρουργική κλινική ή το όνομα του θεράποντα ιατρού. Γίνεται προνάρκωση σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και να χορηγηθεί ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, ως αντιθρομβωτική αγωγή. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να ελεγχθεί η πληρότητα του ιατρικού φακέλου, να συμπληρωθεί το έντυπο της γραπτής συγκατάθεσης (εάν αυτό δεν έχει ήδη γίνει), να συμπληρωθεί από τον νοσηλευτή το έντυπο προεγχειρητικής ετοιμασίας και να υπογραφεί. Να γίνει η ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο την καθορισμένη ώρα που έχει προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να είναι παρών ο νοσηλευτής του τμήματος όταν έρθει το προσωπικό του χειρουργείου να παραλάβει

τον ασθενή , πρώτον για την αποφυγή λάθους και δεύτερον για τη ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς.

Τέλος, είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί επικοινωνία με τους συγγενείς και να ενημερωθούν για τη διάρκεια της επέμβασης και την εικόνα που θα παρουσιάζει ο ασθενής μετά το χειρουργείο. Η προεγχειρητική φάση έχει ολοκληρωθεί επιτυχώς.(Woodhead-Wicker P., 2005)

13.2 Η Ευθύνη Του Νοσηλευτή Στην Αίθουσα Ανάνηψης

Μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σε αυτή παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από τη νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές (σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, φάρμακα και άλλα) για την άμεση αντιμετώπιση πιθανόν επιπλοκών. Ο ασθενής βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές. Με την παρακολούθηση αυτή έχει παρατηρηθεί η αξιοσημείωτη μείωση του κινδύνου των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι ευθύνες του νοσηλευτή συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης στην αίθουσα ανάνηψης.
- Αναλαμβάνει να καταγράφει με ακρίβεια τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής του κατάστασης.
- Φροντίζει να διατηρείται η αεροφόρος οδός ανοιχτή με κατάλληλη θέση το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης. Τον τακτοποιεί και τον σκεπάζει για να μην κρυώνει.
- Παρατηρεί και παρακολουθεί:
 - A)Την ενδοφλέβια έγχυση ορού, το ρυθμό ροής, το σημείο φλεβοκέντησης
 - B)Την σύνδεση και τη λειτουργία της παροχέτευσης, τη ποσότητα και τη ποιότητα των υγρών, τη κατάσταση του τραύματος.
 - Γ)Ελέγχει τη λειτουργία της συσκευής χορήγησης οξυγόνου, τη θέση της μάσκας, το χρώμα των νυχιών, των χειλιών, την κυάνωση και τη θερμοκρασία του δέρματος.
 - Δ)Παρακολουθεί το επίπεδο συνειδήσεως, τα αντανακλαστικά των βλεφάρων, τον βήχα και γενικότερα την εμφάνιση επιπλοκών.
 - Ε)Επικοινωνεί συνεχώς με τον ασθενή και τον εμψυχώνει. Όταν ο άρρωστος συνέλθει από την νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα (στο οποίο κατά την απουσία

του ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου αναλόγως τις ανάγκες του αρρώστου.)(Σαββοπούλου, Γ., 2006)

13.3 Ο Νοσηλευτής Κατά Τη Μετεγχειρητική Φάση

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρηση του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή αποτελεί συνέχεια της εγχείρησης, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές του ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Μετά την επιστροφή του ασθενούς από την αίθουσα ανάνηψης, ο νοσηλευτής ελέγχει τη ταυτότητα του, τον τακτοποιεί στο κρεβάτι και προχωρά στην αρχική μετεγχειρητική αξιολόγηση. Προτεραιότητες αποτελούν ο αεραγωγός, η αναπνοή και η κυκλοφορία. Πραγματοποιείται μέτρηση των σφυγμών, των αναπνοών, λήψη θερμοκρασίας, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και παρατήρηση του χρώματος του ασθενή. Επιπρόσθετα στα παραπάνω ο νοσηλευτής παρακολουθεί τους εμέτους τους οποίους ενδέχεται να εμφανίσει ο ασθενής, καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα)

Βασικό επίσης καθήκον του νοσηλευτή είναι: η προφύλαξη του ασθενή από επιπλοκές στο αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή της θέσεως του ασθενή για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές πλύσεις στόματος για τη πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, η παρακολούθηση των παροχετεύσεων σχετικά με την καλή λειτουργία τους, και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενή.

Η παρακολούθηση για σημεία μετεγχειρητικών επιπλοκών αποτελεί μείζονα νοσηλευτική ευθύνη. Οι πρώτες 72 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, απαιτούν συχνό έλεγχο για την ανίχνευση σημείων, ενδεικτικών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Συχνά, κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας εκτελείται και επαναξιολόγηση, Η επαρκής ανάπαυση, αιματική ροή και η κατάλληλη διατροφή προάγουν την επούλωση του τραύματος. Ο νοσηλευτής ενημερώνει και προτείνει στον ασθενή την απαραίτητη δίαιτα που θα συμβάλει στην πλήρη ανάρρωσή του. Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την παραγωγή κολλαγόνου, το σχηματισμό τριχοειδών που φέρνουν αίμα στον επουλωτικό ιστό και την αντίσταση στις λοιμώξεις. Επιπλέον, και οι

πρωτεΐνες αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη διαδικασία επούλωσης του τραύματος. Συνιστάται η κατανάλωση κρέατος και προϊόντων γάλακτος που είναι πλούσια σε πρωτεΐνες

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο, για ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. (Σαββοπούλου, Γ., 2006)

13.4 Οι Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Και Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι :η επιλοίμωξη του τραύματος, η ναυτία, ο έμετος, η δίψα, η αιμορραγία, η διάσπαση του τραύματος και η εκσπλάχνωση.

Α)Επιλοίμωξη τραύματος: Για την πρόληψη λοιμώξεων και επιμόλυνσης του τραύματος σε μετεγχειρητικούς ασθενείς , πρέπει οι νοσηλευτές να χρησιμοποιούν άσηπτες τεχνικές. Το καλό πλύσιμο των χεριών είναι ένα από τα κυριότερα μέτρα πρόληψης λοιμώξεων. Οι αλλαγές των επικαλυμμάτων της τομής πρέπει να γίνονται με άσηπτη τεχνική. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στη λοίμωξη του τραύματος είναι η ερυθρότητα, ο πόνος, το οίδημα, η εκροή υγρών, ο πυρετός, η αύξηση των σφίξεων και των αναπνοών. Εάν πρόκειται να αναπτυχθεί λοίμωξη, συνήθως εμφανίζεται τη 2^η έως την 7^η μετεγχειρητική ημέρα.

Το μολυσμένο τραύμα αντιμετωπίζεται με χορήγηση της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Επίσης, πραγματοποιείται πλύση του τραύματος με φυσιολογικό ορό και τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να φοράει γάντια κατά τη διάρκεια της φροντίδας του τραύματος και να τοποθετεί τα επικαλύμματα από ένα μολυσμένο τραύμα στις ειδικές πλαστικές σακούλες, οι οποίες και απορρίπτονται στους κάδους ειδικούς για τα επικίνδυνα βιολογικά απόβλητα.

Β)Ναυτία-Έμετος: Η αναισθησία μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή ναυτία ή έμετο. Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής πρέπει να τοποθετεί στο κομοδίνο του ασθενή ένα νεφροειδές για τον εμετό και ο ασθενής ή η κεφαλή του να τοποθετείται σε πλάγια θέση για την αποφυγή εισρόφησης. Σε περίπτωση υπερβολικής ναυτίας και εμέτου, ο χειρουργός δίνει οδηγίες για τα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν στον ασθενή. Βέβαια, είναι προτιμότερο η αντιεμετική αγωγή να χορηγείται στον ασθενή πριν την εμφάνιση εμέτων ώστε να προληφθεί το στρες στη χειρουργική τομή και τα ράμματα.

Οι ενέργειες στις οποίες είναι σημαντικό να προβεί ο επαγγελματίας υγείας προκειμένου να μειωθεί η ναυτία είναι: η τοποθέτηση δροσερής γάζας στο μέτωπο και στον αυχένα, το ξέπλυμα του στόματος, ο αερισμός του δωματίου από δυσάρεστες οσμές και η εξασφάλιση ενός ήσυχου περιβάλλοντος. Μετά τον έμετο, είναι απαραίτητη η στοματική υγιεινή. Αν ο έμετος δεν ελέγχεται με φάρμακα, θα πρέπει να τοποθετηθεί ρινογαστρικός καθετήρας για την κένωση του περιεχομένου του στομάχου και την πρόληψη απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών.

Γ) Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ατροπίνη η οποία χρησιμοποιείται για να ελαττώσει τις εκκρίσεις και στα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση(αίμα, ιδρώτας, έμετοι)

Ο νοσηλευτής βρέχει με μια γάζα τα χείλη του αρρώστου. Ο ασθενής ενημερώνεται από τον νοσηλευτή για το γεγονός ότι δεν επιτρέπεται η λήψη υγρών από το στόμα εξαιτίας των φαρμάκων, έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος του.

Δ) Αιμορραγία: Παράγοντες που συντελούν σε αυτήν την επιπλοκή είναι η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν της προσοχής του χειρουργού. Η μόλυνση του τραύματος και η συρροή αίματος δημιουργούν καμιά φορά αναπόφευκτη αιμορραγία. Ακόμη, ο βίαιος και απότομος κινήσεις του ασθενή είναι ικανές να απομακρύνουν το θρόμβο αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε τα ράμματα ή το ράμμα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία. Τέλος πολλές φορές για την αιμορραγία ευθύνεται η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: ευπίεστος, ταχύς και νηματοειδής σφυγμός στο πρόσωπο, άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος.

Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας θέτοντας τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό, για την παροχή βοήθειας. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, αν είναι εφικτό, ένα πιεστικό επίδεσμο στο σημείο της αιμορραγίας. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα. Επιπλέον, είναι σημαντικό να υπάρχει σε ετοιμότητα δίσκος με ενέσιμα αιμοστατικά φάρμακα και διαλύματα ορών για ενδοφλέβια χορήγηση.

Ταυτόχρονα, ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να υπάρχει σε ετοιμότητα αίμα για τον ασθενή που αιμορραγεί. Επιπρόσθετα στα παραπάνω ο νοσηλευτής θα πρέπει να

τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού . Στην συνέχεια ο ιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς.

Ε) Διάσπαση τραύματος και εκσπλάχνωση: Ο διαχωρισμός ή η διάσπαση συνήθως παρατηρούνται μετά από μια απότομη τάση η στρες στις γραμμές της ραφής όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής βήχει η φτερνίζεται. Οι ασθενείς που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για διάσπαση και εκσπλάχνωση, πέρα από τον παχύσαρκους , τους υποσιτισμένους ή τους αφυδατωμένους, είναι αυτοί που πάσχουν από διαβήτη. Η διάσπαση του τραύματος και η εκσπλάχνωση αποτελούν επείγουσα κατάσταση η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση σε μια τέτοια πιθανή επιπλοκή . Ο ασθενής θα πρέπει να τοποθετείται σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων. Το τραύμα πρέπει να καλύπτεται είτε με μια αποστειρωμένη πετσέτα ή με αποστειρωμένα επιθέματα εμποτισμένα με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. (Σαββοπούλου, Γ., 2006, Woodhead-Wicker)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

Η Νοσηλευτική Διεργασία Σε Ασθενή με Παγκρεατικό Καρκίνο

Ασθενής 67 ετών εισήχθη στην κλινική χειρουργημένος με περιφερική παγκρεατεκτομή. Κατά το πρώτο 24ωρο παρουσίασε πυρετό 38,4, αιμορραγία στο σημείο της χειρουργικής τομής (με συνοδό σύμπτωμα τη πτώση της Α.Π 89/63 mm Hg.) και καθυστερημένη γαστρική κένωση. Επιπλέον παραπονιέται για επιγάστριο άλγος που δυσκολεύει την ανάπαυση του.

<u>Αξιολόγηση ασθενούς - προβλήματα, ανάγκες</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Πυρετός 38,4	Ο ασθενής να είναι απύρετος εντός των επόμενων 3 ωρών	Να του χορηγηθεί η αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και να παρακολουθείται η θερμοκρασία του. Να τοποθετηθούν κομπρέσες. Να γίνεται τακτική αξιολόγηση της θερμοκρασίας.	Του χορηγείται ενδοφλεβίως ένα σχήμα αντιβίωσης, τοποθετήθηκαν κομπρέσες και παρακολουθείται ανά 1 ώρα η θερμοκρασία του	Ο ασθενής μετά από δυο ώρες παρουσιάζει πυρετικά δέκατα 37,3
Αιμορραγία στο σημείο της χειρουργικής τομής και πτώση ΑΠ 89/63 mm Hg.	Ο ασθενής να μην αιμορραγεί. Να είναι αιμοδυναμικά σταθερός σε σύντομο χρονικό διάστημα.	Να ενημερωθεί ο Ε.Ι., Να ενημερωθεί η ομάδα αίματος του ασθενή, Να ετοιμαστεί το κρεβάτι και το υλικό διασωλήνωσης στο θάλαμο αυξημένης φροντίδας, να παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση του ασθενή.	Ενημερώθηκε ο Ε.Ι, πραγματοποιήθηκε διαγνωστικός έλεγχος, ο ασθενής μεταγγίστηκε με μονάδες αίματος, Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο θάλαμο αυξημένης φροντίδας που διαθέτει η κλινική, πραγματοποιείται η λήψη ζωτικών σημείων κάθε μια ώρα	Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο θάλαμο αυξημένης φροντίδας όπου του χορηγήθηκε μια φιάλη αίματος. Του χορηγήθηκε ενδοφλεβίως ορός 0,9%. Η Αρτηριακή του πίεση μετρήθηκε και ο ασθενής παρουσίασε φυσιολογικές τιμές. Μετά από τους ιατρικούς χειρισμούς η αιμορραγία στο σημείο της τομής σταμάτησε.
Καθυστερημένη γαστρική κένωση	Ο ασθενής να ενεργηθεί μέσα στο επόμενο 24ωρο	Να πραγματοποιηθεί χαμηλός υποκλυσμός, να ελεγχθεί εάν απέδωσε, ο ασθενής να είναι καθαρός και περιποιημένος	Πραγματοποιήσαμε χαμηλό υποκλυσμό στον ασθενή, η κένωση σημειώνεται στο διάγραμμα του και στη λογοδοσία, πραγματοποιείται η αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και η καθαριότητα του ασθενή	Ο ασθενής ενεργήθηκε. Είναι ανακουφισμένος και καθαρός.
Έντονο-επίπονο άλγος που δυσκολεύει τον ύπνο του κατά τις νυκτερινές ώρες	Ο ασθενής να μην πονάει-να ανακουφιστεί. Ο ασθενής να έχει καλή ποιότητα ύπνου	Να ενημερωθεί ο Ε.Ι, να του χορηγηθεί η κατάλληλη αγωγή, να εξασφαλιστεί ήρεμο περιβάλλον για τον ασθενή	Του χορηγήθηκαν αναλγητικά και υπνωτικά φάρμακα σύμφωνα με τις εντολές του ιατρού, απομακρύνθηκαν οι συνοδοί από το θάλαμο.	Ο ασθενής δεν παραπονιέται συχνά για άλγος, δείχνει ξεκούραστος.

<p>Άγχος, θλίψη Αρνητικά συναισθήματα</p>	<p>Ο ασθενής να είναι ήρεμος, να αποβάλλει το άγχος που τον διακατέχει, να είναι σωστά πληροφορημένος σχετικά με τη κατάσταση της υγείας του</p>	<p>Ο ασθενής θα πρέπει να συζητήσει με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, να εκφράσει τις ανησυχίες του και να απαντηθούν τα ερωτήματα του</p>	<p>Ο ασθενής συζήτησε με τη νοσηλεύτρια και εξέφρασε τους φόβους και τις ανησυχίες του σχετικά με την επιστροφή του στους λειτουργικούς του ρυθμούς.</p>	<p>Ο ασθενής είναι περισσότερο αισιόδοξος και κάνει σχέδια για την επιστροφή του σε λειτουργικότερους ρυθμούς που θα του επιτρέπουν να αυτοεξυπηρετείται.</p>
---	--	--	--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

15.1 Η Νοσηλευτική Φροντίδα Σε Ασθενή Που Υποβάλλεται Σε Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για παραγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της ανάπτυξης και της αναπαραγωγής τους. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού.

Καθώς μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, εμπλέκονται όλο και περισσότεροι νοσηλευτές στη φροντίδα τους σε εξειδικευμένα κέντρα, γενικά νοσοκομεία και στην κοινωνία αναπτύσσοντας έτσι μεγαλύτερη ικανότητα στη διαχείριση της φροντίδας χημειοθεραπευόμενων αρρώστων. Η νοσηλευτική διαχείριση του ασθενή που λαμβάνει χημειοθεραπεία απαιτεί ειδικές γνώσεις και ικανότητες πέρα από εκείνες της βασικής νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής ογκολογίας είναι ένας ειδικός, ο οποίος είναι ικανός να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα μάσα από σπουδές και εμπειρία. (Ιορδάνου Π., 2001)

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος ο οποίος υποβάλλεται σε χημειοθεραπευτική αγωγή είναι: α) ναυτία και έμετος, β) ανορεξία και απώλεια βάρους, γ) διαρροϊκές κενώσεις – δυσκοιλιότητα, δ) ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα, ε) αλωπεκία, στ) αναιμία, ζ) λευκοπενία-θρομβοπενία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίπτωση ναυτίας και εμέτου είναι:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού
- Αναπλήρωση απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διατροφολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματουρία
- Καλή μάσηση, μικρά γεύματα, ξηρές τροφές
- Εξασφάλιση καθαρού και ήσυχου περιβάλλοντος χωρίς μυρωδιές
- Ψυχολογική υποστήριξη

Στην περίπτωση ανορεξίας και απώλειας βάρους οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Καθαρό και ήρεμο περιβάλλον
- Καλά ρυθμισμένη δίαιτα για την κάλυψη θερμιδικών και θρεπτικών αναγκών σε μικρά και ελκυστικά γεύματα

- Εκπλήρωση των επιθυμιών σε θέματα ποικιλίας
- Ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει όλη τη ποσότητα της τροφής
- Καθημερινός έλεγχος βάρους

Στην περίπτωση διάρροιας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Υδρική διαίτα σε οξείες καταστάσεις και χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων
- Αντικατάσταση απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών
- Τροφή και υγρά σε μέτρια θερμοκρασία
- Αποφυγή ερεθιστικών για το έντερο τροφών και όσων προκαλούν αέρια

Ενώ σε περίπτωση δυσκοιλιότητας:

- Χορήγηση υγρών και τροφών με υπόλειμμα
- Αποφυγή υποκλυσμών για πρόληψη αιμορραγίας
- Αύξηση κίνησης όσο είναι εφικτό για την κινητοποίηση του εντέρου
- Χορήγηση υπακτικών μετά από οδηγίες του ιατρού

Στη περίπτωση ξηρότητας στόματος, στοματίτιδας –βλεννογονίτιδας, η νοσηλευτική αντιμετώπιση έχει ως εξής:

- Λήψη υγρών, πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας για την αύξηση σίελου
- Φροντίδα του στόματος πριν το γεύμα
- Φροντίδα χειλέων με επάλειψη κρέμας
- Τροφή υδαρή, μαλακή πλούσια σε λευκώματα. Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών τροφών, διότι ερεθίζουν τους βλεννογόνους. Τα κρύα έχουν την ικανότητα να ανακουφίζουν.
- Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας δοντιών
- Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι, το οποίο είναι καταπραϊντικό
- Χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο
- Συχνός έλεγχος του στόματος για παρουσία εξελκώσεων

Στη περίπτωση αλωπεκίας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας
- Ενημέρωση του ασθενή ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει κατά ή μετά τη θεραπεία

- Πληροφόρηση και πρόταση για εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της αλωπεκίας με τη χρήση μαντιλιού ή περούκας
- Σύσταση στον ασθενή κατά τη θεραπεία, να γίνεται πλύση της κεφαλής με απαλό πρωτεϊνούχο σαμπουάν, να αποφεύγεται η χρήση στεγνωτήρα και βούρτσας με σκληρή τρίχα.

Στην αναιμία , οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι:

- Δίαιτα με πλήρη θερμιδική κάλυψη, λευκώματα και σίδηρο
- Μείωση της δραστηριότητας και περισσότερη ανάπαυση για την αντιμετώπιση της κόπωσης και της ζάλης
- Αναπαυτική θέση στον κλινήρη άρρωστο και αλλαγή θέσεων για την πρόληψη κατακλίσεων

Στην αντιμετώπιση της λευκοπενίας, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:

- Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωση τους. Καθαρό περιβάλλον, πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων από ξύρισμα ή σκληρή οδοντόβουρτσα
- Καλή διατροφή και ενυδάτωση
- Φροντίδα για τη καλή λειτουργία του εντέρου
- Άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται
- Ατομική υγιεινή

Στη θρομβοπενία, η οποία προδιαθέτει σε αιμορραγίες , επιβάλλεται :

- Αποφυγή τραυματισμών με οποιονδήποτε τρόπο, σκληρών τροφών, δυσκοιλιότητας, υποκλυσμών, υπόθετων ,θερμομετρήσεων από το ορθό, ενδομυϊκές ή υποδόριες ενέσεις
- Αποφυγή του αλκοόλ και του καπνίσματος

15.2 Η Νοσηλευτική Φροντίδα Σε Ασθενή Που Υποβάλλεται Σε Ακτινοθεραπεία

Ένα άλλο είδος θεραπείας με σημαντικά αποτελέσματα τα τελευταία χρόνια είναι η ακτινοθεραπεία. Ωστόσο, αυτό το είδος παρουσιάζει αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος. Η χρήση της ακτινοβολίας στη θεραπεία του καρκίνου έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Επίσης, η επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας απελευθέρωσης ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινησία του αρρώστου είναι απαραίτητη ώστε να εξασφαλιστεί η συνεργασία του αρρώστου.

Οι παρενέργειες αυτής της θεραπείας είναι περίπου όμοιες με αυτές της χημειοθεραπείας, δηλαδή ναυτίες, έμετοι, διάρροια, αλωπεκία, λευκοπενία. Τα πιο συνήθη είναι το αίσθημα κόπωσης και η δερματίτιδα.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση της ακτινοδερματίτιδας έχει ως εξής:

- Συχνός έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα, ή απολέπιση
- Εφαρμογή κρέμας με ιατρική οδηγία
- Φροντίδα δέρματος με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς
- Σύσταση στον άρρωστο να αποφεύγει τον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τα στενά ενδύματα, τα καλλυντικά, εξαιτίας του ότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν σε μολύνσεις.
- Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες
- Συχνός αιματολογικός έλεγχος

Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην προσωπική υγιεινή. (Σαββοπούλου, Γ., 2006, Ιορδάνου Π., 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο

Ο Πόνος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πόνος είναι μια δυσάρεστη ψυχική και αισθητική υποκειμενική εμπειρία, η οποία σχετίζεται με κάποια βλάβη σε έναν ανθρώπινο ιστό ή περιγράφεται σαν να έχει γίνει η βλάβη αυτή.

Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος. Ο πόνος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή παθολογικός, οξύς ή χρόνιος, σωματικός ή σπλαχνικός ή νευροπαθητικός και καλοήθους ή κακόηθους αιτιολογίας. Το μέγεθος του ερεθίσματος, η αντίληψη του σαν πόνος και η απάντηση που προκαλείται αποτελούν μέρη μιας εξίσωσης στην οποία ουσιαστικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του ατόμου και η φιλοσοφική του τοποθέτηση απέναντι στο φαινόμενο της ζωής.

Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησης του επιδρά στον τρόπο ζωής των ασθενών και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μια πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία, πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει. Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μια πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από το χώρο στον οποίο βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομείο-κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στην ανακούφιση του, δεδομένου του ότι δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή. (Netter F.H., 2009)

16.1 Ο Καρκινικός Πόνος

Σε διάφορες μελέτες έχουν αξιολογηθεί οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο. Στους ασθενείς εκείνους με προχωρημένη νόσο, αυτοί οι παράγοντες έχουν καθοριστική επίδραση στην ένταση του πόνου. Η αίσθηση της χαμένης ελπίδας και ο φόβος του επικείμενου θανάτου συμβάλλουν στη διαμόρφωση της γενικότερης κατάστασης του ασθενούς και επιδεινώνουν τον πόνο. Η αναγνώριση των φυσικών και των μη φυσικών συστατικών του πόνου είναι πρωταρχικής σημασίας ώστε να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπεία.

Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου από καρκίνο μας διευκολύνει να κατανοήσουμε τα αίτια πίσω από τον συνεχόμενο πόνο, σε ορισμένους ασθενείς παρά τη συνεχή επίταση της αναλγητικής θεραπείας. Ο ανυπόφορος ισχυρός πόνος σχετίζεται πολλές φορές, με σειρά άλλων συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν: διαταραχές στον ύπνο, ελάττωση της όρεξης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης και συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως.

Ο πόνος από καρκίνο έχει ταξινομηθεί σύμφωνα με μια σειρά από κοινά σύνδρομα, πόνους και παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς τους. Η πρώτη και συνηθέστερη αιτία πόνου στους καρκινοπαθείς είναι η επέκταση του όγκου-μετάσταση. Συγκεκριμένα σε ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος, ο πόνος είναι αποτέλεσμα της διήθησης του κοιλιακού πλέγματος που εντοπίζεται που εντοπίζεται στο επιγάστριο και αντανακλά στην πλάτη. Η δεύτερη ομάδα συνδρόμων πόνου, που είναι και λιγότερο συχνά περιλαμβάνει εκείνα που σχετίζονται με την αντικαρκινική θεραπεία. Αυτά εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή ως αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκινοπαθή έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Σε αυτό συνετέλεσαν διάφοροι παράγοντες όπως η καλύτερη διάγνωση και θεραπεία, η μεγαλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής θεραπείας και η προσπάθεια των αρρώστων και των συγγενών να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του πόνου για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. (Netter F.H., 2009)

16.2 Οι Θεραπευτικές Μέθοδοι Αναλγησίας Του Καρκινικού Πόνου

Η χρήση αναλγητικών φαρμάκων είναι ο βασικός άξονας στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Όταν χρησιμοποιούνται ορθά, είναι αποτελεσματικά σε μεγάλο ποσοστό ασθενών. Οι νοσηλευτές και οι λοιποί επαγγελματίες φροντίδας υγείας πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά ένα αρκετά μεγάλο αριθμό φαρμάκων. Τα τρία βασικά αναλγητικά που χρησιμοποιούνται είναι η ασπιρίνη, η κωδεΐνη και η μορφίνη. Στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος, τα πρώτης εκλογής φάρμακα είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα οπιοειδή.

Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και επικουρικών φαρμάκων αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης καρκινικού πόνου. Η σωστή τακτική επιβάλλει τη λήψη φαρμάκων προτού να επέλθει το διάστημα που ενεργεί η προηγούμενη δόση, έτσι ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται υπό τη συνεχή επίδραση του. Τα επικουρικά

φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ειδικών μορφών πόνου αλλά και για την ανακούφιση από άλλα συμπτώματα που εμφανίζουν οι καρκινοπαθείς. Αυτά είναι: α) τα αντιεπιληπτικά, για νευρολογικούς πόνους, β) τα αγχολυτικά για την αντιμετώπιση του άγχους και τα αντικαταθλιπτικά, για την κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύει τη νόσο και αυξάνει τον πόνο.

Δυστυχώς όμως στις περισσότερες των περιπτώσεων, η αντιμετώπιση του πόνου ιδιαίτερα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και επέκταση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, δεν είναι ικανοποιητική. Αυξάνοντας απλώς τη δόση του φαρμάκου, αυξάνονται και οι παρενέργειες. Η επόμενη λοιπόν μέθοδος αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι η χειρουργική επέμβαση. Η θωρακική και η κοιλιακή σπλαχνικεκτομή αποτελεί μια αποδεκτή λύση. Η επέμβαση αυτή βασίζεται στη διακοπή της κεντρομόλου νευρικής οδού ούτως ώστε να διακοπούν τα επώδυνα ερεθίσματα από την περιφέρεια προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Άλλη μια μέθοδος καταπολέμησης του πόνου είναι η διήθηση του κοιλιακού πλέγματος η οποία μπορεί να επιτευχθεί είτε διαδερμικά είτε κατά τη λαπαροτομία.

Σύμφωνα με μελέτες, σήμερα ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με κατάλληλο συνδυασμό φαρμάκων και η διήθηση αποτελεί επιλογή σε ασθενείς με ανεξέλεγκτο πόνο οι οποίοι ωστόσο βρίσκονται σε καλή σχετικά κατάσταση. (Netter F.H., 2009, Σαββοπούλου, Γ., 2006)

16.3 Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Πρόληψης Και Ανακούφισης Του Πόνου

- Αλλαγή θέσης του πάσχοντα με ήπιους χειρισμούς, υποστήριξη με μαξιλάρια σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση. Σεντόνια χωρίς πτυχές, καλά τεντωμένα, ώστε να προλαμβάνεται η δημιουργία κατακλίσεων.
- Απαλλαγή από πιέσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο όπως πιεστικές ταινίες-επιδέσμοι.
- Πρόληψη οδοντηρών επιπλοκών, θρομβοφλεβίτιδας, λοιμώξεων
- Πρόβλεψη και εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση ενδιαφέροντος, κατανόηση, εξασφάλιση ψυχικής άνεσης.
- Ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με το πρόγραμμα νοσηλείας του και ιδιαίτερα πριν από επώδυνες επεμβάσεις, νοσηλείες.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να εξωτερικεύει τα προβλήματά του, προθυμία του νοσηλευτή να ακούσει τις ανησυχίες και τους φόβους του.

- ΰ Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας περιβάλλοντος , καλός αερισμός, χαμηλός φωτισμός
- ΰ Εξασφάλιση καλού ύπνου, ανάπαυσης. Περιορισμός των θορύβων . Για ένα καρκινοπαθή που είναι σε προχωρημένο στάδιο, ο θόρυβος που συνοδεύει την καθημερινή εργασία είναι ανυπόφορος.(Σαββοπούλου, Γ., 2006)

16.4 Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στις Θεραπευτικές Μεθόδους Αναλγησίας Του Καρκινικού Πόνου

Ο νοσηλευτής:

- Ø Ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση του αρρώστου και για την μέθοδο αναλγησίας που ακολουθείται.
- Ø Βεβαιώνεται ότι ο άρρωστος δεν έχει πρόβλημα αλλεργίας στα φάρμακα
- Ø Εξηγεί στον άρρωστο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί αυθαίρετα φάρμακα δικής του επιλογής χωρίς ιατρική οδηγία, διότι παρεμποδίζεται η εκτίμηση του αποτελέσματος του θεραπευτικού σχήματος που ακολουθείται.
- Ø Γνωρίζει σχετικά με τη διάρκεια δράσης και τη δόση του φαρμάκου βάσει των ειδικών αρχών που σχετίζονται με το είδος του φαρμάκου.
- Ø Εξασφαλίζει μαζί με την χορήγηση του φαρμάκου και χυμό φρούτου, όταν έχει πικρή γεύση, όπως είναι η σταγόνες μορφίνης.
- Ø Παρακολουθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ενημερώνει τον ιατρό .
- Ø Παρακολουθεί για πιθανές παρενέργειες από τα κοινά παυσίπονα , τα ναρκωτικά και τα επικουρικά και φροντίζει για την αντιμετώπιση τους. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η δυσκοιλιότητα, η υπόταση, η σύγχυση, ο ίλιγγος, η αστάθεια, η ναυτία, ο έμετος, τα οιδήματα
- Ø Επεξηγεί στον ασθενή και στους οικειούς του, όταν βρίσκεται στο σπίτι του, το πρόγραμμα χορήγησης των αναλγητικών και των άλλων φαρμάκων ή τα καταγράφει λεπτομερώς ώστε να διασφαλιστεί η σωστή χορήγηση στη σωστή ώρα και να αποφευχθεί η λήψη υπερβολικής δόσης αγωγής.
- Ø Εκπαιδεύει τα μέλη της οικογένειας για την εκτέλεση νοσηλειών και εφαρμογής μέσων πρόληψης και ανακούφισης του πόνου του αρρώστου. Τους ενημερώνει για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και τρόπους

αντιμετώπισης αυτών. Τονίζει ακόμη και την ανάγκη συνεργασίας με το γιατρό ή το νοσηλευτή.

- Ø Πληροφορεί την οικογένεια, στα πλαίσια της αρμοδιότητας του, σχετικά με την κατάσταση του ασθενή και τους συμπαρίσταται με κάθε τρόπο.
- Ø Μετέχει στις διεργασίες όλων των επεμβατικών μεθόδων όπου και αν γίνονται σε ιατρείο, νοσηλευτικό τμήμα, χειρουργείο: α) προετοιμάζει τον άρρωστο σωματικά και ψυχολογικά ανάλογα με τη μέθοδο που θα εφαρμοστεί, β) ετοιμάζει το ανάλογο υλικό και το χώρο διεκπεραίωσης της νοσηλείας, γ) τηρεί άσηπτη τεχνική όπως επιβάλλεται και δ) παρακολουθεί τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου στις νευροχειρουργικές επεμβάσεις αναλγησίας. (Woodhead-Wicker P., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17^ο

Ψυχολογικό Μέρος

17.1 Οι Ψυχολογικές Αντιδράσεις Του Καρκινοπαθούς –Η Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο καρκίνος για πολλούς σχετίζεται άμεσα με τον πόνο, την ταλαιπωρία και τον θάνατο. Για αυτό οι πάσχοντες επηρεάζονται ψυχολογικά και μόνο στην ύπαρξη υποψίας, πολύ περισσότερο δε στη πραγματικότητα. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν του έχει ανακοινωθεί. Συνήθως τα μη λεκτικά μηνύματα από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή είναι πολύ αποκαλυπτικά. Εξάλλου, ο ασθενής λαμβάνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση. Το άλγος, η δυσφορία, ο περιορισμός της κινητικότητας-λειτουργικότητας και τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα αποτελούν αδιάψευστα τεκμήρια σοβαρής νόσου.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς ποικίλουν και κυμαίνονται από το άγχος και το φόβο μέχρι την κατάθλιψη και τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Το είδος και ο βαθμός των ψυχολογικών αντιδράσεων αμυντικών μηχανισμών. Τους μηχανισμούς αυτούς κινητοποιεί ο ασθενής ασυνείδητα προκειμένου να μειώσει την ένταση του άγχους και των άλλων συναισθηματικών αντιδράσεων.

Κάποιοι παράγοντες που ευνοούν την ένταση του στρες είναι οι γνώσεις που έχει ο ασθενής για τη νόσο και τα προβλήματα της, το χαρακτήρα και γενικά τη προσωπικότητα του ατόμου, το περιβάλλον που ζει καθώς και οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει τον άρρωστο και το περιβάλλον του και να συμβάλλει θετικά στην γενική κατάσταση του ασθενή, απαιτείται από το νοσηλευτή δεξιοτεχνία στην επικοινωνία, ικανότητα στο να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, παροχή σωστής πληροφόρησης και ψυχολογικής προετοιμασίας για την επέμβαση καθώς και τη μετεγχειρητική πορεία, πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του και συνεργασία με την οικογένεια. (Ιορδάνου Π., 2001)

17.2 Οι Αντιδράσεις Του Καρκινοπαθούς

Η Kubler-Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη στιγμή που έρχεται άμεσα η έμμεσα αντιμέτωπος με τη φύση της αρρώστιας του μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Στη πρώτη λοιπόν φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και αρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας . Η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης σε μια κρίσιμη οδυνηρή κατάσταση με την οποία μερικοί από τους αρρώστους αυτούς πρέπει να ζήσουν για ένα μακρό χρονικό διάστημα. Κατά τον ίδιο τρόπο που αρνούμαστε να πιστέψουμε τον αιφνίδιο και αναπάντεχο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και ο ασθενής αρνείται τη φύση και τις επιπτώσεις της αρρώστιας του .

Η άρνηση λειτουργεί ως εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από απροσδόκητες συγκλονιστικές ειδήσεις , είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλέγει και να κινητοποιεί με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι σύντομα η άρνηση , σαν προσωρινή άμυνα, αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή. Η άρνηση που κρατιέται ως το τέλος είναι σπάνια, είναι σχετικά 3 στους 100 ασθενείς. Στις περιπτώσεις αυτές οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο παρά την άρνηση έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο κομμάτι του ασθενή αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της αρρώστιας , δεδομένου του ότι δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.

Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία εγκαταλείπει την άρνηση του. Αυτό βέβαια εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το τι ειπώθηκε στον άρρωστο για τον καρκίνο, το κατά πόσο είναι ο ίδιος σε θέση να αντιμετωπίζει καταστάσεις έντασης και το ποιοι είναι οι άνθρωποι που τον περιβάλλουν ή αν δεν έχει κοινωνικο περιβάλλον να τον φροντίσει.

Ακολουθεί η φάση της οργής-εξέγερσης . Κατά τη φάση αυτή ο ασθενής η οργή του ασθενή μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις (ιατροί,νοσηλευτές,συγγενείς

και φίλοι). Όπου και να κοιτάξει ο άρρωστος αυτόν τον καιρό θα βρεί αιτίες για παράπονα. Θα υψώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και ζητάει τη προσοχή μας. Εάν του δοθεί ο απαιτούμενος σεβασμός και η προσοχή, αν προσπαθήσουμε να τον κατανοήσουμε και όχι να τον κρίνουμε , γρήγορα θα χαμηλώσει τη φωνή του και θα είναι συνεργάσιμος.

Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση κατά την οποία ο άρρωστος που βρίσκεται σε τελικό στάδιο, αισθάνεται πως τα συμπτώματα εντείνονται , γίνεται όλο και πιο αδύναμος, ο πόνος του είναι ισχυρότερος και συχνότερος και δεν μπορεί να κρύψει την απελπισία του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθηματα ενοχής αυτομομφής και αυτοϋποτίμησης.

Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται σε πορεία απώλειας. Η φάση αυτή είναι συνήθως μια σιωπηρή περίοδος με ανάγκη για άγγιγμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία, χωρίς πολλά λόγια. Κατά τη φάση αυτή θα απαλλαξουμε τον ασθενή από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή εάν προσπαθήσουμε να αντιληφθούμε εάν ο άρρωστος είναι έτοιμος να αγωνιστει για τη ζωή του (π.χ. με το να δεχθεί επιπρόσθετη θεραπεία) ή αν είναι έτοιμος να προετοιμαστεί για να πεθάνει.

Η τελευταία φάση είναι η φάση της αποδοχής , είναι το στάδιο που όλα δειχνουν στην συμπεριφορά του αρρώστου πως ο αγώνας για εκείνόν έχει πλεον τελειώσει. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την καταθλιψη και την εξέγερση , ωστόσο είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφεθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη .Αποζητούν την γαλήνη και την ανάπαυση.

Ο ασθενής επιθυμει να παραμένει μόνος, είναι λιγομίλητος και επιθυμεί να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Αυτές τις στιγμές δίπλα σε έναν τετοιο ασθενή, μια ματιά, ένα σφύξιμο χεριού, μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος, αλλά ότι βρισκόμαστε κοντά του εώς ότου ο κύκλος της ζωής του κλείσει.

Πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι στιγμής δεν σβήνει , η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλ'ως ένας εφιάλτης και όχι η αλήθεια. Ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Ο ασθενής αντλεί

δύναμη από την ελπίδα για να μπορεί να αντέχει λίγο καιρό ακόμα. Επομένως ο ρόλος μας ως νοσηλευτής είναι να μοιραστούμε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο, ενώ δείχνει να έχει ανάγκη την ελπίδα. Εάν εγκαταλείψουμε ένα τέτοιο άρρωστο, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και τη μάχη που δίνει . (Ιορδάνου Π., 2001)

17.3 Τα Στάδια Της Νόσου Και Η Ψυχολογική Παρέμβαση

Η ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο- ενδιάμεσο- τελικό). (Αναγνωστόπουλος 1986)

1^η φάση – Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και σοκ, που ακολουθούνται ενδεχομένως από άρνηση που οδηγεί σε καθυστερημένη ιατρική βοήθεια, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν την οποιαδήποτε πληροφόρηση, ενώ άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλοί ασθενείς είναι αγχώδεις , ανήσυχοι, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις.

Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή και τη κοινωνική ζωή, στην επαγγελματική δραστηριότητα ή στα οικονομικά. Η

κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται ως μια απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Οι στόχοι του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι οι εξής:

- Να βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της .
- Να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες
- Να συμβάλλει στο να προσαρμοστεί ο άρρωστος με την νέα εικόνα σώματος και εαυτού
- Να τον βοηθήσει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή, πρέπει να είναι αφιερωμένες στην ενημέρωση του γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπιση του σχετικά με τους ρόλους του νοσοκομειακού προσωπικού (επισκέψεις ιατρών, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα που αφορούν τη κοινωνική υπηρεσία, ζητήματα διατροφής κα) . Κατόπιν λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, τον ενημερώνουμε και τον προετοιμάζουμε ψυχολογικά, αντιμετωπίζουμε τις λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και τον ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

2^η φάση-ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και τη καχεξία και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες.

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές , ενώ όταν τα αποτελέσματα

βγαίνουν και επιβεβαιώνονται οι υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένεια του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν.

Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες τη θεραπείας, σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας της χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Θα πρέπει να γίνει σαφές στον άρρωστο ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως η υγεία του κλονίζεται από την ασθένεια σοβαρότερα. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενή. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πλέον, να παραμένει στο σπίτι του, να μη συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν.

Με την επιδείνωση της αρρώστιας, ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και οικογένεια του θα τον εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε στον ασθενή ότι ο γιατρός και οι οικείοι του θα μείνουν κοντά του και θα κάνουν όσα είναι δυνατά προκειμένου να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένος, Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να του δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με τη μεταστατική νόσο. Τότε το άγχος του θα μειωθεί, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Ο ασθενής θα είναι πλέον περισσότερο συνεργάσιμος και θα αποκτήσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους φροντιστές του.

3^η φάση-τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν τον ενδεχόμενο θάνατο. Κατά τη διάρκεια

της τελικής φάσης της αρρώστιας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, παρόλα αυτά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του.

Ο θάνατος δεν έρχεται ως ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει εισαχθεί επανειλημμένα στο νοσοκομείο. Ο φυσικός θάνατος κατά τον οποίο όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, κατά τον οποίο ο ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους είτε με τη μορφή της αυτοεγκατάλειψης είτε εξαιτίας του ότι ο κοινωνικός του περίγυρος απομακρύνεται. Ακόμη, υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, κατά τον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται από οποιαδήποτε προσωπική προσπάθεια. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Τέλος, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, ο οποίος ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν, αλλά θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη έως την τελευταία στιγμή. (Ιορδάνου Π., 2001)

17.4 Η Οικογένεια-Αντιμετώπιση των οικείων Των Καρκινοπαθών

Όσο δυσάρεστο είναι το γεγονός του καρκίνου για τους πάσχοντες, άλλο τόσο ψυχοφθόρο είναι και για την οικογένεια. Ένα από τα συχνότερα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία, που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν και πώς να συμπεριφερθούν.

Είναι καθήκον του νοσηλευτή να πληροφορήσει πλήρως και λεπτομερώς την οικογένεια για τη διάγνωση και σχετικά με τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Όπως στηρίζει ψυχικά τον άρρωστο, έτσι πρέπει να συμπεριφερθεί και στα συγγενικά του πρόσωπα. Όταν πλέον η κατάσταση του ασθενή είναι στο τελικό στάδιο της νόσου, οι νοσηλευτές συμπαραστέκονται στην οικογένεια και εξηγούν ότι οι ασθενείς περνάνε από τα στάδια της αυτοάμυνας και η απότομη συμπεριφορά αυτών δεν οφείλεται στο γεγονός ότι οι ίδιοι οι συγγενείς έχουν κάνει κάποιο λάθος.

Οι ενέργειες που είναι απαραίτητες να εκτελούνται από τα συγγενικά πρόσωπα είναι:

- Ø Να λάβουν την ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη με τους ασθενείς ,γιατί και εκείνοι όντας συναισθηματικά εμπλεγμένοι στην όλη κατάσταση χρειάζονται καθοδήγηση και αποφόρτιση.
- Ø Να γνωρίζουν τα πάντα γύρω από την ασθένεια και τη θεραπεία της
- Ø Να είναι ειλικρινείς απέναντι στον ασθενή
- Ø Να μη μεταμφιέζονται με μάσκες αισιοδοξίας , για να δώσουν δύναμη και κουράγιο. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη μεταμφίεση και πιθανότατα νιώσει αδυναμία, φόβο, θυμό και υποτίμηση
- Ø Να είναι κοντά στον ασθενή, όταν πραγματοποιεί ραντεβού και γενικότερα ιατρικές επισκέψεις.
- Ø Να μην παραμελήσουν άλλα κομμάτια της ζωής τους, όπως η εργασία ή τη φροντίδα του εαυτού τους
- Ø Να δείξουν εμπιστοσύνη στην ικανότητα του ασθενή να παλέψει και να αντέξει τη συγκεκριμένη περιπέτεια της υγείας του .
- Ø Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί

χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα, που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και τους φίλους που ο ασθενής μπορεί να βιώνει εξαιτίας της κατάστασής του. (Ιορδάνου Π., 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18^ο

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΑΠΟ ΤΟ **ΣΥΛΛΟΓΟ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-** **ΘΡΑΚΗΣ**

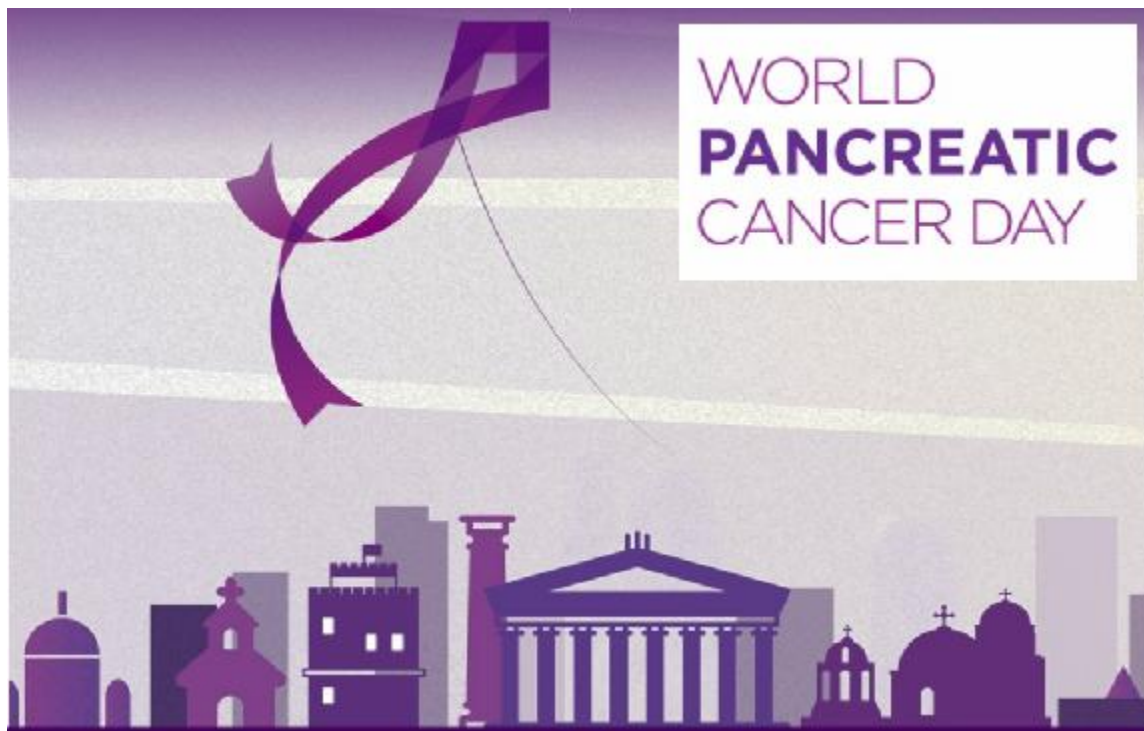
Ο Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης είναι ένας εθελοντικός οργανισμός βοήθειας με μέλη καρκινοπαθείς. Η έδρα του είναι στη Θεσσαλονίκη. Μέσα από τις δραστηριότητες και την εθελοντική προσφορά μελών και φίλων επιχειρείται η υποστήριξη των καρκινοπαθών και η πληροφόρηση του κοινού.

Η προσαρμογή στις αλλαγές που φέρνει ο καρκίνος, γίνεται ευκολότερη και για τους καρκινοπαθείς και για τις οικογένειες τους όταν λαμβάνουν χρήσιμη πληροφόρηση και υπηρεσίες υποστήριξης. Ο σύλλογος καρκινοπαθών διαθέτει όλες αυτές τις υπηρεσίες καθώς και άρθρα και βιβλία.

Ο σύλλογος αυτός, όπως και πολλοί άλλοι σύλλογοι, αναλαμβάνουν και προγραμματίζουν ομάδες, στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν δωρεάν, όσοι είναι εγγεγραμμένοι. Οι ομάδες είναι:

1. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης των ασθενών καρκινοπαθών
2. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης της οικογένειας του καρκινοπαθούς
3. Τμήμα εικαστικών, ζωγραφικής
4. Τμήμα φυσιοθεραπείας
5. Τμήματα διαφόρων δραστηριοτήτων όπως μουσική, κοπτικής-ραπτικής
6. Ανοιχτές ομάδες συζήτησης
7. Διαθέτει και ψυχολόγο σε σταθερή βάση

(Διαδικτυακός ιστότοπος <http://www.sillogokarkinopathon.gr/enimerosi.html>)



13 Νοεμβρίου

Συμπεράσματα

Στη συγκεκριμένη εργασία πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση σχετικά με το καρκίνο του παγκρέατος και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν προκειμένου να επιτύχουμε τη σωστή φροντίδα του ασθενούς.

Οι νοσηλευτές ανάλογα με το είδος της θεραπείας, στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής, χρησιμοποιούν τις ανάλογες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, στη περίπτωση που ένας ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να του γνωστοποιείται η διαδικασία της επέμβασης, η μετεγχειρητική πορεία και τυχόν επιπλοκές. Σε αυτό το σημείο, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν αυτές τις επιπλοκές με συγκεκριμένες, εξειδικευμένες τεχνικές. Πριν και μετά το χειρουργείο, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται κατάλληλα και σωματικά και ψυχολογικά. Όλα αυτά συντελούν στην προαγωγή υγείας και μιας επιτυχημένης επέμβασης. Εκτελείται από τους επαγγελματίες υγείας μια σειρά από νοσηλευτικές ενέργειες προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

Σε περίπτωση που ένας ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το

σκοπό και τις παρενέργειες της θεραπείας αυτής ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Οι παρενέργειες αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση ειδικών φαρμάκων, την εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος, τη σωστή διατροφή και πρωτίστως τη ψυχολογική υποστήριξη. Οποιασδήποτε μορφής είναι η θεραπεία, ο ασθενής νιώθει το ίδιο συναίσθημα, τον φόβο. Με την παρουσία του νοσηλευτή και την υπομονή και διάθεση που διαθέτει να ακούει τον ασθενή και να λύσει τις απορίες του, η θεραπευτική αγωγή επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Ε., 2007, Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, έκδοση Ή, Αθήνα
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014, Atlanta: American Cancer Society 2014.
3. Δαϊλάνας Β., Σπανός Π., 2012, Επίτομη Γενική χειρουργική, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη.
4. Δερβεγένης Γ., 2007, Χειρουργική Ήπατος, Χοληφόρων και Παγκρέατος, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
5. Dewit S., 2009, Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική, Επιμ. Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ., εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
6. Διαδικτυακός ιστότοπος: <http://www.saritzoglou.com/pagkreas.html> (τελευταία πρόσβαση 4-7-2017)
7. Διαδικτυακός ιστότοπος: <http://www.medinova.gr/poios-akrivos-einai-o-rolos-tis-insoulinis-sto-soma> (τελευταία πρόσβαση 9-10-2017)
8. Διαδικτυακός ιστότοπος http://www.iatrikionline.gr/Gastro_23/3.htm (τελευταία πρόσβαση 3-7-2017)
9. Διαδικτυακός ιστότοπος <https://www.netterimages.com/acute-pancreatitis-unlabeled-internal-medicine-frank-h-netter-576.html> (τελευταία πρόσβαση 3-7-2017)
10. Διαδικτυακός ιστότοπος <http://esciencecentral.org/ebooks/cancer-treatment-strategies/cancer-targeting-strategies-revisited.php> (τελευταία πρόσβαση 4-7-2017)
11. Διαδικτυακός ιστότοπος <http://www.sillogoskarkinopathon.gr/enimerosi.html> (τελευταία πρόσβαση 9-10-2017)
12. Gerard M., Doherty G., Lawrence W., 2007, Σύγχρονη χειρουργική, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
13. Grays Ανατομία, Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell 2007, Επιμ. Παναγιώτης Ν Σκανδαλάκης ΤΟΜΟΣ 1^{ος}. εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
14. Ιορδάνου Π., 2001, Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις, έκδοση δεύτερη, Αθήνα.
15. Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, 2013, Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, 2η έκδοση UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη.

16. McGeown J.G., 2009, Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου, Επιμ. Μολυβδάς Π. κ.α, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
17. Netter F.H., 2009, Παθολογία βασικές αρχές, Επιμ. Βαϊόπουλος Γ. κ.α, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
18. Παπαλάμπρος Ε., 2012, Χειρουργική, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
19. The Alarming Rise of Pancreatic Cancer Deaths in the United States, Pancreatic Cancer Action Network, 2012. \
20. Σαββοπούλου, Γ., 2006. Βασική νοσηλευτική. Αθήνα: Ταβιθά.
21. . Χατζημπούγιας Ι., 2007, Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, εκδόσεις GM Design, Αθήνα
22. Woodhead-Wicker P., 2005, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα, εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα