

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
Nursing interventions in surgical diseases of the pancreas

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΟΥΓΤΙΟΥΜΤΣΙΑΝ

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Nursing interventions in surgical diseases of the pancreas

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Λαμπρινή Κουρκούτα, Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια

Τσαλογλίδου Αρετή, Επίκουρη Καθηγήτρια Εφαρμογών

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης για όσες γνώσεις, θεωρητικές και πρακτικές, μας μετέδωσαν αυτά τα 4 χρόνια φοίτησης, καθώς αποτέλεσαν το θεμέλιο για να γίνουμε οι σωστοί επαγγελματίες υγείας που είμαστε σήμερα. Ευχαριστούμε ιδιαίτερω την καθηγήτριά μας Λαμπρινή Κουρκούτα για την υπομονή της και τις πολύτιμες συμβουλές που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μας. Τέλος, ευχαριστούμε τους γονείς μας για την στήριξη και την αγάπη που μας προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΓΚΡΕΑΣ

1.1 Ανατομία του παγκρέατος.....	9
1.2 Φυσιολογία.....	13
1.3 Σύννοψη Κεφαλαίου.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ

2.1 Φλεγμονές του παγκρέατος (Παγκρεατίτιδες).....	17
2.2 Χολολιθιασική οξεία παγκρεατίτιδα.....	20
2.3 Χρόνια Παγκρεατίτιδα.....	26
2.4 Σύννοψη Κεφαλαίου.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

3.1 Ορισμός του καρκίνου του παγκρέατος.....	29
3.2 Επιδημιολογία.....	29
3.3 Αιτιολογία καρκίνου και προδιαθεσικοί παράγοντες.....	30
3.4 Η διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος.....	33
3.4.1 Βιοψία και Λαπαροσκόπηση.....	34
3.5 Κλινική Εικόνα.....	35
3.6 Τα στάδια του καρκίνου παγκρέατος.....	36
3.6.1 Χειρουργική θεραπεία.....	37
3.7 Επεξήγηση των θεραπευτικών επιλογών.....	37
3.8 Πρόγνωση.....	44
3.9 Πρόληψη.....	44
3.9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	45
3.10 Σύννοψη Κεφαλαίου.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	47
4.2. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.....	48
4.2.1 Ψυχολογική προετοιμασία.....	48

4.2.2 Φυσική προετοιμασία.....	49
4.3 Συγκατάθεση του ασθενή.....	50
4.4 Τοπική προεγχειρητική φροντίδα.....	51
4.4.1 Προεγχειρητική ετοιμασία προηγούμενης ημέρας.....	51
4.4.2 Τελική προεγχειρητική ετοιμασία κατά την ημέρα επέμβασης..	52
4.5 Η ευθύνη του νοσηλευτή στην αίθουσα ανάνηψης	53
4.6 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	54
4.6.1 Παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς	55
4.7 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	56
4.7.1 Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με ca παγκρέατος.....	57
4.7.2 Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	59
4.7.3 Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	60
4.8Σύνοψη Κεφαλαίου.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 Άγχος.....	62
5.2 Κατάθλιψη.....	63
5.3 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για το άγχος και την κατάθλιψη.....	64
5.4 Πληροφόρηση-Εκπαίδευση του αρρώστου.....	64
5.5 Σύνοψη Κεφαλαίου.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

6.1 Ορισμοί της αποκατάστασης και της εφαρμογής της στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία.....	67
6.2 Στόχοι της αποκατάστασης στην παροχή φροντίδας ασθενών με καρκίνο.....	67
6.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αποκατάσταση.....	68
6.4 Η φροντίδα του καρκινοπαθούς «τελικού σταδίου».....	70
6.5Σύνοψη Κεφαλαίου.....	71

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... 72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 73

SUMMARY..... 74

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος θεωρείται μια συχνή και χρόνια ασθένεια στην σήμερον εποχή. Ο όρος καρκίνος περιλαμβάνει ένα σύνολο από ασθένειες με διαφορετικά αλλά και με κοινά χαρακτηριστικά. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης και αυτά ανάλογα με τη θέση που θα εντοπιστεί.¹ Φυσικά, η ιατρική σήμερα έχει προχωρήσει πάρα πολύ, καθώς οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο θεραπεύονται με ποσοστό επιτυχίας 50 τοις εκατό. Οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζεται ο καρκίνος ποικίλουν. Έτσι λοιπόν ο καρκίνος αντιμετωπίζεται με χειρουργική θεραπεία, με ακτινοβολίες, με χημειοθεραπεία, με βιολογική θεραπεία και με ορμονοθεραπεία.²

Μια από τις σοβαρότερες μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του παγκρέατος, που αποκαλείται και σιωπηλή νόσος, καθώς τα συμπτώματά του δεν είναι φανερά από την αρχή. Παρά τις συνεχιζόμενες έρευνες ο καρκίνος του παγκρέατος αυξάνεται ραγδαία. Παρόλο που στις μέρες μας η επίπτωση και η θνησιμότητα των άλλων κοινών μορφών καρκίνου έχουν μειωθεί, η συχνότητα εμφάνισης και ο αριθμός των θανάτων που προκαλούνται από όγκους του παγκρέατος σταδιακά αυξάνονται. Παρόλο που η ανίχνευση και η διαχείριση του καρκίνου του παγκρέατος έχουν εξελιχθεί πάρα πολύ, μονάχα το τέσσερα τοις εκατό των ασθενών θα ζήσει πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Τα άτομα με κακοήγη νόσο εντοπισμένη στο πάγκρεας έχουν περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης, γιατί μέσω της χειρουργικής εκτομής δίνεται η μοναδική δυνατότητα ίασης. Δυστυχώς, όμως, με προχωρημένη ανεγχείρητη νόσο παρουσιάζεται το 80-85% των ασθενών.³

Ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό, στην θεραπευτική ομάδα και στον ασθενή είναι οι νοσηλευτές, καθώς βοηθούν σε όλη τη διαδικασία της διάγνωσης, της θεραπείας, της αποκατάστασης και στο τελικό στάδιο. Οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να είναι πλήρης ενημερωμένοι, να έχουν σωστή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους.³

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η γνώση σχετικά με τα νεότερα δεδομένα όσον αφορά τις παγκρεατίτιδες, τον καρκίνο του παγκρέατος και τις χειρουργικές επεμβάσεις που συνηθίζονται στις νόσους αυτές. Επίσης, πληροφορίες θα δοθούν τον ορισμό του καρκίνου του παγκρέατος, πως προκαλείται,

ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης και με ποιον τρόπο μπορεί να βοηθήσει ο νοσηλευτής τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του.

Το πρώτο κεφάλαιο ξεκινά με μια περιγραφή της ανατομίας και της παθολογικής ανατομίας του παγκρέατος, και συνεχίζεται με αναφορά της φυσιολογίας του παγκρέατος και της παθοφυσιολογίας της νόσου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της νόσου και γίνεται ανάλυση των αιτιών, των συμπτωμάτων και της διάγνωσης της νόσου. Επίσης γίνεται μια λεπτομερή καταγραφή των χειρουργικών επεμβάσεων.

Εν συνεχεία, στα τελευταία κεφάλαια εμπερικλείεται ο ρόλος του νοσηλευτή: στη πρόληψη, στην ενημέρωση του ασθενούς για τη νόσο και τη θεραπεία, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρέμβαση.

Στο τέλος ασχολείται με προβλήματα που δύναται να προκληθούν λόγω της ασθένειας και το πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο νοσηλευτικός ρόλος σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο. Γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα της διερεύνησης του θέματος, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό υπόβαθρο, ώστε οι πάσχοντες να λαμβάνουν τη θεραπεία εκλογής με ασφάλεια και οι νοσηλευτές να είναι σε ετοιμότητα για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση κάθε πιθανής επιπλοκής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ

1.1 Ανατομία του παγκρέατος

Το πάγκρεας είναι μεικτός αδένας του πεπτικού συστήματος μετά το ήπαρ. Το μήκος του είναι 12 με 15 εκατοστά και το βάρος του είναι 70 με 90 γραμμάρια. Το πάγκρεας, είναι το μοναδικό όργανο που συνδέεται πολύπλοκα με τα άλλα όργανα. Οι βασικές ανατομικές οντότητες μπροστά από το πάγκρεας είναι:⁴

- α) ο στόμαχος και
- β) το εγκάρσιο κόλον.

Οι σημαντικές οπίσθιες σχέσεις του είναι:

- i. η κάτω κοίλη φλέβα και η αορτή, καθώς και τα νεφρικά και γοναδικά αγγεία πίσω από την κεφαλή,
- ii. τα άνω μεσεντέρια αγγεία πίσω από τον αυχένα,
- iii. το διάφραγμα, το αριστερό επινεφρίδιο, ο αριστερός νεφρός και τα νεφρικά αγγεία πίσω από το σώμα,
- iv. η σπληνική φλέβα πίσω από το σώμα και την ουρά του παγκρέατος. Η σπληνική αρτηρία βρίσκεται πάνω από τη φλέβα, στο άνω χείλος του παγκρέατος. Η ουρά του παγκρέατος βρίσκεται μέσα στον σπληνονεφρικό σύνδεσμο και σχετίζεται με την πύλη του σπληνός.⁴

Το πάγκρεας αποτελείται από τα παρακάτω μέρη:

- την κεφαλή,
- την αγκιστροειδή απόφυση,
- τον αυχένα,
- το σώμα
- και την ουρά.

Η κεφαλή του παγκρέατος είναι αποπλατυσμένη και εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια. Η πρόσθια επιφάνεια έχει σχέση με τον πυλωρό και το εγκάρσιο κόλον. Το πρόσθιο παγκρεατοδωδεκαδακτυλικό τόξο φαίνεται στην πρόσθια επιφάνεια του παγκρέατος και έχει πορεία παράλληλη με την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου. Επίσης, το οπίσθιο παγκρεατοδωδεκαδακτυλικό τόξο είναι μια από τις πιο σημαντικές δομές της οπίσθιας επιφάνειας του οργάνου. Η επιφάνεια αυτή σχετίζεται 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.⁴

Η κεφαλή του παγκρέατος έχει μια προέκταση αυτή λέγεται αγκιστροειδή απόφυση, στο κάτω-πλάγιο τμήμα της, διαφορετικού σχήματος και μεγέθους. επεκτείνεται προς τα κάτω και αριστερά, πίσω από τα άνω μεσεντέρια αγγεία και μπροστά από την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα. Προς τα κάτω, η αγκιστροειδής απόφυση οριοθετείται από την άνω επιφάνεια της 3ης μοίρας του δωδεκαδακτύλου. Σε οβελιαία τομή, η αγκιστροειδής απόφυση βρίσκεται μεταξύ αορτής και άνω μεσεντέριας αρτηρίας, με την τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου κάτω και με την αριστερή νεφρική φλέβα άνω. Η αγκιστροειδής απόφυση μπορεί να απουσιάζει ή να περιβάλλει πλήρως τα άνω μεσεντέρια αγγεία. Οι όγκοι της αγκιστροειδούς απόφυσης δεν αποφράσσουν τον χοληδόχο πόρο, αλλά συχνά συμπιέζουν την τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Τροφοδοτείται από βραχείς κλάδους από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και φλέβα, οι οποίοι πρέπει να απολινωθούν προκειμένου να αφαιρεθεί.⁵

Η κεφαλή και το σώμα του παγκρέατος ενώνονται μέσω του αυχένα του παγκρέατος. Αυχένος ορίζεται η περιοχή του παγκρέατος πίσω από την οποία διέρχονται τα άνω μεσεντέρια αγγεία και η οποία υπάρχει μπροστά από το σημείο σχηματισμού της πυλαίας φλέβας. Επίσης, πολύ σημαντικές ορίζονται οι αγγειακές σχέσεις του αυχένα του παγκρέατος επειδή η εμπλοκή των αγγείων αυτών επί καρκίνου του παγκρέατος καθιστά την παγκρεατεκτομή αδύνατη.⁴

Το σώμα του παγκρέατος είναι το μακρύτερο τμήμα του παγκρέατος και γίνεται λεπτότερο προς την ουρά και βρίσκεται μεταξύ του αυχένα και της ουράς. Το σώμα του παγκρέατος σχετίζεται με τον εγκάρσιο μεσόκολο, καθώς τούτο προσφύεται στην πρόσθια επιφάνειά του. Η οπίσθια επιφάνεια του σώματος του παγκρέατος σχετίζεται με την αορτή, την έκφυση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, το αριστερό σκέλος του διαφράγματος, τον αριστερό νεφρό και τα αγγεία του, το αριστερό επινεφρίδιο και την σπληνική φλέβα. Μικρές φλέβες του παγκρέατος συμβάλλουν με την σπληνική φλέβα, οι οποίες πρέπει να απολινωθούν κατά την παγκρεατεκτομή για να διατηρηθεί η σπληνική φλέβα και ο σπλήνας.⁶

Η ουρά του παγκρέατος αναφαίνεται μέσα στον σπληνονεφρικό σύνδεσμο και ως εκ τούτου είναι κινητή. Πίσω έχει σχέση με τους σπληνικούς κλάδους της

σπληνικής αρτηρίας και τις συνιστώσες της σπληνικής φλέβας. Η σχέση της ουράς του παγκρέατος με την πύλη του σπλήνα ποικίλει.⁴

Σε σχέση με 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. Κατά μήκος ουράς και του σώματος του παγκρέατος κείται στο μέσο της απόστασης άνω και κάτω χείλους και είναι πιο κοντά στην οπίσθια επιφάνεια του παγκρέατος. Διασταυρώνεται με την σπονδυλική στήλη μεταξύ Θ12 και Ο2 σπονδύλου. Φτάνοντας στην κεφαλή, ο κύριος παγκρεατικός πόρος στρέφεται προς τα κάτω και πίσω. Στο επίπεδο της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής, ο πόρος στρέφεται οριζόντια για να συναντήσει την κάτω επιφάνεια του χοληδόχου πόρου και εισέρχεται στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου, συνήθως στο επίπεδο του Ο2 σπονδύλου.⁷

Ο επικουρικός πόρος (του Santorini) αποχετεύει το πρόσθιο άνω 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 ελάσσονα δωδεκαδακτυλική θηλή.⁶

Σχετικά με την μείζονα δωδεκαδακτυλική θηλή και την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο, υπάρχει μια σύγχυση στο ορισμό τους. Η θηλή αναφέρεται στην προσεκβολή του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου μέσα στον αυλό του δωδεκαδακτύλου, ενώ η λήκυθος στην συνένωση του παγκρεατικού και του χοληδόχου πόρου.⁵

Η μείζων δωδεκαδακτυλική θηλή εντοπίζεται στο οπίσθιο-έσω τοίχωμα της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου σε απόσταση επτά με δέκα εκατοστά από τον πυλωρό. από την άλλη, η ηπατοπαγκρεατική λήκυθος είναι η διάταση του καναλιού που δημιουργείται από του χοληδόχου πόρου και του κυρίου παγκρεατικού πόρου. Τοποθετείται εσωτερικά της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής. Αν το διάφραγμα που χωρίζει τον χοληδόχο και παγκρεατικό πόρο δεν φτάνει στην κορυφή της θηλής εμφανίζεται η λήκυθος.⁵

Η ελάσσων δωδεκαδακτυλική θηλή βρίσκεται δύο εκατοστά άνω και ελαφρά πρόσθια της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής. Πολύ χρήσιμη ως οδηγό σημείο για την ανεύρεση της ελάσσονος θηλής είναι η γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία, η οποία βρίσκεται μπροστά από τον επικουρικό παγκρεατικό πόρο και την ελάσσονα δωδεκαδακτυλική αρτηρία. Το αγγειακό σύστημα του παγκρέατος είναι πλουσιότατο,

περίπλοκο και με αρκετές παραλλαγές. Σε σχέση με την αιμάτωση του παγκρέατος, το πάγκρεας δέχεται αίμα από την κοιλιακή αρτηρία. Ωστόσο, ένα σημαντικό μέρος της αιμάτωσης προέρχεται επίσης από την άνω μεσεντέρια αρτηρία.⁵

Η κεφαλή του παγκρέατος και η κοίλη επιφάνεια του δωδεκαδακτύλου αιματώνονται από τα δυο τόξα των παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών. Τα τόξα αυτά σχηματίζονται από ένα ζεύγος άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών (πρόσθια και οπίσθια) που εκφύονται από την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Το ζεύγος αυτό ενώνεται με ένα αντίστοιχο ζεύγος κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών που εκφύονται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία. Τα τόξα αυτά βρίσκονται πάνω στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του παγκρέατος, αλλά είναι επίσης αρμόδια για την αγγείωση του δωδεκαδακτύλου και δυσχεραίνουν την εκτέλεση παγκρεατεκτομής χωρίς δωδεκαδακτυλεκτομή. Η σπληνική αρτηρία χορηγεί κλάδους στο σώμα και στην ουρά του παγκρέατος.⁴

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 γίνεται προς την πυλαία φλέβα, την σπληνική φλέβα και την άνω και κάτω μεσεντέριο φλέβα. Όσο για τη λεμφική αποχέτευση, αυτή γίνεται στις 5 ομάδες περιπαγκρεατικών λεμφαδένων, οι οποίοι είναι οι άνω, οι κάτω, οι πρόσθιοι, οι οπίσθιοι και οι σπληνικοί λεμφαδένες.⁴

Το πάγκρεας είναι ένας μικτός εξωκρινής και ενδοκρινής αδένος. Η κύρια μάζα του αδένος είναι εξωκρινής και μέσα σ 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 καθεμιά έχει ένα πόρο.⁶

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 στην κορυφή του κυττάρου. Το εξωκρινές πάγκρεας εκκρίνει θρυψινογόνο, ριβονουκλεάση, φωσφολιπάση A2, λιπάση, αμυλάση. Ο έλεγχος της έκκρισης πραγματοποιείται κυρίως με την εκκριματίνη και την χολοκυστοκίνη.⁶

1.2 Φυσιολογία

Εξωκρινής λειτουργία

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, το πάγκρεας συγκροτείται από δύο λειτουργικά τμήματα, το ενδοκρινές και το εξωκρινές. Το εξωκρινές τμήμα του παγκρέατος είναι ευθύνεται για την παραγωγή 1.5 με 2 λίτρων παγκρεατικού υγρού σε καθημερινή βάση καθώς και των παγκρεατικών ενζύμων, πρώτα στους ελάσσονες και στην συνέχεια στον μείζονα παγκρεατικό πόρο. Ο αλκαλικός παγκρεατικός χυμός είναι πλούσιος σε διττανθρακικά και εξουδετερώνει το όξινο γαστρικό περιεχόμενο καθώς εκκρίνεται στο δωδεκαδάκτυλο από τον πόρο του Wirsung. Η έκκρισή του προκαλείται από τη δράση της σεκρετίνης στα επιθηλιακά κύτταρα του παγκρέατος.⁶

Τα παγκρεατικά ένζυμα εκκρίνονται με την μορφή αδρανών προενζύμων που μεταβάλλονται στις ενεργείς μορφές τους έπειτα από την επενέργεια άλλων ενζύμων που τα ενεργοποιούν μέσα στον αυλό του δωδεκαδακτύλου. Η εντεροπεπτιδάση καταλύει τη μετατροπή του θρυψινογόνου σε θρυψίνη. Η θρυψίνη αυτοκαταλύει τη μετατροπή του χυμοθρυψινογόνου, αλλά καταλύει και την ενεργοποίηση όλων των άλλων πρόδρομων ενζύμων. Η παρουσία ενεργούς θρυψίνης (φωσφολιπάσης A) μέσα στον παγκρεατικό πόρο δύναται να δημιουργήσει το εναρκτήριο γεγονός μιας οξείας παγκρεατίτιδας. Ηα-αμυλάση εκκρίνεται μέσα από το πάγκρεας, σε μικρές ποσότητες, που πολλαπλασιάζονται σημαντικά σε ενδεχόμενο οξείας παγκρεατίτιδας.⁶

Η χολοκυστοκινίνη προκαλεί την εξωκύτωση παγκρεατικών ενζύμων στο παγκρεατικό υγρό. Όμοια δραστηριότητα παρατηρείται από την αύξηση της δραστηριότητας του πνευμονογαστρικού νεύρου καθώς αναστέλλεται από τη χορήγηση ατροπίνης.⁸

Ενδοκρινής λειτουργία

Η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελείται από 0.7 έως 1 εκατομμύριο μικρούς ενδοκρινείς αδένες, τα νησίδια του Langerhans. Στα νησίδια έχουν αναγνωριστεί οι τέσσερις 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 ακέραιου εξοπλισμού παραγωγής και έκκρισης ορμονών. Οι ορμονικές εκκρίσεις κατευθύνονται στην πυλαία κυκλοφορία και ασκούν κατά προτεραιότητα τη δράση τους στο ήπαρ.⁵

Παγκρεατικές ορμόνες

Ινσουλίνη

Τα β-κύτταρα του παγκρέατος σχηματίζουν την ινσουλίνη. Το μόριο της ινσουλίνης αποτελείται από 2 πεπτιδικές αλυσίδες και 51 συνολικά αμινοξέα, τα οποία συνδέονται με 2 δισουλφιδικούς δεσμούς. Ο χρόνος ζωής της είναι πέντε λεπτά και απομακρύνεται από την κυκλοφορία κατά μεγαλύτερη από 50% από την πρώτη ηπατική δίοδό της. Η καθημερινή παραγωγή ινσουλίνης υπολογίζεται περίπου σε 0,7 μονάδες/kg σωματικού βάρους. Η έκκριση της ινσουλίνης διακρίνεται στη βασική (επίπεδα σακχάρου αίματος 80-100 mg) και στη διεγερμένη. Η τελευταία είναι διφασική. Στην πρώτη οξεία φάση που συμβαίνει λίγα μόνο λεπτά μετά το ερέθισμα της ενδοφλέβιας χορήγησης γλυκόζης, απελευθερώνεται η ήδη αποθηκευμένη στα εκκριτικά κοκκία ινσουλίνη. Εν συνεχεία εκκρίνεται η εκ νέου παραγόμενη ινσουλίνη και η κορυφαία συγκέντρωσή της παρατηρείται στα 30-45mg χορήγησης γλυκόζης. Σε περίπτωση γεύματος, τα επίπεδα σακχάρου επανέρχονται συνήθως στα προγευματικά περί τα 120 mg μετά το γεύμα.⁸

Η ρύθμιση της έκκρισης της ινσουλίνης γίνεται κατά κύριο λόγο από την ίδια την γλυκόζη. Το β-κύτταρο φέρει την επιφάνειά του το μεταφορέα της γλυκόζης GLUT-2, που με τη χαμηλή του χημική συγγένεια για τη γλυκόζη διευκολύνει τη δίοδό της στο εσωτερικό του σε συνθήκες μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας, ενώ την περιορίζει σε συνθήκες νηστείας. Όταν υπάρχει για πολύ καιρό υπεργλυκαιμία στο αίμα, τότε υπάρχει απευαισθητοποίηση και επομένως σημαντική μείωση της απάντησης των β-κυττάρων στη γλυκόζη, φαινόμενο που αποκαλείται ως κετοξέωση.⁵

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 επίπεδά της σε αύξησή τους. Τα φαινόμενα αυτά εξηγούν το μηχανισμό της ινσουλιναντίστασης σε καταστάσεις παχυσαρκίας-υπερινσουλιναιμίας ή ευαισθητοποίησης στη δράση της ινσουλίνης σε καταστάσεις νηστείας ή άσκησης.⁵

Η ινσουλίνη είναι μια αναβολική ορμόνη που ασκεί επίδραση σε όλους τους ιστούς. Οι βασικές επιδράσεις της εστιάζονται στους μύες, στο ήπαρ και στο λιπώδη ιστό.⁵

Γλυκαγόνη

Το μόριο της παγκρεατικής γλυκαγόνης παράγεται από τα α-κύτταρα που βρίσκονται στην περιφέρεια των νησιδίων του Langerhans, ως προϊόν γονιδίου του χρωμοσώματος 2. Είναι απλό πεπτίδιο με 29 αμινοξέα και προέρχεται από το πρόδρομο μόριο της προ-προγλυκαγόνης, που μετατρέπεται στην προγλυκαγόνη και παράγεται επίσης από το λεπτό έντερο και τον υποθάλαμο.⁸

Η ρύθμιση της έκκρισης της γλυκαγόνης γίνεται από πολλούς παράγοντες. Ο κυριότερος διεγερτικός παράγοντας είναι η υπογλυκαιμία, ενώ ο κυριότερος ανασταλτικός παράγοντας είναι η υπεργλυκαιμία. Πρώτος και σημαντικός ρόλος της γλυκαγόνης είναι να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία. Οι δράσεις της κατά βάση ανταγωνίζονται αυτές τις ινσουλίνης, καθώς είναι καταβολικές και εστιάζονται κυρίως στο ήπαρ όπου και κατευθύνεται με την πυλαία κυκλοφορία.⁸

Σωματοστατίνη

Τα δ-κύτταρα του παγκρέατος παράγουν το μόριο της σωματοστατίνης. Συναντάται σε δύο μορφές, με 14 και με 28 αμινοξέα και παράγεται επίσης από τα κύτταρα του υποθαλάμου και του γαστρεντερικού συστήματος. Πρωταρχικός ρόλος της σωματοστατίνης είναι η αναστολή της έκκρισης της γλυκαγόνης και της ινσουλίνης. Η δράση της σωματοστατίνης κατά βάση είναι ανασταλτική τόσο της έκκρισης των ορμονών, όσο και της κινητικότητας του στομάχου, του εντέρου και της απορρόφησης γλυκόζης.⁵

Παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP)

Το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο παράγεται από τα F κύτταρα που βρίσκονται κυρίως στην οπίσθια περιοχή της κεφαλής του παγκρέατος. Η σύστασή του αποτελείται από ένα άλυσσο 36 αμινοξέων, η έκκρισή του είναι διαφασική και αρχικά διεγείρεται μετά την κατανάλωση μεικτού γεύματος, ενώ στη συνέχεια ως απάντηση στην απορρόφηση των αμινοξέων. Η πρώτη φάση έκκρισής του αναστέλλεται με τη διατομή του πνευμονογαστρικού και με τη διαβητική νευροπάθεια. Τα βασικά του επίπεδα αυξάνονται στις μεγάλες ηλικίες, κατάχρηση οινοπνεύματος, διάρροια, υπογλυκαιμία, φλεγμονές, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Πολύ ψηλές τιμές απαντώνται

σε διάφορους παγκρεατικούς ενδοκρινείς όγκους, όθεν δεν είναι ειδικό για καρκινικό δείκτη.⁵

1.3 Σύνοψη Κεφαλαίου

Στο πρώτο κεφάλαιο λοιπόν γίνεται μια ξεκάθαρη περιγραφή της ανατομία του παγκρέατος και της φυσιολογία του. Η φυσιολογία λοιπόν εμπεριέχει την εξωκρινής λειτουργία, την ενδοκρινής λειτουργία, τις παγκρεατικές, ορμόνες, την ινσουλίνη, την γλυκαγόνη και το παγκρεατικό πολυπεπίδιο (PP).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΝΟΣΟΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

2.1 Φλεγμονές του παγκρέατος (Παγκρεατίτιδες)

α) Οξεία παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) είναι μια φλεγμονή στο πάγκρεας που εξελίσσεται με μεγάλη δύναμη. Για πρώτη φορά ταξινομήθηκε στην Ατλάντα το 1992, και έπειτα έγινε μια τροποποίηση για να γίνει πιο απλή στη Σαντορίνη το 1999, όπου εκεί διακρίθηκε τελικά σε δυο μορφές: α) την οξεία οίδηματώδη και (β) την οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα.^{9,10}

Η κλινική πορεία που διαμορφώνεται στις δύο μορφές της οξείας παγκρεατίτιδας είναι διαφορετικές. Στην οίδηματώδη ή ενδιάμεση κατά κανόνα έχει μια ήπια διαδρομή, ενώ στη νεκρωτική παρουσιάζει υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα που επιβάλλεται σύνθετη θεραπευτική προσέγγιση.^{9,11}

Η εύστοχη ταυτοποίηση όσον αφορά το παθολογικό και ανατομικό υπόστρωμα της οξείας παγκρεατίτιδας έχει πολύ σπουδαίο ρόλο στην επιλογή της σωστής θεραπείας.⁴

Η οξεία οίδηματώδη ή ενδιάμεση παγκρεατίτιδα εκδηλώνει ήπια εξέλιξη σε ποσοστό 80% και ο άρρωστος ακολουθεί για λίγες εβδομάδες μια συντηρητική αγωγή που έχει θετική ανταπόκριση. Οι χειρουργικές επεμβάσεις οσόν αφορά την οξεία οίδηματώδη σπάνια πραγματοποιούνται, το ποσοστό που εκτελούνται είναι πολύ μικρό, και γίνεται κυρίως επί εμφάνισης επιπλοκών της νόσου, όπως:⁴

α) η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, από γαστρορραγία σε έλκη από “stress” ή από διάβρωση μεγάλου αγγείου παρακείμενου του παγκρέατος.

β) Η ανάπτυξη παγκρεατικού αποστήματος.

γ) Η νέκρωση του παγκρέατος.

Τόσο η εκλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης συγκριτικά της συντηρητικής όσο και η μορφή και ο χρόνος που θα γίνει αυτή η επέμβαση είναι για κάθε περίπτωση βασικές παράμετροι για την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας δεδομένου ότι:

α) Η ακριβής αναγνώριση της επικρατούσας βλάβης του οργάνου είναι δύσκολη

β) Υπάρχει μια γενικότερη αποδοχή των συντηρητικών μεθόδων θεραπείας.

γ) Η εξέλιξη της οξείας παγκρεατίτιδας δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί.⁴

Μετά την εφαρμογή εντατικής συντηρητικής αγωγής, η θνητότητα της οιδηματώδους ή ενδιάμεσης οξείας παγκρεατίτιδας κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω από δύο τοις εκατό.^{9,12}

Η νεκρωτική παγκρεατίτιδα αποκρίνεται σε ποσοστό 20% των ανθρώπων με οξεία παγκρεατίτιδα. Η κλινική τους εικόνα είναι βαριά, ενώ ταυτόχρονα η ασθένεια χαρακτηρίζεται παθολογοανατομικά από τη νέκρωση των ιστών. Τα ποσοστά θανάτου της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας κυμαίνονται από 20 έως 60%, σύμφωνα με τη βαρύτητα και τις επιπλοκές. Έτσι λοιπόν έχουν προταθεί διάφορες τακτικές και τεχνικές για την αντιμετώπισή της. Η αναγνώριση τεσσάρων δυσμενών προγνωστικών παραγόντων εντείνει την ανάγκη για χειρουργική αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα αυτοί οι δυσμενείς παράγοντες είναι:^{9,12}

- i. Η έκταση της παγκρεατικής νέκρωσης: η θνητότητα κυμαίνεται από 7% (εάν ο νεκρωμένος ιστός είναι λιγότερος από το 30% του αδένου), έως 50% (εάν η παγκρεατική νέκρωση είναι ολική ή υφολική).
- ii. Η ύπαρξη εξωπαγκρεατικής νέκρωσης (διπλασιάζει τη θνητότητα από 15% σε 34%).
- iii. Η βακτηριακή επιμόλυνση (τριπλασιάζει τη θνητότητα από 10% σε 32%).
- iv. Η ανάπτυξη παγκρεατικού ασκίτη (τετραπλασιάζει τη θνητότητα από 9% σε 36%).^{9,12}

Σε ποσοστό 40-50% των περιστατικών με νεκρωτική παγκρεατίτιδα υφίσταται επιμόλυνση, κυρίως από Gram (-) μικρόβια. Η επιμόλυνση αυτή συμβαίνει μέσω τεσσάρων οδών:^{12,13}

- i. Με λεμφογενή διασπορά από τον πεπτικό σωλήνα (ιδίως από το γειτνιάζον εγκάρσιο κόλον).
- ii. Με αιματογενή διασπορά.
- iii. Με ανιούσα επιμόλυνση από το δωδεκαδάκτυλο μέσω του φύματος του Vater και του παγκρεατικού πόρου.
- iv. Με κατιούσα επιμόλυνση από το χοληφόρο σύστημα και την πυλαία φλέβα.^{12,13}

Ως ακολούθως οι νοσούντες με επιμόλυνση των νεκρωμάτων του παγκρέατος κατά την πρώτη εβδομάδα που ξεκίνησε το επεισόδιο της βαριάς οξείας παγκρεατίτιδας παρουσιάζονται σε ποσοστό 25%, ενώ το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε

36% και 60-70% αντίστοιχα για τη δεύτερη και τη τρίτη εβδομάδα από την έναρξη της ασθένειας.^{12,13} Ερευνώντας την χρονική στιγμή μέσα στην οποία κάνει την εμφάνισή της η επιμόλυνση των νεκρωμάτων του παγκρέατος, παρατηρείται ότι όσο συχνά εμφανίζεται η επιμόλυνση των νεκρωμάτων του παγκρέατος, τόσο αυξάνεται προοδευτικά σε σχέση με το χρόνο. Το γεγονός αυτό, για τους ασθενείς της ομάδας αυτής, επιτάσσει την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης αναγκαία και η ιατρική κοινότητα συμφωνεί απόλυτα.^{12,13,14,15,16}

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της επιμόλυνσης είναι:

1. Τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (δυναμική τομογραφία με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού).

2. Η διαδερμική παρακέντηση με λεπτή βελόνη, κατευθυνόμενη με αξονικό τομογράφο ή υπερηχογραφικά, για λήψη υλικού από τη νεκρωμένη περιοχή του παγκρέατος προς άμεση χρώση κατά Gram και καλλιέργεια επί θετικών αποτελεσμάτων.

3. Η αποδεδειγμένη κλινική επιδείνωση του ασθενούς προς την πορεία της σηπτικής κατάστασης.

Η καλύτερη περίοδος στην οποία δύναται να υποβληθεί ο ασθενής με βαριά νεκρωτική παγκρεατίτιδα σε αξονική τομογραφία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (contrast enhanced CT) δεν έχει διευκρινιστεί απολύτως. Σύμφωνα με τη μελέτη του Bern και των συνεργατών του, έπρεπε να γίνει αξονική τομογραφία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης σε 24 με 48 ώρες από την ώρα που γίνεται η εισαγωγή του ασθενή και επανάληψη κάθε επτά ημέρες σε ασθενείς που δεν είχαν κλινική βελτίωση.^{12,13,14,15,16}

Παρομοίως για τη δια λεπτής βελόνης κατευθυνόμενη λήψη υλικού από τη νεκρωμένη περιοχή του παγκρέατος (F.N.A.-Fine needle aspiration), η περίοδο βελτίωσης δεν έχει διασαφηνιστεί. Εν συνεχεία ξεκινά η εφαρμογή της F.N.A σε αρρώστους που αναπτύσσουν σημεία μεταβολικών διαταραχών ή εμφανίζουν ανεπάρκεια αναπνευστική, νεφρική ή καρδιαγγειακή ή με εμμένουσα λευκοκυττάρωση και πυρετό.^{12,14,15,16}

Οι κλινικές ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης:⁽¹⁴⁾

1. Η πτωχή απάντηση στην εντατική υποστηρικτική αγωγή.
2. Η κλινική αποδιοργάνωση του ασθενούς, έχοντας ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη πολυοργανικής ανεπάρκειας.

Τα κλινικά σημεία της πολύ-οργανικής ανεπάρκειας παρουσιάζονται ως ακολούθως:

α) Η εκπίπτουσα αναπνευστική λειτουργία εκδηλώνεται με αρτηριακό PaO₂ 2mg/dl ή ανάγκη αιμοκάθαρσης ή αιμοδιάλυσης.

β) Η κυκλοφορική ανεπάρκεια εκδηλώνεται με αρτηριακή πίεση 11mmol/L), με υποασβεστιαμία (Ca⁺⁺ 45sec).

3. Η εμφάνιση περιτονίτιδας.

4. Η εργαστηριακή ένδειξη σήψης, που εκδηλώνεται με θερμοκρασία ορθού 38 βαθμούς, λευκοκυττάρωση (>12.000/mm³) ή λευκοπενία (90 σφύξεις/λεπτό), ταχύπνοια (>20 αναπνοές/λεπτό) και υπερκαπνία (PaCO₂< 4,3kPa), με οξέωση, με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.¹⁴

5. Η ανεξέλεγκτη σήψη.

Μέχρι τώρα, δεν έχει γίνει σαφές αν στην οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα θα πρέπει να επιβληθεί χειρουργική επέμβαση τις πρώτες 48 με 72 ώρες από την εκδήλωση της ασθένειας ή αν θα πρέπει να δοθεί ένα χρονικό περιθώριο. Σε διάστημα τριών με τεσσάρων εβδομάδων από την εμφάνιση της νόσου, την ώρα της χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να διακριθεί το νεκρωμένο από το βιώσιμο παγκρεατικό ιστό, γεγονός που βοηθά στην κατά το δυνατόν μικρότερη εκτομή του παγκρεατικού ιστού.^{12,14,17,16}

Επιπρόσθετος μετά την 3^η με 4^η εβδομάδα, ο νεκρωμένος παγκρεατικός ιστός έχει σχηματισθεί σωστά και έχει πλέον αρχίσει να ρευστοποιείται, με αποτέλεσμα ο χειρουργικός καθαρισμός των νεκρωμάτων να είναι πιο εύκολος και άνευ κινδύνου αιμορραγίας που παρουσιάζεται συνήθως όταν δεν έχει οργανωθεί ο νεκρωμένος ιστός. Κατά κανόνα, η χειρουργική επέμβαση αργεί, γεγονός βέβαια που οδηγεί στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αναπνευστικής, νεφρικής, ηπατοκυτταρικής και καρδιαγγειακής ανεπάρκειας πριν την επέμβαση.^{12,14,17,16}

2.2 Χολολιθιασική οξεία παγκρεατίτιδα

Στις χώρες της Ανατολής και στις Δυτικές κοινωνίες, σε ποσοστό πάνω από 80%, η οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται σε χολολιθίαση και σε κατάχρηση αλκοολούχων ποτών. Στην Ελλάδα, παρόλο που τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν είναι σαφή, φαίνεται ότι σε ποσοστό άνω του 80%, η οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται σε λιθίαση των χοληφόρων.^{18,19}

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη της οξείας παγκρεατίτιδας σε άτομα με χολολιθίαση ανέρχεται σε ποσοστό 10%, ενώ τα ποσοστά υποτροπής της οξείας παγκρεατίτιδας σε άτομα που δεν αντιμετωπίστηκε η συνυπάρχουσα λιθίαση των χοληφόρων από την πρώτη μέρα της ασθένειας από οξεία παγκρεατίτιδα, κυμαίνεται σε ποσοστό 32-63%. Το ποσοστό αυτό κατέρχεται σε 2 με 8%, όταν αντιμετωπίζεται και αιτιολογικά η οξεία παγκρεατίτιδα. Επομένως, η θεραπεία της χολολιθίασης, στην παγκρεατίτιδα χολολιθιασικής αιτιολογίας, είναι επιτακτική λόγω των υποτροπών. Η δυσκολία έγκειται στην εκλογή του σωστού χρόνου.^{14,17,20}

Όσον αφορά τον κατάλληλο χρόνο, υπάρχουν τρεις απόψεις:

Η πρώτη άποψη είναι ότι η κλασική συντηρητική προσέγγιση συστήνει φαρμακευτική αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου και ύστερα οριστική χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης των χοληφόρων, δύο με τέσσερις μήνες μετά την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο. Η προσέγγιση αυτή δεν υποστηρίζεται πια από τους περισσότερους χειρουργούς, εξαιτίας του υψηλού ποσοστού υποτροπής της παγκρεατίτιδας κατά τους δύο με τέσσερις αυτούς μήνες της αναμονής.^{14,17,20}

Η δεύτερη άποψη είναι η άμεση ή πρώιμη επέμβαση σε 48 με 72 ώρες από την προσέλευση του ασθενή και κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης προσβολής της χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας. Την άποψη αυτή την υποστηρίζουν οι Acosta και οι συνεργάτες του και δηλώνουν ανεύρεση σε υψηλό ποσοστό (63%) σφηνωμένου λίθου στο φύμα του Vater. Υποστηρίζουν ότι η απελευθέρωση της απόφραξης αυτής μετεγχειρητικά μέσα στις πρώτες 48 ώρες επιφέρει πλήρη και άμεση ανάρρωση στο 98% των ασθενών, ενώ αν μείνει η απόφραξη των χοληφόρων παραπάνω από 48 με 72 ώρες, τότε ο παγκρεατικός ιστός κινδυνεύει από μη αναστρέψιμες βλάβες. Τον Σύμφωνα με τις μελέτες του Kelly και τους συνεργάτες του και αργότερα του Wagner και τους συνεργάτες του, ποσοστό 85 με 95% ο λίθος που έχει ενσφηνωθεί στο φύμα του Vater θα μετακινηθεί αυτόματα από το σφιγκτήρα του Oddi, ως επακόλουθο να υποστεί ύφεση το επεισόδιο της παγκρεατίτιδας.^{14,17,20}

Επίσης, τα ποσοστά ασθενείας με 83% και θανάτου με 18%, σε ασθενείς με βαρεία οιδηματώδη παγκρεατίτιδα ή νεκρωτική παγκρεατίτιδα, ήταν αυξημένα στις περιπτώσεις πρόωρης επέμβασης των χοληφόρων.^{14,17,20}

Επομένως, σήμερα, η απευθείας ή πρόωρη επέμβαση σε 48 με 72 ώρες στα χοληφόρα επί οξείας παγκρεατίτιδας υλοποιείται με εναργή ένδειξη σε γρήγορη επιδείνωση της κατάστασης του αρρώστου από την ώρα της εισβολής της νόσου –

επειδή παραμένει ο ενσφηνωμένος λίθος- όπως και με την ύπαρξη επιπλοκών, όπως είναι το εμπύημα, ο ύδρωπας, η διάτρηση της χοληδόχου κύστης ή σε χολαγγειίτιδα που δεν υποχωρούν με την εντατική συντηρητική αγωγή.^{14,17,20}

Η τρίτη άποψη είναι ότι η αντιμετώπιση του επεισοδίου της οξείας παγκρεατίτιδας συντηρητικά και η τελική επέμβαση για την πάθηση των χοληφόρων σε δεύτερο χρόνο -συνήθως επτά ημέρες- αφού υποχωρήσει η οξεία φάση της παγκρεατίτιδας.^{20,21}

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που συνήθως είναι κατάλληλες είναι η σφικτηροτομή σε περίπτωση πολλαπλής μικροχολολιθιάσεως και η χολοκυστεκτομή, με ή χωρίς διεγχειρητική χολαγγειογραφία, όπου εικάζεται παραμονή λίθου στα χοληφόρα, εξωηπατικά ή ενδοηπατικά. Σε περιπτώσεις βαρείας οίδηματώδους παγκρεατίτιδας ή νεκρωτικής παγκρεατίτιδας ή καρκινοπαθούς που έχει ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργάνων, κατάλληλη είναι και η χολοκυστοστομία ή η παροχέτευση του χοληδόχου πόρου από τον κυστικό πόρο με σωλήνα Kehr ή T, ως απλούστερος τρόπος εξωτερικής παροχέτευσης των χοληφόρων.^{14,20}

Σε περίπτωση καρκινοπαθούς με επιπλεγμένη οίδηματώδη παγκρεατίτιδα ή επιπλεγμένη άσηπτη νεκρωτική παγκρεατίτιδα ή επιμολυσμένη νεκρωτική παγκρεατίτιδα που κατευθύνεται προς το χειρουργείο, ομού με την εκάστοτε επέμβαση, επιλύεται και η αιτιολογική βάση της παγκρεατίτιδας, αν αυτή είναι χολολιθιασική.^{14,16,20}

Η χρήση της ERCP ως θεραπευτικός τρόπος αντιμετώπισης της χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας σύμφωνα με τη δημοσίευση του Lancet το 1988, χρησιμοποιήθηκε πάρα πολύ από έμπειρους ενδοσκόπους (Neoptolemos και συν.) και επιφέροντας πολύ καλά αποτελέσματα, όμως αυτό ανήκει πλέον στο παρελθόν αφού σήμερα δεν χαίρει ευρείας αποδοχής. Δεν είναι πλέον αποδεχτή γιατί υφίστανται τεχνικά προβλήματα στη δίοδο του ενδοσκοπίου μέσω του δωδεκαδακτύλου στο σφικτήρα του Oddi, λόγω της εκτεταμένης και εκσεσημασμένης φλεγμονής (δημιουργηθείσες συμφύσεις), και επίσης το 1/3 των περιπτώσεων η οξεία παγκρεατίτιδα δεν οφείλεται σε χολολίθους.^{14,16,20}

Επιλογή χειρουργικής τεχνικής στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα

Σύμφωνα με τον Dewit, (2009) η σωστή εγχειρητική τεχνική πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα επαρκούς παροχέτευσης των νεκρωμένων ιστών και ομού να

ελαττώνει τον αριθμό των επεμβάσεων με την επακόλουθη νοσηρότητά τους. Όμως έως σήμερα δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία επιλογής μεθόδου.²²

Οι χειρουργικές τεχνικές στην νεκρωτική παγκρεατίτιδα είναι:

-Πρώτον η κλειστή μέθοδος αφαίρεσης νεκρωμάτων παγκρέατος και ασταμάτητη έκπλυση του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου με ευρείς, διπλού αυλού σωλήνες που αποκαλείται μέθοδος Beger, είτε απλή παροχέτευση αυτού που αποκαλείται μέθοδος Warshaw.^{12,16,21}

Τα προτερήματα της μεθόδου του Beger είναι

- α) η αδιάλειπτη και με ασφάλεια απομάκρυνση βιολογικά δραστικών ουσιών και των προϊόντων σήψης,
- β) η απομάκρυνση του νεκρωμένου ιστού χωρίς τραυματισμό του οργάνου,
- γ) και η προφύλαξη του μη προσβεβλημένου εξωκρινούς και ενδοκρινούς παγκρεατικού ιστού.

Στη μέθοδο του Beger υπάρχουν όμως τα εξής δύο αρνητικά σημεία. Το πρώτο αρνητικό σημείο είναι η αδυναμία να ελεγχθεί άμεσα η εξέλιξη της ενδοπαγκρεατικής και εξωπαγκρεατικής νέκρωσης και το δεύτερο αρνητικό σημείο είναι ότι υπάρχει κίνδυνος αποτυχίας του συστήματος συνεχών πλύσεων να λειτουργήσει σωστά, που αυτή η επιπλοκή απαιτεί να χειρουργηθεί ξανά ο ασθενής για να επανατοποθετηθούν οι σωλήνες. Το ποσοστό των ασθενών που πρέπει να εγχειρηθούν ξανά είναι κατά προσέγγιση 23%, ενώ θνητότητα εν ώρα χειρουργείου κυμαίνεται στο 8%. Όσον αφορά τη μέθοδο του Warshaw, το ποσοστό των επανεπεμβάσεων βρίσκεται περίπου στο 27%, ενώ η θνητότητα στο 25%.

-Δεύτερον είναι η ανοικτή μέθοδος αφαίρεσης νεκρωμάτων παγκρέατος, με επιπωματισμό ή σύγκλιση με τη μέθοδο του «φερμουάρ» που ακολουθείται από:

- α) προγραμματισμένες εγχειρήσεις κάθε 48 με 72 ώρες, ή
- β) με τη μέθοδο Bradley που γίνεται συνεχή έκπλυση και δευτερογενή σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος.^{16,23}

Η μη επικοινωνία του παγκρέατος και της περιπαγκρεατικής περιοχής με την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα, όπως και η δυνατότητα τόσο της καθημερινής αφαίρεσης των παγκρεατικών νεκρωμάτων όσο και του μακροσκοπικού ελέγχου της πορείας της νόσου είναι τα πλεονεκτήματα της μεθόδου του Bradley. Επιπλέον, με τη μέθοδο αυτή εμποδίζεται η δημιουργία αποστηματικών συλλογών, καθώς η άμεση παροχέτευση διευκολύνεται μέσω των συνεχών πλύσεων υφηπατικά και του AP

υποδιαφραγματικού χώρου, τυχόν σχηματιζόμενων νέων παγκρεατικών αποστημάτων.^{24,25,26}

Στη μέθοδο του Bradley, βεβαίως, εμφανίζονται σε αρκετά υψηλό ποσοστό:^{24,25,26}

- αιμορραγία
- εντερικά συρίγγια (15-20%)
- οπισθοπεριτοναϊκός παγκρεατικός φλέγμονας
- διάτρηση αριστερής ή δεξιάς κοιλικής καμπής (συνήθως 40-50 ημέρες μετά την εγχείρηση)
- παγκρεατικά συρίγγια
- ηπατικά αποστήματα
- επιγαστρικές κήλες

Σήμερα, η εφαρμογή της μεθόδου του Bradley έχει καταλήξει πως η παγκρεατική νέκρωση είναι σε ποσοστό πάνω από 50%, καθώς επίσης έχει καταλήξει στην ύπαρξη παγκρεατικού αποστήματος ή παγκρεατικού φλέγμονα και στην υποτροπιάζουσα παγκρεατική σήψη.^{24,25,26}

-Τρίτον είναι η μέθοδος Κουσίδη όπου γίνεται χειρουργικός καθαρισμός νεκρωμάτων παγκρέατος και πλύσεις, με διάνοιξη επικοινωνίας ανάμεσα στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα.^{24,25,26}

-Τέταρτον είναι η μέθοδος Fagniez και συν. και μέθοδος Van Vyve και συν όπου γίνεται οπισθοπεριτοναϊκή λαπαροτομία για την παροχέτευση μολυσμένων παγκρεατικών νεκρωμάτων. Γίνεται τομή από τη δωδέκατη θωρακική πλευρά έως την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα ΔΕ ή ΑΡ ή άμφω. Ύστερον πραγματοποιείται οπισθοπεριτοναϊκός χειρουργικός καθαρισμός, που συνεχίζεται είτε από τοποθέτηση παροχετεύσεων και πλύσεις (κλειστή μέθοδος) ή από διατήρηση ανοικτής της χειρουργικής τομής με πωματισμό της και απολυματεκτομή με πλύσεις ανά 48 ώρες (ανοικτή μέθοδος).^{24,25,26}

-Πέμπτον είναι η λαπαροσκοπική τεχνική (ΛΑΠ) όπου γίνεται αφαίρεση των νεκρωμάτων του παγκρεατικού ιστού. Σε αυτήν τη τεχνική εφαρμόζονται τρεις χειρουργικές προσεγγίσεις: η πρώτη είναι η οπισθογαστρική-οπισθοκοιλική αφαίρεση νεκρωμένων ιστών (ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής: 50%), η δεύτερη είναι Οπισθοπεριτοναϊκή απολυματεκτομή (13%) και η Τρίτη είναι η ΛΑΠ και διαγαστρική παγκρεατική απολυματεκτομή (37%).^{24,25,26}

Τα προτερήματα της λαπαροσκοπικής απολυματεκτομής είναι ότι το στρες είναι μικρότερο σε αντίθεση με τις επεμβάσεις ανοικτής κοιλίας, και μετά όμως από προσεκτική επιλογή ασθενών, είναι μια ελάχιστα επιθετική χειρουργική τεχνική, με ποσοστά επιτυχίας 75%. Όμως οι αδυναμίες έως τώρα της μεθόδου αυτής είναι ότι εφαρμόζεται στα πρώιμα στάδια της ασθένειας και σε παγκρεατικές νεκρώσεις μικρού βαθμού ή περιπαγκρεατικές συλλογές, από χειρουργούς εξειδικευμένους στη λαπαροσκοπική χειρουργική τεχνική. Επίσης, ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι έως τώρα έχει ερευνηθεί μικρός αριθμός ατόμων και δεν έχουν γίνει προοπτικές μελέτες, παρά μόνο τυχαιοποιημένες έρευνες. Το ποσοστό θνητότητας στη λαπαροσκοπική τεχνική αφαίρεσης των νεκρωμάτων του παγκρέατος βρίσκεται γύρω στο 15%.^{24,25,26}

-Εκτον είναι η διαδερμική αφαίρεση νεκρωμάτων παγκρέατος και πλύσεις του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου, με τοποθέτηση παροχετεύσεων.^{24,25,26}

- Με τη καθοδήγηση του αξονικού τομογράφου, εισχωρεί αρχικά οδηγός καθετήρας νεφροστομίας είτε από AP, μεταξύ κατώτερου πόλου σπλήνα και σπληνικής καμπής, είτε από ΔΕ μεταξύ γαστροκολικού επιπλόου και δωδεκαδακτύλου.^{24,25,26}
- Ακολουθώντας τον οδηγό καθετήρα εισχωρεί νεφροσκόπιο που μπορεί να κάνει πλύσεις και αναρροφήσεις του νεκρωμένου παγκρεατικού ιστού και των υγρών του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου.^{24,25,26}
- Τοποθετούνται παροχετεύσεις για μετεγχειρητικές πλύσεις (500mL/ hr).^{24,25,26}

Τα προτερήματα της μεθόδου αυτής είναι δύο, πρώτον η μειωμένη ενεργοποίηση της φλεγμονώδους αντίδρασης, και δεύτερον η μειωμένη τοπική σήψη. Καινούριες μελέτες προβάλλουν την εφαρμογή εντατικής συντηρητικής θεραπείας ακόμα και στην επιμολυσμένη νεκρωτική παγκρεατίτιδα σε ΜΕΘ και με αρμόζουσα αντιβιοτική αγωγή. Η αγωγή που χρησιμοποιείται είναι είτε το αντιβιοτικό με τη μεγαλύτερη ευαισθησία από το αντιβιογράμμα, είτε η ιμιπενέμη σε συνδυασμό με τη σιλαστατίνη, μετά την καλλιέργεια του υλικού της παρακέντησης με λεπτή βελόνη (FNA). Οι έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι η θνητότητα είναι περίπου 7 με 10%.^(24,25,26)

Παρόλα αυτά, η χειρουργική αντιμετώπιση και η μετεγχειρητική υποστηρικτική αγωγή αποτελούν τη θεραπευτική προσέγγιση της επιμολυσμένης νεκρωτικής παγκρεατίτιδας μέχρι τα παραπάνω να αποδειχθούν με τυχαιοποιημένες μελέτες και σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών.^{24,25,26}

2.3 Χρόνια Παγκρεατίτιδα

Χρόνια Παγκρεατίτιδα είναι η χρόνια φλεγμονή του παγκρέατος, που συχνά υποτροπιάζει και εμφανίζεται συνήθως με ανθεκτικό στα απλά παυσίπονα πόνο στο επιγάστριο και φτάνει σε ίνωση του παγκρέατος και σε ελάττωση της εξωκρινούς έκκρισης του και στη συνέχεια και της ενδοκρινούς, με αποτέλεσμα τις διαταραχές της απορρόφησης, την στεατόρροια και τον διαβήτη. Παρουσιάζεται με συχνότητα 0,3 με 0,4% των νεκροτομών. Σε Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται προοδευτική αύξηση της συχνότητας από 8,2 σε 27,4 περιπτώσεις/100.000 κατοίκους.²⁷

Χρόνια παγκρεατίτιδα παρουσιάζουν το 10% των αλκοολικών. Επιπροσθέτως το 5 με 10% των ατόμων με υπερασβεστιαμία χωρίς θεραπεία, ενώ έπειτα από έγκαιρη θεραπεία της υπερασβεστιαμίας το ποσοστό κατεβαίνει στο 1 με 2%. Οι αιτιολογικοί παράγοντες της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι ο αλκοολισμός, η ιδιοπαθής και η οξεία υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα.²⁷

Η χρόνια παγκρεατίτιδα διακρίνεται στην:

- α) Λιθιασική (με ποσοστό 70%)
- β) Αποφρακτική με ποσοστό (30%)
- γ) Φλεγμονώδης (η οποία μορφή αμφισβητείται συχνά).

Η χρόνια παγκρεατίτιδα δημιουργείται κυρίως από δύο βασικούς λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι η απόφραξη του παγκρεατικού πόρου από παγκρεατικούς λίθους (λακτοφερίνης με ασβέστιο) με επακόλουθο την δημιουργία φλεγμονών και στενώσεων και διευρύνσεων του παγκρεατικού πόρου κατά διαστήματα. Ο δεύτερος λόγος είναι οι φλεγμονές του πόρου χωρίς λιθίαση που επιφέρουν ίνωση και στην συνέχεια στενώσεις αυτού. Η ίνωση επιφέρει πρώτα καταστροφή στην εξωκρινούς και στη συνέχεια στην ενδοκρινούς μοίρα του παγκρέατος.²⁷

Κλινικά εμφανίζεται με πόνο στο επιγάστριο που προχωρά στην αριστερή οσφυϊκή χώρα (95%) και τα απλά παυσίπονα δεν λειτουργούν για να απαλύνουν τον πόνο. Επιπλέον ο ασθενής έχει διάρροια, πάσχει από διαταραχές της θρέψης, έχει απώλεια βάρους, παθαίνει ναυτία και κάνει εμετούς. Η θέση του ασθενή είναι συνήθως καθιστή κατά τον παροξυσμό με κάμψη του σώματος προς τα εμπρός. Στους ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα εμφανίζονται επίσης επεισόδια με:²⁷

- οξεία παγκρεατίτιδα
- στεατόρροια
- παγκρεατικός ασκίτης

- διαβήτης
- αιμορραγίες
- θρομβώσεις σπληνικής ή πυλαίας φλέβας.

Η διάγνωση τίθεται από:²⁷

- το ιστορικό και την κλινική εικόνα του αρρώστου
- το test σεκρετίνης – χολοκυστοκινίνης (καθετηριάζεται με γαστροσκόπηση το φύμα του Vater και μετριούνται τα ένζυμα της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Στη συνέχεια χορηγείται σεκρετίνη-χολοκυστοκίνη και επαναλαμβάνεται η μέτρηση των ενζύμων μετά μια ώρα από την χορήγηση με τον ίδιο τρόπο. Η ευαισθησία της εξέτασης ανέρχεται στο 75-90% και η εξειδίκευση στο 80-90%)
- τη χορήγηση προκαθορισμένου γεύματος και μέτρηση άπεπτων υπολειμμάτων στα κόπρανα
- τη μέτρηση λακτοφερίνης, παγκρεατικής λιπάσης και θρυψίνης στο πλάσμα (σε πειραματικό στάδιο ακόμη)
- τον έλεγχο του παγκρέατος με υπέρηχο, CT scan, MRI, ενδοσκοπικό υπέρηχο και α/α κοιλίας όπου μπορεί να φανούν λίθοι κατά μήκος του παγκρέατος
- την παλίνδρομος παγκρεατο-χολοκυστογραφία (ERCP) και την αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου και κοιλιακής αρτηρίας.

Οι επιπλοκές της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι:²⁷

- οι ψευδοκύστες
- τα αποστήματα του παγκρέατος
- η θρόμβωση της σπληνικής, ή της πυλαίας φλέβας
- πλευριτική συλλογή
- ασκίτης
- απόφραξη του 12/δακτύλου (1 με 2%).

Η θεραπεία είναι συντηρητική και έχει σκοπό να αντιμετωπίσει τον πόνο και τη δυσλειτουργία της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Σε ενδεχόμενο αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας γίνεται χειρουργική θεραπεία που σκοπό έχει την αντιμετώπιση του πόνου και όχι την θεραπεία της πάθησης.²⁷

Η συντηρητική θεραπεία αποτελείται πρώτον από την αντιμετώπιση του πόνου, όπου χορηγούνται ισχυρά παυσίπονα όπως στην οξεία παγκρεατίτιδα. Συνιστάται στον ασθενή να καταναλώνει πολλά και μικρά γεύματα χωρίς πολλά λίπη και να διακόψει εντελώς το αλκοόλ.²⁷

Δεύτερον αποτελείται από την αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Η παρούσα θεραπεία συνιστά δίαιτα με πολλά μικρά και συχνά γεύματα, χωρίς λίπος. Επίσης χορηγείται σε κάθε γεύμα το Creon (περιέχει 8000 UI λιπάσης, 9000 UI αμυλάσης και 2100 UI πρωτεολυτικών ενζύμων) που βοηθά στην υποκατάσταση των ελλειπόντων παγκρεατικών ενζύμων.²⁷

Και τρίτον αποτελείται από την αντιμετώπιση επιπλοκών όπως παραπάνω αναφέρθηκε. Η χειρουργική θεραπεία επέρχεται έπειτα αποτυχίας της συντηρητικής και σκοπό έχει την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο. Οι εγχειρήσεις που γίνονται είναι:²⁷

- η πλάγιο-πλάγια παγκρεατονηστιδική αναστόμωση κατά Roux en Y,
- η υφολική παγκρεατεκτομή
- και η ολική παγκρεατεκτομή.

2.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στις φλεγμονές του παγκρέατος (Παγκρεατίτιδες), οι οποίες είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, η χολολιθιασική οξεία παγκρεατίτιδα και η χρόνια Παγκρεατίτιδα. Σε σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται επιλογή χειρουργικής τεχνικής έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

3.1 Ορισμός του καρκίνου του παγκρέατος

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια όπου τα κύτταρα αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Στον ανθρώπινο οργανισμό τα κύτταρα αυξάνονται, πολλαπλασιάζονται και οργανώνονται με έναν οργανωμένο τρόπο, όπου ο οργανισμός μπορεί να τα ελέγχει.²⁸

Ο καρκίνος αναπτύσσεται όταν τα κύτταρα διαιρούνται ξανά και ξανά. πολλαπλασιάζονται χωρίς έλεγχο, η διάρκεια ζωής τους είναι περισσότερο από τα φυσιολογικά κύτταρα και δεν έχουν πλέον φυσιολογική λειτουργία. Ο όγκος ή καρκίνος δημιουργείται όταν αυτά τα γρήγορα διαιρεμένα κύτταρα συσσωρεύονται σε μία μάζα. Ο παγκρεατικός καρκίνος δημιουργείται όταν αυτή η διαδικασία σε κύτταρα του παγκρέατος.²⁸

Οι όγκοι του παγκρέατος δύναται να επηρεάσουν είτε την εξωκρινή είτε την ενδοκρινή λειτουργία του παγκρέατος.²⁸

Εξωκρινής λειτουργία του παγκρέατος

Η μεγάλη πλειοψηφία με ποσοστό περίπου 95% των καρκίνων του παγκρέατος είναι εξωκρινείς όγκοι που πηγάζουν από την εξωκρινή μοίρα του παγκρέατος, η οποία συμβάλλω στην πέψη. Σε αυτήν την κατηγορία, οι πιο πολύ όγκοι είναι «αδένο-καρκινώματα», που δηλώνει καρκίνος που δημιουργείται από έναν τύπο κυττάρων που λέγονται αδενοκύτταρα.²⁸

Ενδοκρινείς όγκοι

Οι όγκοι που παρουσιάζονται στην ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος, όπου παράγονται ορμόνες όπως η ινσουλίνη, διακρίνονται ως νευροενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος, ή παγκρεατικοί NETs ή PNETs ή «όγκοι των νησιδίων». Το ποσοστό εμφάνισης αυτών των όγκων είναι λιγότερο από το 5% όλων των παγκρεατικών όγκων.²⁸

3.2 Επιδημιολογία

Στην Ευρώπη και στην Αμερική, ο καρκίνος του παγκρέατος είναι ο 7ος στη σειρά πιο διαδεδομένος καρκίνος και ο 4ος σε θνησιμότητα. Ο καρκίνος είναι μια συχνή ασθένεια αφού κατά προσέγγιση ένας στους τρεις ανθρώπους αναπτύσσει κάποια στιγμή στη ζωή του. Παρόλο που η ασθένεια αυτή είναι δυνατόν να

εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι περισσότεροι που νοσούν από τα νόσο αυτή είναι ηλικίας άνω των 65 ετών.⁶

Κάποιες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του δέρματος, με εξαίρεση το μελάνωμα έχουν πολύ αυξημένη πιθανότητα ίασης, όμως ο καρκίνος του παγκρέατος εμφανίζει πολύ μικρά ποσοστά πενταετούς επιβίωσης. Το στάδιο της ασθένειας από τη στιγμή που θα διαγνωστεί είναι σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την επιβίωση του ασθενή.⁶

Αν η νόσος είναι τοπικά προχωρημένη, η διάρκεια ζωής του ασθενή είναι 6 με 10 μήνες, ενώ μετά από επιτυχημένη πλήρη χειρουργική αφαίρεση μόνο για αρχικό στάδιο η επιβίωση είναι 11 με 15 μήνες. Μετά από εγχείρηση, τοπική υποτροπή εμφανίζεται σε ποσοστό 75%, ενώ το 40% των ασθενών έχουν μεταστάσεις λόγω των στενών ανατομικών σχέσεων τους με παρακείμενα όργανα κατά τη διάγνωση και σε ασθενείς που δεν έχουν θεραπευτεί, η μέση επιβίωση είναι 3 με 6%, ενώ η επιβίωση για ένα χρόνο μόνο 1%. Η εκδήλωση της ασθένειας σε ηλικίες κάτω των σαράντα ετών είναι σπάνια και συνήθως εμφανίζεται σε ηλικίες 60-80 ετών.⁶

Η Ελλάδα, σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, έχει πολύ χαμηλά ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος. Μελέτη που έγινε σε διάφορα νοσοκομεία της αθήνας σε διάστημα 18 μηνών μελέτησε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά σε δείγμα 50 ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε πως το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος είναι το συχνότερο καρκίνωμα του οργάνου και αποτελεί το 90% των κακοηθών όγκων.⁶

Με βάση την εκτίμηση πιθανότητας επιβίωσης του ασθενή εξαρτάται και η επιλογή της θεραπείας, η οποία καθορίζεται σε συνδυασμό με τα επίπεδα τοξικότητας της προτεινόμενης κάθε φορά θεραπείας. Εφόσον η πιθανότητα θανάτου θεωρείται άμεση, ο βασικός στόχος είναι να μειωθούν οι πιθανότητες θνησιμότητας. Αυτό ενισχύεται αλλά και ανταποκρίνεται στις κοινωνικές πολιτισμικές στάσεις γύρω από τον καρκίνο.²⁹

3.3 Αιτιολογία καρκίνου και προδιαθεσικοί παράγοντες

Μια ενδοσκοπική ματιά σε αυτόν τον εσωτερικό κόσμο, φανερώνει μια λιγότερο απειλητική αλληλουχία μηχανικών ή συστηματικών βλαβών, οι οποίες αν συμβούν ταυτόχρονα οδηγούν στην ανάπτυξη του καρκίνου.³⁰

Η ογκολογία έχει σκοπό την πλήρη κατανόηση αυτών των μηχανισμών έτσι ώστε να βρει τρόπους να επιδιορθώσει τις βλάβες και να αντισταθμίσει τις επιβλαβείς συνέπειές τους. Μέσο της μοριακής βιολογίας και της γενετικής, τα τελευταία χρόνια επιτεύχθηκε μια ολοκληρωμένη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου. Μέσα από αυτή την πρόοδο ξανοίχθηκαν νέοι θεραπευτικοί δρόμοι που στοχεύουν σε συγκεκριμένες φάσεις της φυσικής ανάπτυξης του κυττάρου, κατά την διάρκεια των οποίων μπορεί να αναπτυχθεί ο καρκίνος.³⁰

Παρόλο που υπάρχει μια ολοκληρωμένη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου, οι μηχανισμοί με τους οποίους συμβαίνουν οι μεταλλάξεις, απώλεια γονιδίων καταστολής των όγκων και οι αλλοιώσεις γονιδίων δεν είναι γνωστοί. Ενδεχομένως κάποιοι άνθρωποι έχουν προδιάθεση προς θραύσεις του DNA και αδυναμία επανόρθωσης των θραύσεων. Επιπρόσθετα, οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν καταλήξει στην ύπαρξη σχέσεων μεταξύ συγκεκριμένων παραγόντων όπως η διαίτα, το περιβάλλον και ορισμένες λοιμώξεις που έχουν άμεση σχέση με τη μεταγενέστερη ανάπτυξη καρκίνου.³⁰

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικοί εφόσον τα ποσοστά επίπτωσης ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Ο πιο καλά τεκμηριωμένος αιτιολογικός παράγοντας, εξηγώντας περίπου το 25% όλων των περιπτώσεων είναι το κάπνισμα. Όσον αφορά τους διατροφικούς παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, αλλά είναι δύσκολο να καθοριστούν συγκεκριμένα στοιχεία τα οποία είτε αυξάνουν είτε μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος. Δεδομένου ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παγκρέατος συνδέεται με την ηλικία, φαίνεται ότι οι ασθενείς θα αυξάνονται σύμφωνα με την ηλικία καθώς ο πληθυσμός των δυτικών χωρών γεράζει.³¹

Τα αίτια για αυτή την δυσαναλογία είναι τρία:

- Η επιθετικότητα του καρκίνου του παγκρέατος
- Η αντικειμενική τεχνική δυσκολία των επεμβάσεων του παγκρέατος
- Η καθυστερημένη διάγνωση στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών.

Η ασθένεια αυτή εμφανίζεται το ίδιο στους άνδρες και στις γυναίκες με τη διαφορά ότι στους άνδρες η νόσος εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος ξεκινά από τα αδενικά λοβία του παγκρεατικού παρεγχύματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρκίνων προσβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος με ποσοστό 60%, ενώ την ουρά και το σώμα με ποσοστό 20%. Αυτά τα

καρκινικά κύτταρα έχουν υψηλό δείκτη κακοήθειας, ενώ έχουν την τάση να εισέρχονται γρήγορα σε παρακείμενες δομές και να καθίστανται στους τοπικούς λεμφαδένες.³²

Κάποιες έρευνες λένε πως δεν έχει βρεθεί ακόμα η αιτία που αναπτύσσεται ο παγκρεατικός καρκίνος. Αντιθέτως όμως κάποιες άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου που έχουν αναγνωριστεί. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου του παγκρεατικού καρκίνου είναι:^{33,34,35}

◆ Γονίδια: Κάποιες μεταλλάξεις που γίνονται στο γονίδιο σχετίζονται με καρκίνο του παγκρέατος. Εκ των πλείστων οι παγκρεατικοί καρκίνοι παρουσιάζουν μεταλλάξεις στα γονίδια KRAS (80%), p53 (50%) και p16, που έχουν σχέση με τον έλεγχο της ανάπτυξης του όγκου. Κάποια άλλα γονίδια που εμφανίζουν μεταβολές ή μεταλλάξεις και έχουν σχέση με το καρκίνο του παγκρέατος είναι το CDKN2 (90%) και το DPC4/Smad4 (50%). Το BRCA2 είναι ένα ακόμα γονίδιο, το οποίο έχει βρεθεί ότι συμμετέχει σε κάποιους παγκρεατικούς καρκίνους.^{33,34,35}

◆ Σπάνια κληρονομικά σύνδρομα: Ο όρος κληρονομικός αναφέρεται σε γενετικά χαρακτηριστικά που κληρονομούνται από γενεά σε γενεά από μέλη της οικογένειας. Με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης παγκρεατικού καρκίνου συνδυάζονται η κληρονομική παγκρεατίτιδα, το σύνδρομο Peutz-Jeghers, το άτυπο οικογενές σύνδρομο με πολλαπλούς σπίλους-μελάνωμα (FAMMM), το σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου μαστού και ωοθηκών και ο κληρονομικός μη-πολυποδοειδής καρκίνος του παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch). Η ύπαρξη πρώτου βαθμού ή δεύτερου βαθμού συγγενών, που έχουν προσβληθεί από παγκρεατικό καρκίνο, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξής του. Εκτιμάται ότι το 5 με 10% των παγκρεατικών καρκίνων δύναται να έχει μία κληρονομική συνιστώσα.^{33,34,36}

◆ Κάπνισμα: ένα 25% των ατόμων με παγκρεατικό καρκίνο είναι μακροχρόνιοι καπνιστές. Εάν ο ασθενής έχει κάποιο από τα προαναφερθέντα γενετικά σύνδρομα, αυτή η συνήθεια έχει μεγαλύτερη επίδραση.^{33,34}

◆ Ηλικία: Ο παγκρεατικός καρκίνος εμφανίζεται συνήθως σε μεγάλες ηλικίες κίνδυνος μεταξύ 60 και 80 ετών.^{33,34}

◆ Παχυσαρκία: Μέσα από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι όταν αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος τότε υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστεί παγκρεατικός καρκίνος.^(33,34) Ο WCRF βρει ότι το 19% των περιπτώσεων με καρκίνο στο πάγκρεας που συμβαίνουν στις Ηνωμένες Πολιτείες αποδίδεται σε περίσσεια λιπώδους ιστού.³⁷

Άγνωστος όμως είναι ο μηχανισμός που συσχετίζει την περίσσεια λιπώδους ιστού του παγκρέατος με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, αλλά θεωρείται ότι δύναται να είναι παρόμοια με εκείνη του λιπώδους ήπατος και μπορεί να περιλαμβάνει και λιπώδη διήθηση του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την τοπική φλεγμονή του ιστού.³⁷

◆ Χρόνια παγκρεατίτιδα: Η χρόνια παγκρεατίτιδα και η εκκίνηση σακχαρώδους διαβήτη κατά την ενήλικη ζωή, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος, και μετά από κάποιες δεκαετίες, αυξάνει τον κίνδυνο αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος. Φυσικά αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται επίσης με το κάπνισμα και τους γενετικούς παράγοντες.³³

◆ Η περιοδοντική νόσος (ουλίτιδα): Η περιοδοντίτιδα πιθανολογείται πως ίσως πολλαπλασιάζει την πιθανότητα αύξησης του παγκρεατικού καρκίνου. Όμως, χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να καθοριστεί αν τα βακτήρια του στόματος έχουν απευθείας επίδραση στην παθογένεια του παγκρεατικού καρκίνου, ή αν λειτουργούν ως δείκτες της ανοσοαπάντησης.³⁸

◆ Χημικοί παράγοντες: με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του παγκρέατος σχετίζονται η ναφθυλαμίνη και η βενζυδίνη.³³ Επίσης, με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παγκρεατικού καρκίνου έχει συνδεθεί η εργασία σε βιομηχανίες μετάλλου και παραγωγής χημικών προϊόντων, υλικών οικοδομών και ενδυμάτων. Ωστόσο, είναι δύσκολο να βρεθεί η υπεύθυνη καρκινογόνος ουσία, αφού ο εργάτης είναι εκτεθειμένος σε πολλές χημικές ουσίες κατά τη διάρκεια της δουλειάς του. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι το κάδμιο είναι από τους σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου.³⁹

3.4 Η διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος

Η διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα, καθώς οι ακριβείς εξετάσεις και οι διαδικασίες τις οποίες ακολουθεί ο ασθενής εξαρτώνται επίσης από τα συμπτώματα που εμφανίζει. Σε πολλές χώρες ακολουθούνται κάποιες τυπικές εξετάσεις. Για να γίνει η διάγνωση χρειάζεται να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις, αυτές είναι:³⁹

- η αξονική τομογραφία AT ή CT,
- και η μαγνητική τομογραφία MRI).

Για να δημιουργήσουν απεικονίσεις των εσωτερικών οργάνων, χρησιμοποιούνται οι απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η υπολογιστική τομογραφία (CT) ή αξονική τομογραφία (AT) και η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού (MRI) ή μαγνητική τομογραφία.³⁹

Για την αξονική τομογραφία CT, αποκαλούμενη και CAT, θα χρειασθεί ο ασθενής να ξαπλώσει σε μία στενή κλίνη, η οποία θα εισέλθει ολισθαίνοντας σε μία μεγάλη οπή στο κέντρο του απεικονιστικού μηχανήματος. Οι αξονικές τομογραφίες CT χρησιμοποιούν ακτινοβολίες, αλλά είναι ανώδυνες και η εξέταση διαρκεί λίγα μόνο λεπτά. Το μηχάνημα για τη μαγνητική τομογραφία MRI λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο, αλλά αντί για ακτινοβολίες χρησιμοποιεί μαγνητικό πεδίο. Η εξεταστική κλίνη μερικές φορές μπορεί να επιφέρει στον ασθενή μία αίσθηση κλειστοφοβίας καθώς εισέρχεται σε μία πιο επιμήκη και στενότερη σήραγγα. Η διαδικασία δεν επιφέρει πόνο και έχει διάρκεια από 15 έως και 90 λεπτά.³⁹

Οι απεικονιστικές εξετάσεις CT ή MRI κάποιες φορές μπορεί να είναι ασαφείς, τότε μπορεί να γίνει μία άλλη εξέταση που ονομάζεται ενδοσκοπικός υπερηχογραφικός έλεγχος (EUS). Με την εξέταση αυτή εισάγεται ένας λεπτός, εύκαμπτος σωλήνας μέσα στο λαιμό που φθάνει μέχρι το στομάχι ώστε να λάβει απεικονίσεις από το πάγκρεας. Επίσης, κατά τη διάρκεια του EUS μπορεί να συλλεχθεί κάποιο δείγμα κυττάρων (βιοψία).³⁹

3.4.1 Βιοψία και Λαπαροσκόπηση

Σημαντικό μέρος της διάγνωσης είναι και η βιοψία, δεδομένου ότι αφορά στη λήψη δείγματος κυττάρων ιστού από τον υπό εξέταση όγκο, το οποίο μπορεί να ελεγχθεί για να διαπιστωθεί εάν ο όγκος είναι κακοήθης ή καλοήθης. Όμως, η βιοψία δεν είναι πάντα απαραίτητη για να γίνει χειρουργική αφαίρεση του όγκου, καθώς για αυτή την απόφαση συχνά αρκεί η αξονική τομογραφία CT. Το δείγμα της βιοψίας μπορεί επίσης να ληφθεί με την εισαγωγή, διαδερμικά, μίας βελόνας εντός του παγκρέατος υπό την καθοδήγηση υπερηχογραφήματος ή αξονικής τομογραφίας CT.³⁹

Η λαπαροσκόπηση είναι μία χειρουργική διαδικασία, κατά την οποία, μέσω μιας μικρής τομής στην κοιλιακή χώρα, ο χειρουργός εισάγει το λαπαροσκόπιο στην κοιλιακή χώρα, αποκτώντας άμεση εικόνα της περιοχής. Για αυτήν τη διαδικασία ο ασθενής θα υποβληθεί σε γενική αναισθησία. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί μια ήπια δυσφορία για λίγες μέρες και έτσι του χορηγούνται κάποια αναλγητικά.³⁹

3.5 Κλινική Εικόνα

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, ο καρκίνος είναι δύσκολος να ανιχνευτεί σε πρώιμο στάδιο, καθώς δεν παρουσιάζει συνήθως συγκεκριμένα συμπτώματα. Η διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος σε αρχικό στάδιο, κατά το οποίο είναι δυνατή η χειρουργική αφαίρεση, γίνεται μόνο σε ένα ποσοστό περίπου 20%.⁶

Όσο, όμως ο καρκίνος αναπτύσσεται, τα συμπτώματα αυξάνουν. Το συμπτώματα τα οποία εμφανίζει σχετίζονται με πολλούς παραμέτρους, όπως ο τύπος του καρκίνου του παγκρέατος, το μέρος όπου εντοπίζεται καρκίνος στο πάγκρεας και τις επιπτώσεις που επιφέρει στον οργανισμό.

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του παγκρεατικού καρκίνου είναι τα εξής:⁴⁰

- Ίκτερος
- Ανεξήγητη απώλεια βάρους
- Πόνος στην κοιλιακή χώρα και/ή στην πλάτη
- Αίσθηση μετεωρισμού ή τυμπανισμού

Επίσης κάποια άλλα συχνά συμπτώματα του παγκρεατικού καρκίνου είναι:⁴⁰

- Εντερικά προβλήματα
- Διαβήτης
- Δυσπεψία / καούρα / ναυτία και εμετός
- Πυρετός και ρίγος
- Υπερβολική κούραση / κόπωση
- Ανεξήγητη οξεία παγκρεατίτιδα (φλεγμονή του παγκρέατος)
- Κόπρανα που είναι μεγάλα, ανοιχτού χρώματος, δύσοσμα και

επιπλέοντα

Σπάνια συμπτώματα του παγκρεατικού καρκίνου είναι:

- Μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα (σημείο Trousseau)
- Οξεία παγκρεατίτιδα από απόφραξη του παγκρεατικού πόρου
- Ψυχιατρικές εκδηλώσεις (κατάθλιψη)
- Πρόσφατη έναρξη σακχαρώδους διαβήτη.⁴⁰

3.6 Τα στάδια του καρκίνου παγκρέατος

Ο καρκίνος χωρίζεται σε στάδια για δηλώσει την ανάπτυξει και την εξάπλωση του καρκίνου πέραν του παγκρέατος. Η σταδιοποίηση του καρκίνου φαίνεται από

τους ελέγχους και τις απεικονιστικές εξετάσεις, που προαναφέρθηκαν, αν και η εικόνα μερικές φορές γίνεται πιο σαφής αφού γίνει η χειρουργική επέμβαση. Παρόλο που υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι σταδιοποίησης του καρκίνου από χώρα σε χώρα, οι δύο βασικοί τρόποι σταδιοποίησης του παγκρεατικού καρκίνου βασίζονται στο σύστημα TNM και στο αριθμητικό σύστημα.⁴¹

Συνήθως, οι γιατροί θα περιγράψουν τον καρκίνο χρησιμοποιώντας το σύστημα σταδιοποίησης TNM. Το οποίο αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου δλαδή κατά πόσον ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες, και επίσης αναφέρεται στο κατά πόσον ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος, όπως το ήπαρ ή οι πνεύμονες.⁴¹

Στάδιο 1

Το στάδιο 1 είναι το αρχικό στάδιο, όπου καρκίνος εντοπίζεται περιορισμένος μέσα στο πάγκρεας και δεν έχει εξαπλωθεί σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος.

Στάδιο 2

Στο στάδιο 2 ο καρκίνος έχει αρχίσει να αναπτύσσεται έξω από το πάγκρεας στους γειτονικούς ιστούς και στους λεμφαδένες κοντά στο πάγκρεας. Τα στάδια I και II θεωρούνται χειρουργήσιμα ή καρκίνους πρώιμου σταδίου.⁴¹

Στάδιο 3

Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος έχει επεκταθεί στο στομάχι, το σπλήνα, το παχύ έντερο ή στα μεγάλα αιμοφόρα αγγεία κοντά στο πάγκρεας, αλλά δεν έχει προχωρήσει σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος, όπως το ήπαρ ή οι πνεύμονες. Ο καρκίνος σταδίου III είναι τοπικά προχωρημένος καρκίνος ή μη χειρουργήσιμος καρκίνος, που σημαίνει ότι οι όγκοι δεν έχουν εξαπλωθεί σε διάφορα μέρη, αλλά δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά χωρίς να παραμείνουν τελικά κάποιοι όγκοι. Κάποιοι από αυτούς τους όγκους μπορεί να αφαιρεθούν χειρουργικά, αλλά το συνηθέστερο είναι αυτό να γίνεται πριν τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία και απαιτούν πιο περίπλοκες χειρουργικές εκτομές.⁴¹

Στάδιο 4

Το στάδιο IV θεωρείται τελικό στάδιο και αποκαλείται μεταστατικός καρκίνος, καθώς ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί έως το ήπαρ και τους πνεύμονες. Αυτό δηλώνει ότι, ο καρκίνος δεν δύναται να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση, αλλά προτείνονται άλλες θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία.⁴¹

3.6.1 Χειρουργική θεραπεία

Ο βασικότερος λίθος της θεραπείας του καρκίνου είναι η εγχείρηση. Η κάθε εγχείρηση που διεξάγεται έχει διαφορετικό σκοπό. Σκοπός της εγχείρησης είναι πρώτον να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης, έτσι ώστε να αφαιρεθεί και δεύτερον για να εξακριβωθεί η εξάπλωση καρκινικών κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος. Κάποιες φορές η εγχείρηση στοχεύει στην αντιμετώπιση μιας απόφραξης, για παράδειγμα, αφαιρείται ένας όγκος ο οποίος αποφράσσει τον χοληδόχο πόρο.⁴²

Για να κάνει ο χειρουργός τη χημειοθεραπεία ή και την ακτινοθεραπεία περισσότερο αποτελεσματική επιλέγει κάποιες φορές, να αφαιρέσει μερικός ή ολόκληρο τον καρκινικό όγκο, είναι δυνατό να αφαιρέσει όσον το δυνατό περισσότερο. Αν η νόσος εντοπίζεται σε μια τοποθεσία, η εγχείρηση είναι περισσότερο αποτελεσματική. Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί τότε η εγχείρηση είναι δύσκολο να θεραπεύσει τον καρκίνο.⁴²

Κάποιες φορές, μετά την αφαίρεση του πρωτογενούς, κάνει την εμφάνισή του ένας μεταστατικός όγκος και σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική αφαίρεση αυτής της απομονωμένης βλάβης είναι δυνατό να οδηγήσει σε ολοκληρωτική αποθεραπεία. Αυτή η κατάσταση μπορεί να λάβει χώρα μεταξύ άλλων σε άτομα με καρκίνο του παχέος εντέρου ή και των όρχεων. Οι μεταστατικοί όγκοι εκ των πλείστον βρίσκονται στον πνεύμονα, στο ήπαρ και στον εγκέφαλο.⁴³

3.7 Επεξήγηση των θεραπευτικών επιλογών

Υφίστανται κάποιοι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων για τον καρκίνο του παγκρέατος. Η χειρουργική επέμβαση για νοσούντες σε αρχικά στάδια παγκρεατικού καρκίνου γίνεται με στόχο την ολοκληρωτική αφαίρεση του όγκου. Οι τύποι της χειρουργικής επέμβασης είναι οι ακόλουθοι:⁴⁴

1. Εγχείρηση Whipple (παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή)

Η χειρουργική επέμβαση Whipple ή αλλιώς παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1935 από τον καθηγητή Walter Kausch, και στην συνέχεια τροποποιήθηκε και προτάθηκε ως χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του παγκρέατος από τον καθηγητή Allen Whipple. Είναι η πιο συνηθισμένη εγχείρηση για τη θεραπεία του παγκρεατικού καρκίνου Αυτή η εγχείρηση διενεργείται όταν ο όγκος έχει βρεθεί στην κεφαλή του παγκρέατος. Είναι μια από τις βαρύτερες και πολυπλοκότερες χειρουργικές επεμβάσεις της χειρουργικής ογκολογίας. Περιλαμβάνει την αφαίρεση:⁴⁴

- της κεφαλής του παγκρέατος,

- του δωδεκαδακτύλου,
- τμήματος του λεπτού εντέρου,
- της χοληδόχου κύστης,
- του χοληφόρου πόρου,
- και, μερικές φορές, τμήματος του στομάχου.

Κατά την στιγμή ανάπλασης της εγχείρησης, γίνεται επανασύνδεση του εντέρου, του χοληδόχου πόρου και του εναπομείναν τμήματος του παγκρέατος. Αυτό θα εμποδίσει την εμφάνιση διαβήτη σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών. Για να ολοκληρωθεί η εγχείρηση χρειάζεται περίπου έξι ώρες. Η επέμβαση αυτή είναι πάρα πολύ δύσκολη, και αυτό έχει να κάνει αφενός στην ανατομικής σχέσης του παγκρέατος με βασικά αγγεία του ανθρωπίνου σώματος, αυτά τα αγγεία είναι η κάτω κοίλη φλέβα, τα άνω μεσεντέρια αγγεία, η πυλαία φλέβα του ήπατος, και αφετέρου στις αναστομώσεις που πρέπει να γίνουν μετά την αφαίρεση του παγκρέατος για την διατήρηση της λειτουργικότητας του πεπτικού.⁴⁴

Η επέμβαση Whipple εμπερικλείει, την χειρουργική αφαίρεση της κεφαλής του παγκρέατος, το δωδεκαδάκτυλο, τον χοληδόχο πόρο μέχρι λίγο πριν τον διχασμό του, την χοληδόχο κύστη, το τελικό τμήμα του στομάχου και οπωσδήποτε τον λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής. Εν συνεχεία η αποκατάσταση του γαστρεντερικού σωλήνα ολοκληρώνεται μέσω τριών αναστομώσεων που περιέχουν:

- α) την αναστόμωση του λεπτού εντέρου με το με το περιφερικό τμήμα του παγκρέατος (δηλαδή σώμα και ουρά),
- β) την αναστόμωση του λεπτού εντέρου με τον χοληδόχο πόρο, και
- γ) την αναστόμωση του λεπτού εντέρου με το στομάχι⁴⁵

Η επιστήμη της χειρουργικής και της τεχνολογίας έχουν βελτιώσει πολύ την επέμβαση Whipple καθώς έχουν βοηθήσει στις βελτιώσεις και τροποποιήσεις που σχετίζονται κυρίως στον τύπο των αναστομώσεων, στην αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού σωλήνα, καθώς και στην χρήση ειδικών υλικών και εργαλείων. Στόχος, λοιπόν, των βελτιώσεων είναι η φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού, η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και η κατά το δυνατόν πληρέστερη εξαίρεση του καρκίνου και των πιθανών λεμφαδενικών μεταστάσεων. Οι πιο συνηθισμένες τροποποιήσεις συμπεριλαμβάνουν:⁴⁵

- α) την διατήρηση του πυλωρού του στομάχου (PPPD, Pylorus-Preserving Pancreatico-duodenectomy)

β) την χρήση μεμονωμένης έλικας λεπτού εντέρου (Roux-en-Y after pancreatico-duodenectomy).

Η επέμβαση Whipple είναι η σωτήρια θεραπευτική εγχείρηση, που δυνητικά δύναται να οδηγήσει στην ίαση, των καρκίνων που εντοπίζονται:

1. Στην κεφαλή του παγκρέατος.
2. Στο φύμα του Vater.
3. Στο τελικό τμήμα του χοληδόχου πόρου.

Είναι απαραίτητο να διενεργείται αυστηρός και ολοκληρωμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος (MDCT, MRCP, ERCP MRI MRA) που να διασφαλίζει τα κριτήρια της πλήρους αφαίρεσης του καρκίνου όγκου και τον απαραίτητο λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής.⁴⁵

Η αφαίρεση του καρκίνου της κεφαλής του παγκρέατος είναι η μόνη ουσιαστική θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας. Εντούτοις, μόνο το 15-20% των αρρώστων είναι υποψήφιοι για παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή, αφού ο όγκος στους περισσότερους ασθενείς δεν μπορεί να χειρουργηθεί. Οι αντενδείξεις που καθιστούν τον όγκο μη εξαιρεσιμότητα είναι οι ακόλουθες:⁴⁵

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (ήπαρ, πνεύμονας)
- Παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων πέραν των περιπαγκρεατικών λεμφαδένων
- Παρουσία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων
- Διήθηση από τον όγκο των μεγάλων αγγείων της περιοχής (άνω μεσεντέρια αγγεία, πυλαία φλέβα, κάτω κοίλη φλέβα).
- Μέγεθος όγκου μεγαλύτερο των 3cm.

Έτσι, λοιπόν, πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου, γιατί οποιαδήποτε απόπειρα χειρουργικής εξαίρεσης του όγκου δεν προσφέρει τίποτα ουσιαστικό στην επιβίωση του ασθενούς. Αντιθέτως, αυξάνει με αδικαιολόγητο τρόπο τη νοσηρότητα και τη θνητότητα μιας πολύ βαριάς εγχείρησης. Για το λόγο αυτό, η προεγχειρητική εκτίμηση της εξαιρεσιμότητας του καρκίνου του παγκρέατος είναι θεμελιώδους αξίας και πρέπει να μελετάται με σοβαρότητα.⁴⁵

Εντούτοις, ακόμα και σήμερα, παρά την σημαντική πρόοδο, οι επεμβάσεις αυτές συνοδεύονται από σχετικά αυξημένα ποσοστά επιπλοκών ενώ η θνητότητα της επέμβασης Whipple είναι 2 με 5%. Οι πιο συνηθισμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:⁴⁵

α) Η διαφυγή της παγκρεατονηστιδικής αναστόμωσης.

Διαφυγή της παγκρεατονηστιδικής αναστόμωσης είναι η διαφυγή παγκρεατικών υγρών από την αναστόμωση του περιφερικού τμήματος του παγκρέατος με το λεπτό έντερο. Η ρήξη της παγκρεατικής αναστόμωσης είναι η πιο συχνή επιπλοκή με ποσοστό 10% με 15% των ασθενών, ενώ η συχνότητα της προχωρά με μείωση. Απαιτείται να γίνει ολοκληρωμένη διεγχειρητική παροχέτευση της περιοχής του παγκρέατος. Με την ολοκληρωμένη διεγχειρητική παροχέτευση τον εξασφαλίζεται ότι ακόμα και αν υφίσταται διαφυγή από την παγκρεατονηστιδική αναστόμωση θα ευδοκιμήσει ο σχηματισμός κατευθυνόμενου παγκρεατικού συριγγίου. Η επαρκής παροχέτευση βοηθά τα συρίγγια αυτά να θεραπεύονται μέσα σε δύο με τρεις εβδομάδες. Στις περιπτώσεις που η διαφυγή δεν κατευθύνεται σε εξωτερικό συρίγγιο τότε δημιουργείται παγκρεατικό απόστημα ή και γενικευμένη περιτονίτιδα. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται να γίνει ξανά επέμβαση με στόχο είτε την επιπρόσθετη ολική παγκρεατεκτομή είτε στην παροχέτευση του αποστήματος με σωλήνες προς τα έξω. Η χορήγηση σωματοστατίνης (σε δόση 0,5 IU x 2 υποδόρια) ωφελεί στην ελάττωση της έκκρισης των παγκρεατικών ενζύμων, την ελάττωση της παροχής των παγκρεατικών συριγγίων και επισπεύδει την επούλωση τους. Θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή της πριν την συμπλήρωση της δεύτερης μετεγχειρητικής ημέρας, εξαιτίας αγγειοσπασμού της μικροκυκλοφορίας και ενδεχόμενη επιβάρυνση στην αιμάτωση των αναστομώνσεων.⁴⁵

β) Η διαφυγή της χολοπεπτικής αναστόμωσης.

Η διαφυγή της χολοπεπτικής αναστόμωσης είναι η διαφυγή χολής από την αναστόμωση του χοληδόχου πόρου με το λεπτό έντερο. Η διαφυγή της χολοπεπτικής αναστόμωσης γίνεται πιο σπάνια από την διαφυγή της παγκρεατικής αναστόμωσης με ποσοστό 4% με 6% των αρρώστων. Όπως με τις παγκρεατικές διαφυγές έτσι και εδώ ακολουθείται η ίδια προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση.

γ) Καθυστερημένη γαστρική κένωση.

Η καθυστερημένη κένωση του στομάχου αφορά κατά προσέγγιση το 20% των αρρώστων, τα αίτια δεν ακόμα γνωστά και ως έγγιστα πάντα αποκαθίσταται με την πάροδο του χρόνου μέσα σε 4 έως 6 εβδομάδες.⁴⁵

Πιο σπάνιες επιπλοκές είναι οι πνευμονικές παθήσεις, η μετεγχειρητική αιμορραγία και τα ενδοκοιλιακά αποστήματα. Η πιθανότητα να ξαναγίνει επέμβαση ένεκα επιπλοκών αυξομειώνεται μεταξύ 1% με 10%. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι η

μείωση της θνητότητας και των επιπλοκών της επέμβασης Whipple, εξαρτάται άμεσα με την εμπειρία και την εκπαίδευση του χειρουργού.⁴⁵

Τα βασικά χειρουργικά βήματα στην επέμβαση Whipple είναι τα ακόλουθα:

- Τομή δέρματος

Κατά κανόνα εκτελείται αμφοτερόπλευρη υποπλεύρια τομή (διπλή Kocher) ή μέση τομή υπερ-υπομφάλια. Μετά την διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος διενεργείται λεπτομερής έλεγχος για την παρουσία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων ή ηπατικών μεταστάσεων. Στη συνέχεια τοποθετούνται διαστολής κοιλίας που συγκρατούν ανοιχτό το χειρουργικό πεδίο.⁴⁵

- Κινητοποίηση της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου (κινητοποίηση κατά Kocher).

Με τον χειρισμό αυτό ανασηκώνεται και κινητοποιείται η δεύτερη και η αρχή της τρίτης μοίρα του δωδεκαδακτύλου, καθώς ταυτόχρονα κινητοποιείται και απομακρύνεται από την πρόσθια επιφάνεια του παγκρέατος η δεξιά κολική καμπή. Ο χειρουργός μέσα από τη διαδικασία αυτή συλλέγει σημαντικές πληροφορίες που αφορούν την θέση και την επέκταση του όγκου προς την κάτω κοίλη φλέβα την άνω μεσεντέριο αρτηρία (SMA) και την άνω μεσεντέριο φλέβα (SMV). Οι πληροφορίες αυτές είναι πολύ σημαντικές για την πορεία της επέμβαση και την εξαιρεσιμότητα του όγκου. Η διήθηση των παραπάνω αγγείων κατά κανόνα φανερώνει και το τέλος της επέμβασης, αφού η ασθένεια θεωρείται γενικευμένη και άρα ανεγχείρητη.⁴⁵

- Αποκάλυψη και χειρουργική παρασκευή της ηπατικής αρτηρίας, του χοληδόχου πόρου και της πυλαίας φλέβας.

Ακολουθεί η διάνοιξη του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου και η ανεύρεση της ηπατικής αρτηρίας. Προετοιμάζεται και γίνεται απολύμανση στη δεξιά γαστρική αρτηρία και στη συνέχεια στη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Γίνεται παρασκευή της πυλαίας φλέβας και του χοληδόχου πόρου με αφαίρεση των επιχώριων λεμφαδένων και έπειτα γίνεται αφαίρεση της χοληδόχου κύστης από το ήπαρ και διατομή του χοληδόχου πόρου πάνω από την συμβολή του κυστικού πόρου.⁴⁵

- Εκτομή της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου ή του στομάχου.

Στην φάση αυτή αποφασίζεται και η διατομή του στομάχου, είτε κατά μήκος του σώματος του στομάχου (κλασική Whipple), είτε αμέσως μετά τον πυλωρικό σφικτήρα (Pylorus-Preserving) δηλαδή στην ανατομικής θέση της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου.⁴⁵

- Παρασκευή των άνω μεσεντέριων αγγείων και περιβροχισμός του αυχένα του παγκρέατος.

Με λεπτούς χειρισμούς φτιάχνεται η άνω μεσεντέριος φλέβα και η αρτηρία στην ανατομική θέση της αγκύλης του παγκρέατος. Στην συνέχεια γίνεται ο διαχωρισμός της οπίσθιας επιφάνειας του παγκρεατικού αυχένα. Αυτότο χρονικό διάστημα είναι πολύ σημαντικό καθότι στην ουσία επικυρώνει την αρχική απόφαση του χειρουργού σχετικά με την εξαιρεσιμότητα του καρκίνου. Κατά τη ροή της επέμβασης ο αυχένος του παγκρέατος περιβροχίζεται με ειδικό νήμα το οποίο διέρχεται μεταξύ της πυλαίας φλέβας και του παγκρέατος.⁴⁵

- Διατομή του συνδέσμου Treitz και κινητοποίηση της τρίτης και τέταρτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου.

Ακολουθεί η διατομή του συνδέσμου Treitz και η τελικο- τελική εκτομή του λεπτού εντέρου (νήστιδα) 8cm-10cm περιφερικά του δωδεκαδακτύλου. Αφού κινητοποιηθεί και αποκολληθεί η τελική μοίρα του δωδεκαδακτύλου, με προσεχτικούς χειρισμούς μετακινείται μεταξύ της αορτής και των άνω μεσεντέριων αγγείων. Με τον χειρισμό αυτό έχει ουσιαστικά κινητοποιηθεί όλο το δωδεκαδάκτυλο μαζί με την κεφαλή του παγκρέατος.⁴⁵

- Διατομή του αυχένα του παγκρέατος και αφαίρεση του παρασκευάσματος.

Στη συνέχεια γίνεται η εκτομή του παγκρέατος στην ανατομική θέση του παγκρεατικού αυχένα, και στην συνέχεια η κεφαλή του παγκρέατος και η αγκιστροειδής απόφυση αποκολλώνται από την πυλαία φλέβα και τα άνω μεσεντέρια αγγεία. Έτσι πια όλο το παρασκεύασμα που αποτελείται από την κεφαλή του παγκρέατος (μαζί με τον καρκινικό όγκο), την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου, τον χοληδόχο πόρο, την χοληδόχο κύστη, τμήμα του στομάχου, τμήμα των πρώτων εκατοστών της νήστιδας, και όλα τα λεμφαγγειακά στοιχεία της περιοχής, αφαιρούνται με επιτυχία από τον ασθενή.⁴⁵

- Το χειρουργικό παρασκεύασμα αποστέλλεστε στον παθολογοανατόμο.

Κατόπιν αφαίρεσης των ιστών σε όλο το παρασκεύασμα γίνεται ιστολογική και ανοσοϊστοχημική μελέτη. Μέσα από την μελέτη αυτή φαίνεται ο κυτταρικός τύπος του όγκου, η έκταση του, τα υγιή ή μη όρια του χειρουργικού παρασκευάσματος, η ανοσολογική ταυτοποίηση των κυττάρων και τους κυτταρικού

υποδοχείς των καρκινικών κυττάρων. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για να καθοριστεί η μετεγχειρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.⁴⁵

- Η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα.

Η φάση αυτή, της χειρουργικής επέμβασης είναι ένα από τα δυσκολότερα και πιο πολυσυζητημένα ζητήματα. Περικλείει την αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού, την ομαλή λειτουργία του πεπτικού και προσπαθεί να μειώσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το περιφερικό τμήμα της νήστιδας αναστομώνεται με το περιφερικό τμήμα του παγκρέατος με το τελικό τμήμα του χοληδόχου πόρου και τέλος με το κολόβωμα του στομάχου. Η κλασική επέμβαση Whipple χαρακτηρίζεται από τη σειρά αυτή των αναστομώνσεων.⁴⁵

2. Περιφερική παγκρεατεκτομή

Η περιφερική παγκρεατεκτομή γίνεται όταν ο όγκος βρίσκεται στην ουρά του παγκρέατος. Πραγματεύεται την αφαίρεση της ουράς και του σώματος του παγκρέατος. Επίσης, δύναται να αφαιρεθούν ο σπλήνας, τμήματα του στομάχου, του εντέρου, του αριστερού επινεφριδίου, του αριστερού νεφρού και του αριστερού διαφράγματος.⁴⁶

3. Ολική παγκρεατεκτομή

Η ολική παγκρεατεκτομή πραγματεύεται την αφαίρεση ολόκληρου του παγκρέατος, επίσης αφαιρείται ο χοληφόρος πόρος, ο σπλήνας, η χοληδόχος κύστη, τμήμα του λεπτού εντέρου και πιθανόν τμήμα του στομάχου. Για να ολοκληρωθεί η εγχείρηση χρειάζονται σχεδόν οχτώ ώρες. Έπειτα την παγκρεατεκτομή, ο ασθενής θα χρειαστεί να λαμβάνει ένζυμα που βοηθούν το πεπτικό σύστημα να διασπά τις τροφές. Επιπροσθέτως, θα έχει ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη εφόρου ζωής, γιατί θα έχει έλλειψη ινσουλίνης και άλλων ορμονών που ρυθμίζουν το σάκχαρο.⁴⁷

4. Ενδοαυλικές προθέσεις (Stents)

Για να υπάρξει ανακούφιση των συμπτωμάτων του ίκτερου, μπορεί να τοποθετηθεί ένας μικρός εύκαμπτος πλαστικός ή μεταλλικός σωλήνας, που λέγεται ενδοαυλική πρόθεση ή stent, εντός του χοληφόρου πόρου. Με την τοποθέτησης αυτή η χολή μπορεί και πάλι να ρέει στο έντερο. Συχνά η διαδικασία αυτή είναι πολύ απλή και γίνεται χρήση ενδοσκοπίου. επίσης, αυτή η διαδικασία γίνεται αν υπάρχει εάν απόφραξη εντέρου. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να του τοποθετηθεί πρόθεση,

τότε μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για να παρακάμψει την απόφραξη. Πρόκειται για μία μείζονος σημασίας εγχείρηση.⁴⁸

3.8 Πρόγνωση

Οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες παρατεταμένης επιβίωσης μετά από χειρουργική επέμβαση είναι η διάμετρος του όγκου (< 3cm), το διπλοειδές DNA περιεχόμενο, οι (-) λεμφαδένες και τα (-) χείλη εκτομής του όγκου.^{49,50}

3.9 Πρόληψη

Το πάγκρεας βρίσκεται βαθιά μέσα στην κοιλιακή χώρα, όπου οι όγκοι είναι δύσκολο να ανιχνευθούν. Ο καρκίνος του παγκρέατος μπορεί να εξελιχθεί πολύ γρήγορα από το πρώτο στάδιο σε μεταστατική νόσο κατά μέσο όρο σε μόνο 1.3 έτη, είναι κρίσιμης σημασίας να αναπτυχθούν τα πρώτα εργαλεία ανίχνευσης. Στην παρούσα φάση δεν υπάρχουν αποδεδειγμένοι βιοδείκτες, ή ενδείξεις ανιχνεύσιμες στο αίμα που θα μπορούσαν να υποδηλώσουν την παρουσία ενός όγκου του παγκρέατος. Η συντριπτική πλειοψηφία των παγκρεατικών περιπτώσεων καρκίνου διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο. Περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών διαγιγνώσκονται όταν η ασθένεια έχει κάνει μετάσταση. Μόνο περίπου το 9% των παγκρεατικών περιπτώσεων καρκίνου διαγιγνώσκονται όταν η νόσος περιορίζεται εντός του παγκρέατος.⁵¹

Έρευνες υποστηρίζουν ότι η δυσανεξία στη γλυκόζη και η υπερβολική ινσουλίνη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη του καρκίνου του παγκρέατος. Πιθανοί παράγοντες για να αποφευχθεί ο καρκίνος είναι η σωματικής άσκησης, αποφυγή χρήσης ασπιρίνης, να αποφευχθεί η επαγγελματική έκθεση σε ορισμένα φυτοφάρμακα, και σε ορισμένους διαιτητικούς παράγοντες, όπως η πρόσληψη υδατανθράκων ή ζάχαρης.^{52,53}

Ένας άλλος γνωστός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του παγκρέατος είναι το κάπνισμα που αντιπροσωπεύει περίπου το 25 με 30% όλων των ασθενών. Κάποιες από τις μεταβολές που εξαρτώνται από τον χρόνο, στην συχνότητα του καρκίνου του παγκρέατος, είναι δυνατόν να εξηγηθεί από τις τάσεις του καπνίσματος. Για την προαγωγή της δημόσιας υγείας θα έπρεπε να επιβληθούν αυστηρά μέτρα για τον έλεγχο του καπνίσματος, έτσι ώστε να μειωθεί σημαντικά η εμφάνιση του καρκίνου του παγκρέατος.⁵⁴ Οι διατροφικοί παράγοντες είναι λιγότερο σημαντικοί για τον καρκίνο του παγκρέατος, αλλά η κατανάλωση μιας δίαιτας με αρκετές ποσότητες

φρούτων και λαχανικών, καθώς και ο έλεγχος των θερμίδων, είτε με διαιτητικά μέτρα ή με την άσκηση θα βοηθούσε να αποφευχθεί ο θανατηφόρος όγκος.⁵⁵

3.9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Το πρώτο βήμα είναι η πρωτογενής πρόληψη, όπου οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην πρόληψη της νόσου με την επισήμανση και την προσπάθεια αποφυγής και απομάκρυνσης των υπεύθυνων καρκινογόνων παραγόντων. Η συνεισφορά των νοσηλευτών στη διακοπή του καπνίσματος ευνοεί στη μείωση του κινδύνου, επίσης σε αυτό βοηθά και η παρότρυνση προς υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού διατροφικού προγράμματος με συμπερίληψη πολλών λαχανικών και φρούτων. Επίσης ο κίνδυνος για καρκίνο του παγκρέατος μπορεί να μειωθεί με την αποφυγή έκθεσης σε επιβλαβείς ουσίες στο χώρο εργασίας, όπως ορισμένα φυτοφάρμακα και άλλες χημικές ουσίες.⁵⁶

Το δεύτερο βήμα είναι η δευτερογενής πρόληψη όπου γίνεται πρόληψη της προχωρημένης νόσου, που δηλώνει ανάπτυξη προγραμμάτων δευτερογενούς ελέγχου για γρήγορη αναγνώριση επιπλοκών, υποτροπής ή μεταστάσεων.⁵⁷

Το τρίτο βήμα είναι η τριτογενής πρόληψη, όπου γίνεται πρόληψη του θανάτου και αναφέρεται βέβαια στην εφικτή πρόληψη της επιτάχυνσης του θανάτου με την προσφορά οποιασδήποτε εφικτής αντινεοπλασματικής και υποστηρικτικής θεραπείας. Ουσιαστικά ο ρόλος του νοσηλευτή είναι: να προετοιμάσει ψυχολογικά τον ασθενή και την οικογένειά του για τη χειρουργική επέμβαση, είναι να παρακολουθεί και να φροντίζει τον ασθενή προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και τέλος, να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή και την οικογένειά του, έτσι ώστε να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.⁵⁶

Η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών αποτελεί θέμα ενδιαφέρον αλλά ταυτόχρονα και ιδιαίτερο, αφού ο καρκινοπαθής δεν είναι απλά ένας κοινός χειρουργημένος ασθενής αλλά κατά συνέπεια η προσέγγιση και η νοσηλεία του απαιτεί μοναδική προσοχή. Ο νοσηλευτικός ρόλος λοιπόν έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του, να ανεχθεί την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, φέρει την αρρώστια. Απώτερος σκοπός είναι η αποκατάσταση με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας του βίου και τον περιορισμό της εξάρτησης από την νόσο.⁵⁸ Στο παρακάτω κεφάλαιο ο ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά τις χειρουργικές παρεμβάσεις αναφέρεται πιο αναλυτικά.⁽⁵⁶⁾

3.10 Σύνοψη κεφαλαίου

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός για τον καρκίνο και γίνεται μια επεξήγηση του καρκίνου του παγκρέατος. Επίσης αναφέρονται επιδημιολογικά στοιχεία για τον καρκίνο του παγκρέατος, καθώς αναφέρονται οι μεταβλητές που προκαλούν τον καρκίνο όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η διατροφή, το αλκοόλ, το σωματικό βάρος, ο διαβήτης, η χρόνια παγκρεατίτιδα και το οικογενειακό ιστορικό. Έπειτα αναγράφεται η σημαντικότητα της διάγνωσης και τα συνήθη συμπτώματα του καρκίνου του παγκρέατος, καθώς και το σύστημα σταδιοποίησης TNM (Στάδιο 1, Στάδιο 2, Στάδιο 3, Στάδιο 4). Στο τέλος γίνεται μια επεξήγηση των θεραπευτικών επιλογών και των τύπων της χειρουργικής επέμβασης που ακολουθούν. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στην σημαντικότητα της πρόγνωσης, της πρόληψης, αλλά και στον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο παγκρέατος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο ασθενής με καρκίνο παγκρέατος, όπως ειπώθηκε στο παραπάνω κεφάλαιο, εμφανίζει πολλαπλά προβλήματα, τα οποία προϋποθέτουν φροντίδα. Για να παρέχουν σωστή φροντίδα στους ασθενείς θα πρέπει να τους παράσχουν προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.⁶⁰

Ο ασθενής πριν από την εγχείριση πρέπει να υποβληθεί σε προεγχειρητική εκτίμηση. Η προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών έχει στόχο:

- ❖ Τη διερεύνηση της λειτουργικής καταστάσεως των οργάνων του οργανισμού κυρίως αυτών που πρόκειται να υποστούν το στρες της χειρουργικής επέμβασης (πνεύμονες, καρδιά, ήπαρ, νεφροί).
- ❖ Την αποκατάσταση, προεγχειρητικά, των λειτουργικών διαταραχών (ιστορικό, αντικειμενική εξέταση, παρακλινικός έλεγχος).
- ❖ Τα διαγνωστικά αποτελέσματα που προέκυψαν για τη νόσο.
- ❖ Τους πιθανούς μετεγχειρητικούς κινδύνους και τις επιπλοκές.⁵⁹

Οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο ως ψυχοσωματική οντότητα, μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα και όχι ως απλή χειρουργική περίπτωση, έχουν την δυνατότητα να εκτιμήσουν, να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματά του. Έτσι, λοιπόν, κάνουν τις σχετικές αναφορές και εισηγήσεις στην υγειονομική ομάδα, αφού έχουν το περισσότερο χρόνο κοντά στον ασθενή.⁶⁰

κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας αποκτά ο ασθενής για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, όταν οι νοσηλευτές προετοιμάζονται κατάλληλα, ώστε να απαντάνε κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνουν σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κ.λ.π. Επίσης εμπιστοσύνη αποκτούν καθώς η προετοιμασία του αρρώστου γίνεται με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες. Αυτό βοηθά στη μείωση και στην εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο.⁶⁰

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα έχουν και οι οικείοι των ασθενών. Οι νοσηλευτές, δεν πρέπει να περιορίζονται στο κύκλο των αρμοδιοτήτων τους, αλλά πρέπει να πλησιάσουν τους οικείους του ασθενούς, για να απαντήσουν στα ερωτήματά τους, έτσι ώστε να διαλύσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους.

Ο χρόνος της προεγχειρητικής ετοιμασίας σχετίζεται από το είδος, τη σοβαρότητα του χειρουργείου και την κατάσταση του ασθενή. Εξασθενημένα άτομα, ακόμη και για μικρές εγχειρήσεις, έχουν ανάγκη προετοιμασίας, για να τις υποστούν χωρίς ρίσκο.⁶⁰

Ο ιατρός επικοινωνεί με τον ασθενή και με τους συγγενείς του, όταν υπάρχουν χειρουργικές επεμβάσεις υψίστης επικινδυνότητας. Για να γίνει η χειρουργική επέμβαση, είναι απαραίτητη η γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς ή των οικείων του, για τον κίνδυνο να προκύψουν νομικά προβλήματα.⁵⁹

Σε χειρουργεία επείγουσας ανάγκης, εάν ο άρρωστος δεν συνοδεύεται από οικείους, τους ειδοποιεί απαραίτητα η νοσηλεύτρια.⁵⁹

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνιστάται σε:

- ❖ Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- ❖ Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- ❖ Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.⁵⁹

4.2. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Με την ορθή προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή προλαμβάνονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιτυγχάνεται η αποκατάσταση του.⁵⁹

4.2.1 Ψυχολογική προετοιμασία

Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση δημιουργεί στρες στον άρρωστο. Όσο μεγαλύτερο είναι το στρες, τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον οργανισμό του ασθενή πριν αλλά και μετά την εγχείρηση. Συντελεστές που βοηθούν στην ανάπτυξη φόβου, ανησυχίας, αγωνίας και στρες είναι:⁵⁹

- Η αναισθησία και ο πόνος
- Η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα
- Το άγνωστο
- Η σκέψη πιθανής αναπηρίας
- Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Μεγάλη και σπουδαία δραστηριότητα των νοσηλευτών είναι η συγκινησιακή υποστήριξη του χειρουργημένου αρρώστου και αυτό εξασφαλίζεται με:

- Τον μοναδικό, ειδικό ρόλο του νοσηλευτή να διακρίνει και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας και άγχους.
- Την επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος, σεβασμού και σημασίας στα αισθήματα του αρρώστου.
- Την παροχή λογικών εξηγήσεων και πληροφοριών.
- Την συμπεριφορά με σύνεση, κρίση, στοργή, ευγένεια, ενδιαφέρον και κατανόηση.
- Την εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.⁵⁹

4.2.2 Φυσική προετοιμασία

Οι ασθενείς, πριν το χειρουργείο, υποβάλλονται σε κάποιες εξετάσεις ρουτίνας. Οι εξετάσεις αυτές πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και πρέπει να γίνει λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, να γίνει σχολαστική κλινική εξέταση και να γίνουν όλες οι απαραίτητες εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.⁵⁹

Όσο αφορά την λήψη ιστορικού συνίσταται:

- ✓ **Ηλικία:** οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μετά την εγχείρηση εύκολα αφυδάτωση και πιο αργό ρυθμό επούλωσης στις τραυματικές βλάβες. Χρόνια νοσήματα (κυκλοφορικού, αναπνευστικού) επιβαρύνουν τη μετεγχειρητική κατάσταση.
- ✓ **Παχυσαρκία:** προδιαθέτει σε μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως διαπύση τραύματος, εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές, σοκ (από αφυδάτωση).
- ✓ **Η καλή θρέψη και η ενυδάτωση πριν την εγχείρηση βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες. Διορθώνεται και εντοπίζεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή, χορηγείται υπερθερμιδική διατροφή και γίνεται μετάγγιση αίματος αν υπάρχει αναιμία.**
- ✓ **Φάρμακα:** αν ο ασθενής παίρνει φάρμακα, όπως κορτικοειδή, αντιβιοτικά, διουρητικά και αντιπηκτικά συνήθως δεν συνεχίζονται, γιατί μπορεί να υπάρχει συνέργεια με τα αναισθητικά φάρμακα.

- ✓ Έντερο: πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν την επέμβαση με κατάλληλη διαίτα, όχι με υπακτικά γιατί επιφέρουν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.⁵⁹

Τις απαραίτητες εξετάσεις αποτελούν:

- ✓ Η Γενική ούρων
- ✓ Η Γενική αίματος
- ✓ Το Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- ✓ Η Ακτινογραφία θώρακος
- ✓ Η Ομάδα και το RHESUS
- ✓ Ο ορολογικός έλεγχος (HBV, HCV, HIV)
- ✓ Ο χρόνος πήξης
- ✓ Ο Πλήρης βιοχημικός έλεγχος.⁵⁹

4.3 Συγκατάθεση του ασθενή

Μέχρι το 1950 περίπου η έννοια της συναίνεσης του αρρώστου στην ιατρική απόφαση ήταν άγνωστη. Η ιατρική πρακτική καθώς επηρεασμένη από την Ιπποκρατική παράδοση, υποστηρίζει ότι ο ιατρός, λόγω των εξειδικευμένων γνώσεών του, έχει την εξουσία και συγχρόνως το ηθικό καθήκον να αποφασίσει για την πορεία της υγείας αλλά και την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.⁶¹

Από το 1960 και μετά ξεκινά, ένας έντονος προβληματισμός άρχισε να δημιουργείται στα πλαίσια της εφαρμοσμένης ηθικής, που αφορούσε το ηθικά επιτρεπτό, αλλά και τα νομικά ερείσματα αυτής της απόλυτης εξουσίας του ιατρού, που προσβάλλει στην αυτονομία και στην αυτοδιάθεση της ανθρώπινης προσωπικότητας.⁶¹

Το 1981 εκδόθηκε η Διακήρυξη της Λισσαβόνας από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση. Η διακήρυξη αυτή διαμόρφωσε τα δικαιώματα του αρρώστου, θεσμοθέτησε σε γενικά ή ειδικά νομοθετικά πλαίσια και κώδικες ιατρικής δεοντολογίας όλων των προηγμένων κρατών το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς για την υγεία του ως προϋπόθεση της συναίνεσης ή της διαφωνίας του στην προτεινόμενη θεραπεία.⁶¹

Έτσι λοιπόν, πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του ασθενή ή των συγγενών του. Ο ασθενής πρώτα ενημερώνεται από τον ιατρό και στη συνέχεια του δίδεται από τον γιατρό ένα ειδικό έντυπο όπου υπογράφει. Σε επείγουσες καταστάσεις που κρίνεται η ζωή του ασθενούς, η

εγχείρηση γίνεται χωρίς άδεια. Αν πρόκειται για ασθενή σε κωματώδη κατάσταση, ή για ανήλικο ασθενή, τότε υπογράφει μέλος της οικογένειας.⁶¹

Για να είναι έγκυρη η συναίνεση χρειάζεται πλήρη ενημέρωση του ασθενή για τους κινδύνους της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης. Η ανύπαρκτη ή πλημμελής ενημέρωση καθιστά άκυρη τη συναίνεση και στοιχειοθετεί την ποινική ή την αστική ευθύνη του ιατρού.⁶¹

4.4 Τοπική προεγχειρητική φροντίδα

Σκοπός της τοπικής προετοιμασίας είναι να απαλλάξει τον ασθενή από τα μικρόβια του δέρματος χωρίς του δημιουργήσουν κάποιο τραυματισμό. Αν όμως προκληθεί κάποια εκδορά, τότε θα πρέπει να αναφερθεί πριν την χειρουργική επέμβαση. Η ατομική υγιεινή του ασθενή περιλαμβάνει:⁵⁹

- Λούσιμο κεφαλής
- Λουτρό καθαριότητας
- Στοματική υγιεινή και περιποίηση νυχιών.

Οι πάνω διαδικασίες επιτυγχάν καθαρισμό του δέρματος και δημιουργούν ταυτόχρονα μυϊκή χαλάρωση, η οποία διευκολύνει την επέλευση του ύπνου. Σε ασθενείς που ελέγχουν το σώμα τους, εφόσον τους εξηγηθεί η σημαντικότητα της ατομικής υγιεινής την κάνουν μόνοι τους. Σε ασθενείς όμως που δεν υπάρχει συνοδός και δεν μπορούν να κινηθούν, οι νοσηλευτικές ενέργειες γίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης.⁵⁹

4.4.1 Προεγχειρητική ετοιμασία προηγούμενης ημέρας

Στην αρχή γίνεται καθαρισμός υποκλυσμός, ο οποίος διενεργείται το απόγευμα της προηγούμενης μέρας για τον καθαρισμό του εντέρου. Αυτή η διαδικασία είναι υποχρεωτική γιατί η νάρκωση προκαλεί μυϊκή χάλωση, με αποτέλεσμα την ακούσια κένωση στο χειρουργικό τραπέζι. Επίσης, σκοπό της διαδικασίας αυτής είναι η ομαλή λειτουργία της επέμβασης σε εγχειρήσεις κοιλίας και πυέλου λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων με αποτέλεσμα την αποφυγή δημιουργίας αερίων από τη σήψη του περιεχομένου.⁵⁹

Όσο αφορά τη διατροφή, από την προηγούμενη μέρα κιόλας, ο άρρωστος λαμβάνει ελαφρά τροφή, και 6 με 8 ώρες πριν την επέμβαση δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα, ούτε νερό. Αυτό συμβαίνει γιατί το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα

διάτασής του και εισρόφησης, κατά και μετά την αναισθησία. Αν ο ασθενής χρειάζεται ενυδάτωση, χορηγούνται υγρά ενδοφλεβίως.⁵⁹

Αν υπάρχει η έλλειψή της ανάπαυσης και του ύπνου, τότε δημιουργείται στον ασθενή κόπωση και ψυχική ένταση. Για να αποφευχθεί η έλλειψή της ανάπαυσης και του ύπνου, το προηγούμενο βράδυ ο νοσηλευτής χορηγεί ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο. Επιπροσθέτως, παρέχονται στο ασθενή κατάλληλα μέτρα όπως η πρόληψη θορύβων, η μείωση φωτός και η απομάκρυνση επισκεπτηρίου.⁵⁹

4.4.2 Τελική προεγχειρητική ετοιμασία κατά την ημέρα επέμβασης

- Ο ασθενής παραμένει νηστικός, το πρωί της ίδιας μέρας.
- Για την πρόληψη πιθανού λάθους τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει.
- Για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του οφθαλμού κατά τη νάρκωση αφαιρούνται φακοί επαφής ή γυαλιά για πρόληψη τραυματισμού.
- Αφαιρούνται δακτυλίδια για να μη χαθούν. Καταγράφονται και παραδίδονται στους οικείους ή την προϊσταμένη. Άλλος λόγος που αφαιρούνται είναι για πρόληψη εγκαύματος από τη διαθερμία σε περίπτωση επαφής με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας. Για τον ίδιο λόγο και για πρόληψη τραυματισμού αφαιρούνται τσιμπιδάκια και φουρκέτες.
- Αφαιρούνται τεχνητά δόντια και οδοντοστοιχίες, γιατί λόγω της μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση, είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες ασφυξίας ή θανάτου. Φυλάσσονται σε ατομικό δοχείο με το όνομα του αρρώστου.
- Τα βαμμένα χείλη ή νύχια καθαρίζονται, για τον έλεγχο της οξυγόνωσης του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλιών είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης.
- Πριν την επέμβαση ο άρρωστος ουρεί. Μια γεμάτη κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι λόγω μυϊκής χάλασής της από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση.

- Ο άρρωστος φορά την ειδική στολή χειρουργείου: χειρουργικό πουκάμισο, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών.
- Γίνεται προνάρκωση (IM) ½ -1 h πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο. Περιλαμβάνει τη χορήγηση ½ amp πεθιδίνης (0,05gr) για την καταστολή των εκκρίσεων. Δίνονται οδηγίες να μη σηκωθεί ο άρρωστος για πρόληψη των πτώσεων, επειδή προκαλείται γενική μυϊκή χάλαση και υπνηλία χωρίς να χάσει τις αισθήσεις του και ξηρότητα στόματος.
- Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων, ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Σε περίπτωση π.χ. πυρετού, αναφέρεται στο γιατρό και μπορεί να είναι κριτήριο αναβολής της επέμβασης.
- Όταν ετοιμαστεί ο άρρωστος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Συγχρόνως γίνεται και έλεγχος αν έγιναν όλες οι απαιτούμενες ενέργειες. Το προεγχειρητικό δελτίο, ο φάκελος του αρρώστου και τα φάρμακα – αν έχει – τον συνοδεύουν στο χειρουργείο. Στο τέλος το προεγχειρητικό δελτίο υπογράφεται από το νοσηλευτή.
- Ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο με φορείο από προσωπικό του χειρουργείου.
- Ενημερώνεται το θερμομετρικό διάγραμμα (σήμα χειρουργείου και μετεγχειρητικές μέρες) και το δελτίο νοσηλείας του. Τοποθετείται και διάγραμμα μετεγχειρητικής παρακολούθησης.⁵⁹

4.5 Η ευθύνη του νοσηλευτή στην αίθουσα ανάνηψης

Μετά την εγχείρηση ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Στην αίθουσα ανάνηψης παραμένει έως ότου συνέλθει από τη νάρκωση και σταθεροποιηθούν τα ζωτικά του σημεία. Για την άμεση αντιμετώπιση πιθανόν επιπλοκών, ο χώρος θα πρέπει να είναι πλήρης εξοπλισμένος με συσκευές όπως σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, φάρμακα και άλλα. Με τη συνεχή παρακολούθηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές, έχει παρατηρηθεί η αξιοσημείωτη μείωση του κινδύνου των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι ευθύνες του νοσηλευτή συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:^{22,58}

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης στην αίθουσα ανάνηψης
- Αναλαμβάνει να καταγράψει με ακρίβεια τα ζωτικά του σημεία για τον έλεγχο της γενική του κατάσταση.
- Φροντίζει να διατηρείται η αεροφόρος οδός με κατάλληλη θέση το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης.
- Τον τακτοποιεί και τον σκεπάζει για να μην κρυώνει.

Επίσης ο νοσηλευτής παρατηρεί και παρακολουθεί:

α) την ενδοφλέβια έγχυση ορού, το ρυθμό ροής, το σημείο φλεβοκέντησης για να μην μετακινηθεί ο φλεβοκαθετήρας και σπάσει η φλέβα.

β) Την σύνδεση και τη λειτουργία της παροχέτευσης, ποσότητα και ποιότητα υγρών, κατάσταση τραύματος

γ) Ελέγχει την λειτουργία συσκευής χορήγησης οξυγόνου, τη θέση της μάσκας, χρώμα νυχιών, χειλιών, κυάνωση και θερμοκρασία 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. Κατά την απουσία του ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου αναλόγως τις ανάγκες του αρρώστου.^{22,58}

4.6 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ξεκινά από το τέλος της επέμβασης και τελειώνει με την έξοδο του αρρώστου και την πλήρη αποκατάστασή του. Έχει στόχο:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Πρόληψη περαιτέρω βλαβών (κατακλίσεις, παραμορφώσεις).
- Βοήθεια ανεξαρτητοποίησης αρρώστου και ανάκτηση δυνάμεων.⁶²

4.6.1 Παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς

Όταν επιστρέψει ο ασθενής από το χειρουργείο, ο νοσηλευτής φροντίζει τα παρακάτω:⁵⁹

- Βοηθά στη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες και συγχρονισμένες κινήσεις.
- Ο άρρωστος τοποθετείται σε κατάλληλη θέση μέχρι να ανανήψει.
- Τον σκεπάζει για να μην κρυώνει.
- Τοποθετεί τις παροχετεύσεις, ελέγχονται οι συνδέσεις τους και η κανονική τους ροή.
- Συνδέει τη συσκευή οξυγόνου, εάν αυτό χρειάζεται.
- Ελέγχει τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης (↓ΑΠ, ↑ΣΦ, αιμορραγία).
- Ελέγχει το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες). Αν δει κάτι, περιχαράκωνει το σημείο με μαρκαδόρο μπλε ή μαύρο.
- Παρακολουθεί για τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Μέχρι την πλήρη ανάνηψη του ασθενούς, λαμβάνει ζωτικά σημεία ανά 1 με 3 ώρες.
- Ελέγχει το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων, που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Τον ανακουφίζει από τον πόνο και τη δυσφορία.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κινεί τα κάτω άκρα.
- Εκτιμά τη λειτουργία των νεφρών (ποσό ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων). Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει τη θέση και τη λειτουργία του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση, τύπο διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης, προβλέπει την έγκαιρη αλλαγή της φιάλης του ορού.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει:
- Ώρα επιστροφής αρρώστου από το χειρουργείο
- Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση
- Ενδοφλέβια έγχυση ορού, μετάγγιση ή άλλου διαλύματος

- Αν έχει παροχέτευση, καθετήρα
- Αν παίρνει οξυγόνο ή κάτι άλλο.
- Στο τέλος υπογράφει.⁵⁹

4.7 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο πόνος είναι η πρώτη μετεγχειρητική δυσχέρεια με την μεγαλύτερη ένταση 12 με 36 ώρες μετά το χειρουργείο, διακρίνεται σε τρεις τύπους:⁶²

α) Ο σπλαχνικός πόνος πηγάζει από τα ενδοκοιλιακά όργανα και το σπλαχνικό πέταλο του περιτοναίου. Μεταβιβάζεται μέσω του Α.Ν.Σ. Η εντόπισή του είναι ασαφής ο ασθενής τον εντοπίζει με την παλάμη του. Αλλάζει συχνά θέση π.χ. κωλικός νεφρού, εντέρου. Τα συνωδά του συμπτώματα είναι η ναυτία, η ωχρότητα, η εφίδρωση και ο έμετος.⁶²

β) Ο σωματικός πόνος πηγάζει από ερεθισμό του τοιχωματικού πετάλου του περιτοναίου. Μεταβιβάζεται μέσω του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η εντόπιση του είναι σαφής καθώς ο ασθενής τον εντοπίζει με το δάχτυλο, είναι περισσότερο οξύς και έντονος. Ο ασθενής παραμένει ακίνητος με μειωμένες αναπνευστικές κινήσεις παραδείγματος χάριν οξεία σκοληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα.⁶²

γ) Ο αντανακλαστικός πόνος στον ώμο πηγάζει από ερεθισμό του διαφράγματος ή από υποδιαφραγματικό απόστημα.⁶²

Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να βρει και να διαπιστώσει τα χαρακτηριστικά του πόνου. Διενεργεί επισκόπηση του τραύματος και έλεγχο των παροχετεύσεων. Αφού βρει το αίτιο του πόνου τηρεί τις παρακάτω νοσηλευτικές παρεμβάσεις:⁶²

- Χορήγηση παυσίπωνων.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε ανακουφιστική θέση (πχ τομή στην κοιλιά και λυγισμένα γόνατα).
- Μη φαρμακευτικές μέθοδοι: αλλαγή θέσης, ήσυχο καθαρό, ξεκούραστο περιβάλλον, απόσπαση προσοχής)
- Υποστήριξη της κοιλιακής ή θωρακικής τομής με μαξιλάρι ή με τα χέρια του όταν γυρίζει, βήχει, ή αναπνέει βαθιά.

Εκτός από τον πόνο, άλλες βασικές μετεγχειρητικές δυσχέρειες αφορούν την δίψα, η οποία είναι μια ακόμα μετεγχειρητική δυσχέρεια, που σαν αιτία έχει, είτε την αναστολή των εκκρίσεων από φάρμακα (ατροπίνη, αναισθητικοί παράγοντες,

ναρκωτικά αναλγητικά), είτε το έλλειμμα όγκου υγρών (απώλεια, περιορισμένη αναπλήρωση).⁶²

4.7.1 Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με ca παγκρέατος

Ο Νοσηλευτής για την ανακούφιση του ασθενούς από αυτό το συναίσθημα πρέπει να φροντίσει για:⁶²

- Την καλή υγιεινή στόματος
- Την λίπανση των χειλιών
- Την κατάλληλη ενυδάτωση
- Το ξέπλυμα στοματικής κοιλότητας με νερό
- Την αποφυγή καπνίσματος
- Την παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα παρωτίτιδας (διόγκωση παρωτιδικών αδένων, πόνος στο αυτί, δυσκολία κατάποσης, πυρετός).
- Έμετος-Ναυτία: προέρχεται από τη συλλογή υγρών στο στομάχι ή τη λήψη υγρών ή τροφής πριν την αποκατάσταση του περισταλισμού του γαστρεντερικού σωλήνα.⁶²

Ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε ο άρρωστος να μην:

- Λαμβάνει τίποτα από το στόμα
- Τη χορήγηση αντιεμετικών
- Να είναι σε περιβάλλον χωρίς οσμές
- Την αργή αλλαγή θέσεων.
- Διάταση κύστης (επίσχεση): μπορεί να προέλθει από πόνο, φόβο ή άγχος, από τον ερεθισμό του συμπαθητικού νευρικού συστήματος της ουροδόχου κύστης και των σφιγκτήρων. Επίσης από αναισθητικούς παράγοντες, ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση: μειωμένος μυϊκός τόνος της κύστης και αντίληψη πληρότητας αυτής.⁶²

Ο νοσηλευτής φροντίζει για την:

- ❖ Επαρκή ενυδάτωση
- ❖ Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (τις πρώτες 48 ώρες τα ούρα είναι λιγότερα από τα προσλαμβανόμενα,

λόγω της απώλειας αίματος και της έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης).

- ❖ Ενημέρωση θεράποντα αν δεν υπάρχει ούρηση τις πρώτες 6 με 12 ώρες μετά την επέμβαση.
- ❖ Πρόκληση ούρησης με αισθητικά ερεθίσματα (νερό βρύσης που τρέχει, τοποθέτηση χεριών του ασθενούς σε ζεστό νερό, διαβροχή περινέου με νερό).
- ❖ Κατάλληλη θέση.
- ❖ Χρήση διαλείπων ή μόνιμου καθετηριασμού.
- ❖ Χορήγηση διουρητικών όταν εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες.
- ❖ Δυσκοιλιότητα: χαρακτηρίζεται η συγκράτηση των κοπράνων στον πεπτικό σωλήνα, που οφείλεται σε ανατομικά αίτια (π.χ. η εντερική στένωση) ή λειτουργικά (π.χ. η εντερική ατονία). Τα αίτια της μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας είναι ο ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την επέμβαση, η μειωμένη πρόσληψη υγρών και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και η τοπική φλεγμονή.⁶²

Ο νοσηλευτής φροντίζει για την:⁶²

- ❖ Λήψη υπακτικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία
- ❖ Έγκαιρη έγερση όταν ξεκινήσει η σίτιση, διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και υγρά
- ❖ Τη διενέργεια χαμηλού υποκλυσμού.
- ❖ Διάταση εντέρου (μετεωρισμός): Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων και η χρήση των φαρμάκων της νάρκωσης καταργεί την περισταλτικότητα για 24 - 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση.⁶²

Ο νοσηλευτής πρέπει να εφαρμόζει:⁶²

- ❖ Σωλήνα αερίων
- ❖ Αλλαγή θέσης στο κρεβάτι για ανακούφιση από το σύμπτωμα.
- ❖ Λόξυγκας: προέρχεται από ερεθισμό του φρενικού νεύρου λόγω γαστρικής διάτασης, εντερικής απόφραξης ή ενδοκοιλιακής αιμορραγίας.⁶²

Ο νοσηλευτής πρέπει να χορηγεί:⁶²

- ❖ Κρύα ή ζεστά υγρά

- ❖ φάρμακα, π.χ grimperan.
- ❖ Ανησυχία-Δυσφορία: Μπορεί να προέρχεται από το βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος, τον συνεχή πόνο, το λόξυγκα, τη δίψα, την επίσχεση ούρων, των τυμπανισμό της κοιλίας, την αϋπνία και τους θορύβους του περιβάλλοντος.⁶²

Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει:

- ❖ Για την ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα αφαιρώντας το αίτιο.⁶²

4.7.2 Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Συχνό φαινόμενο στην κλινική πράξη είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Δυσκολεύουν πολύ το έργο του θεράποντα ιατρού όσο ασήμαντες κι αν είναι. Οι γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορεί να προέρχονται από:⁶³

ε) Δέρμα-Τραύμα:

- Αιμάτωμα
- Μόλυνση
- Ρήξη ραμμάτων-εκσπλάχνωση.

α) Κυκλοφορικό Σύστημα:

- Shock ή καταπληξία
- Ολιγαιμικό Shock
- Καρδιογενές
- Αγγειακό
- Αιμορραγία
- Φλεβίτιδα- θρομβοφλεβίτιδα
- Πνευμονική εμβολή
- Λιποθυμία

γ) Πεπτικό Σύστημα:

- Γαστροπληγία
- Παραλυτικός ειλεός

β) Αναπνευστικό Σύστημα:

- Ατελεκτασία
- Υποστατική πνευμονία

δ) Νευρικό Σύστημα:

- Παραλήρημα
- Διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών

4.7.3 Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Η νοσηρότητα από τις εγχειρήσεις στο πάγκρεας μειώθηκε σημαντικά λόγω των διαγνωστικών και θεραπευτικών γνώσεων των τελευταίων ετών. Ωστόσο οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι:⁶⁴

- ✓ Οξεία παγκρεατίτιδα: οφειλόμενη κυρίως στο τραυματισμό του παγκρεατικού πόρου.
- ✓ Παγκρεατικός ασκίτης: σαν αποτέλεσμα της διάχυσης παγκρεατικών υγρών στη περιτοναϊκή κοιλότητα.
- ✓ Η εξέλιξη σε εγκυστωμένη συλλογή, παγκρεατική ψευδοκύστη ή μετά από επιμόλυνση σε απόστημα είναι η επακόλουθη συνέχεια.

Η αρχική θεραπευτική προσπάθεια είναι η μείωση της παγκρεατικής έκκρισης μέσα από το περιορισμό της λήψης τροφής, τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής με Octreotide και PPI's. Η χειρουργική παροχέτευση είτε στο στόμαχο, είτε στο λεπτό έντερο ή διαδερμικά προς τα έξω σαν τελευταία επιλογή είναι οι χειρουργικοί χειρισμοί που μπορεί να γίνουν. Σε εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις παγκρεατεκτομής είναι δυνατό λόγω γειννίασης σε μεγάλους αγγειακούς σχηματισμούς να υπάρχει αιμορραγία. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή από το χειρουργό διεγχειρητικά για τη πρόληψη μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Κάποιες από τις επιπλοκές είναι:⁶⁴

- Ίκτερος: είναι συχνή επιπλοκή της χειρουργικής του παγκρέατος, του τραύματος ή της οξείας παγκρεατίτιδας. Η αντιμετώπιση κάθε φορά αφορά το υποκείμενο παθολογικό αίτιο.
- Διάσπαση της παγκρεατικοηστιδικής αναστόμωσης που αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή της Παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής (12 με 15%). Η συντηρητική αντιμετώπιση της με ηρεμία του πεπτικού σωλήνα, ολική παρεντερική θρέψη και υποστήριξη του αρρώστου έχει σαν αποτέλεσμα την επούλωση της διάσπασης παρά το μακρύ χρόνο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας του αρρώστου. Παρόλα

αυτά η θεραπεία της είναι δύσκολη και μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο.

- Ανεπάρκεια εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος: οδηγεί σε στεατόρροια.
- Ανεπάρκεια της ενδοκρινούς μοίρας: οδηγεί σε Σακχαρώδη διαβήτη που απαιτεί ινσουλινοθεραπεία. Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με ca παγκρέατος
- Καθυστερημένη γαστρική στένωση: σπάνια χρειάζεται επανεγχείρηση, είναι η πιο συχνή επιπλοκή (30 με 50%), τα αίτια της είναι άγνωστα και μπορεί να παρατείνει την νοσηλεία του ασθενούς, και να κάνει δύσκολη την προσπάθεια θρέψης.
- Αιμορραγία: είναι η 3η πιο συχνή και σοβαρή άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή και μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστεί με πολλές μεταγγίσεις αίματος και επανεγχείρηση, καθώς μπορεί να επιφέρει και θάνατο.
- Διάτρηση Κοίλου Σπλάχνου με πιθανή περιτονίτιδα
- Αιμάτωμα η συλλογή υγρών
- Αποφρακτικός ειλεός
- Στένωση των αναστομώνσεων
- Χολαγγειακή κρίση
- Διαπύηση και διάσπαση της χειρουργικής τομής
- Ηπατική ανεπάρκεια.⁶⁴

4.8 Σύνοψη κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο τρία αναφέρεται η νοσηλευτική προσέγγιση η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, η γενική προεγχειρητική ετοιμασία, η ψυχολογική προετοιμασία, η φυσική προετοιμασία, η συγκατάθεση του ασθενή, η τοπική προεγχειρητική φροντίδα, η προεγχειρητική ετοιμασία προηγούμενης ημέρας, η τελική προεγχειρητική ετοιμασία (ημέρα επέμβασης). Επίσης αναφέρονται η ευθύνη του νοσηλευτή στην αίθουσα ανάνηψης, η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα η παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς, η μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, αλλά και οι ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΚΡΦΑΛΛΑΙΟ 5ο ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 Άγχος

Για να ανιχνευτεί και να διαχειριστεί το άγχος σε καρκινοπαθείς είναι αρκετά δύσκολο. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν τον όρο «άγχος» για να περιγράψουν αισθήματα φόβου και τρόμου, έντονες συναισθηματικές ανησυχίες ή και συναισθήματα που τους είναι δύσκολο να ορίσουν.⁶⁵

Στον καρκίνο, το άγχος εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή της ανησυχίας για δυσλειτουργίες ή μέσω του φόβου για τον θάνατο. Επιπρόσθετα, το άγχος συνιστά έκφραση ψυχολογικών μεταβολών οι οποίες συσχετίζονται με τη διέγερση του κεντρικού του αυτόνομου νευρικού συστήματος και τις νευροενδοκρινικές αντιδράσεις. Όπως έχει βρεθεί, τα άτομα με καρκίνο, σε ποσοστό 30% με 40% δηλώνουν μέσο όρο υψηλό επίπεδο άγχους. Πιθανότατα η διάγνωση του καρκίνου, αποτελεί για τους ασθενείς πηγή πολλών αιτιών άγχους, μερικές από τις οποίες αναφέρονται στη συνέχεια.⁶⁵

Η εκδήλωση του άγχους θα έχει ως αποτέλεσμα μεγάλη ποικιλομορφία συμπτωμάτων για ορισμένους ασθενείς, όπως:⁶⁵

- νευρικότητα
- αϋπνία και εφιάλτες
- περιορισμό της αναπνοής
- αγωνία
- εκφράσεις έντασης
- πτωχή συγκέντρωση και μνήμη
- ευερεθιστικότητα
- ανησυχία
- πονοκέφαλο
- ναυτία και ανορεξία
- αίσθημα παλμών
- διαταραχές εμμήνου ρύσεως
- υπεραερισμό
- διάρροια.

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας του καρκίνου, μπορεί να προκαλείται από πλήθος αιτιών. Ορισμένες σκέψεις που οδηγούν στη δημιουργία άγχους για τα άτομα που αντιμετωπίζουν τον

καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο αποτελούν ο τρόμος για την εγκατάλειψη των αγαπημένων προσώπων είτε ενός επώδυνου θανάτου, η φοβία της απομόνωσης, της περιθωριοποίησης αλλά και του στιγματισμού. Επιπλέον λόγοι που ενδεχομένως θα οδηγήσουν ασθενείς-που βρίσκονται σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο της ασθένειας-στην εκδήλωση άγχους είναι, ο πόνος, οι παρενέργειες της θεραπείας, η αδυναμία προσαρμογής, το παραλήρημα, το οργανικό άγχος και άλλες πιθανές οργανικές είτε και ψυχικές διαταραχές.⁶⁵

5.2 Κατάθλιψη

Είναι διαπιστωμένο ότι οι επιπτώσεις της κατάθλιψης ποικίλουν από 4% έως 42% ανάμεσα σε πληθυσμούς καρκινοπαθών, ενώ όπως αναφέρεται, η κατάθλιψη είναι υπεύθυνη για την όξυνση του πόνου, οδηγεί στην πρόοδο της νόσου και τέλος αυξάνει το βαθμό εξάρτησης και ανικανότητας. Οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας και υγείας, παραδοσιακά θεωρούν ότι η «αντιδραστική» κατάθλιψη, η εμφάνιση της οποίας έρχεται ως απάντηση στη διάγνωση του καρκίνου, δεν είναι «αληθής». Αυτό διότι οι ίδιοι, κρίνουν κατανοητό τον λόγο για τον οποίο οι ασθενείς αισθάνονται κατάθλιψη. Ωστόσο, αυτή η κατάσταση ενδεχομένως να επιφέρει άσχημες συνέπειες για το άτομο, όπου αγωνίζεται μόνο του να αντιμετωπίσει τα αισθήματα απελπισίας και υπερβολικής θλίψης που το καταβάλουν. Εμπόδιο μεγάλης σημασίας στη διάγνωση της κατάθλιψης στην ογκολογία, αποτελεί ο λεπτός διαχωρισμός των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από εκείνα του ίδιου του καρκίνου ή των παρενεργειών που επιφέρει η θεραπεία του.⁶⁶

Φαρμακευτική διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις στη θεραπεία του άγχους στην ογκολογία και στην ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνουν τη χρήση:²⁹

- βενζοδιαζεπινών, π.χ. μιδαζολάμη, λοραζεπάμη, διαζεπάμη, κλοναζεπάμη
- μη βενζοδιαζεπινών, π.χ. βουσπιρόνη
- νευροεπιληπτικών, π.χ. μεθοτριμεπραμίνη, χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη
- αντισταμινικών, π.χ. υδροξυζίνη
- τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, π.χ. ιμπραμίνη
- οπιοειδών αναλγητικών.

- Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη φαρμακευτική διαχείριση της κατάθλιψης στον καρκίνο και στην ανακουφιστική φροντίδα είναι τα ακόλουθα:
- τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, π.χ. αμιτριπτυλίνη, δοθιεπίνη
- δεύτερης γενιάς αντικαταθλιπτικά, π.χ. τραζοδόνη, μιανσερίνη
- ψυχοδιεγέρτες, π.χ. δεξτροαμφεταμίνη
- αναστολείς της μονοάμινο-οξειδάσης, π.χ. φενελζίνη
- ανθρακικό λίθιο
- βενζοδιαζεπίνες, π.χ. αλπραζολάμη.²⁹

5.3 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για το άγχος και την κατάθλιψη

Η σημασία των γνωστικών συμπεριφορικών τεχνικών για τη διαχείριση ψυχολογικών διαταραχών ενδυναμώνεται όλο και περισσότερο. Οι τεχνικές αυτές φαίνεται ότι είναι εύκολες στην κατανόηση και την εφαρμογή τους. Η αναγνωρισμένα υψηλή χρήση των τεχνικών αυτών, δημιούργησε την ανάγκη για την εξέλιξη της νοσηλευτικής γνώσης σε ερευνητική βάση, για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των τεχνικών που προαναφέρθηκαν. Οι τρόποι ψυχολογικής παρέμβασης για την καταπολέμηση του άγχους και της κατάθλιψης είναι οι εξής:⁶⁶

- οι γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές, παραδείγματος χάριν χαλάρωση και εκείνες της απόσπασης της προσοχής έχουν βρεθεί χρήσιμες στη μείωση των ήπιων ή των μέτριων καταθλιπτικών συμπτωμάτων
- η βραχεία υποστηρικτική ψυχοθεραπεία περιγράφεται χρήσιμη για την προσαρμογή σε σχετιζόμενα με κρίσεις ζητήματα, καθώς και το φόβο του θανάτου ή των ερωτημάτων ταυτότητας
- οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχει δειχθεί ότι είναι χρήσιμες στον περιορισμό της ψυχολογικής καταπόνησης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.⁶⁶

5.4 Πληροφόρηση-Εκπαίδευση του αρρώστου

Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι το αρχικό στάδιο επικοινωνίας μαζί του, όπου και μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η ενημέρωση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση, είναι αρμοδιότητα του κλινικού γιατρού και ενδεχομένως της υγειονομικής ομάδας. Η νοσηλεύτρια-τής οφείλει να δώσει πληροφορίες και να

εκπαιδεύσει τον άρρωστο σε κλίμακα που επιλέγει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.⁶⁷

Όπως προαναφέρθηκε, η κατάθλιψη, το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η αβεβαιότητα αποτελούν κοινά συναισθήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και γίνονται ακόμα πιο έντονα σε εκείνους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους. Μέσω του ρόλου τους λοιπόν οι νοσηλευτές, οφείλουν να πληροφορήσουν κατάλληλα τους ασθενείς, ώστε να διατηρήσουν το stress τους, στο βέλτιστο επίπεδο. Για παράδειγμα, μελέτες απέδειξαν πως οι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές, υπέστησαν χαμηλότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία, σε σχέση με ασθενείς, οι οποίες επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν μόνες τους την κατάσταση.⁶⁷

Κατά τη φάση της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής θα προσφέρει πληροφορίες μεμονωμένα ή καθ'ομαδές, σχετικά με τα φάρμακα, τον τρόπο και τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και παρενέργειές που αυτή επιφέρει στον θεραπευόμενο. Επίσης χρειάζεται να δοθεί χρόνος στον ασθενή ώστε να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και να κατανοήσει τη σημασία της, αφού μοιραστεί τις ανησυχίες του με τον νοσηλευτή.⁶⁷

Εκπαίδευση – Διδασκαλία του αρρώστου

- Αναγνώριση των αναγκών του αρρώστου
- Σχεδιασμός διδασκαλίας – τρόποι και μέσα διδασκαλίας
- Εκτίμηση.

Κατά την πληροφόρηση και εκπαίδευση ο άρρωστος ενημερώνεται για:

- ✓ την ανάγκη της θεραπείας του το θεραπευτικό σχήμα
- ✓ τα φάρμακα τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορήγησής τους
- ✓ τις διαδικασίες της θεραπείας
- ✓ τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας κατά την πληροφόρηση-εκπαίδευση της χημειοθεραπείας.

Ο άρρωστος γνωρίζει:

- Την ανάγκη θεραπείας του
- Το θεραπευτικό σχήμα (τα φάρμακα δηλαδή που θα του δοθούν)
- Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορήγησής τους
- Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν, κατά και μετά τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, πώς και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπισή τους.⁶⁷

Κατά την πληροφόρηση-εκπαίδευση ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να είναι παρών κατά την ώρα των συμβουλών του ογκολόγου-παθολόγου γιατρού ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον άρρωστο και αυτό θα βοηθήσει στο να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή.
- Θα πρέπει να ζητήσει από τον άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια τι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί με τη χημειοθεραπεία και αυτό θα δώσει στη νοσηλεύτρια-τή την ευκαιρία να ανιχνεύσει προσεκτικά και να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη του.⁶⁷

Οι πληροφορίες μπορεί να δοθούν προφορικά ή γραπτώς. Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες είναι εξαιρετικά χρήσιμο. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να αφορούν:

- Ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων
- Οδηγίες χρήσεώς τους
- Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους
- Ονόματα και τηλέφωνα προσώπων, που θα έρθει σε επαφή ο ασθενής όταν εξέλθει από το νοσοκομείο, ώστε να αισθάνεται άνετα ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις, όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη χημειοθεραπεία.⁶⁷

5.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο άγχος και στην κατάθλιψη καθώς η κατάθλιψη, το άγχος, και τα παράγωγά τους αποτελούν κοινά συναισθήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και γίνονται πιο έντονα λόγω άγνοιας. Μέσω του ρόλου τους λοιπόν οι νοσηλευτές, οφείλουν να πληροφορήσουν κατάλληλα τους ασθενείς, ώστε να διατηρήσουν το stress τους, στο βέλτιστο επίπεδο. Έτσι λοιπόν γίνεται μια αναφορά στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για το άγχος και την κατάθλιψη και για την απαραίτητη πληροφόρηση-εκπαίδευση του αρρώστου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

6.1 Ορισμοί της αποκατάστασης και της εφαρμογής της στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία

Αποκατάσταση είναι η φάση που το άτομο επιστρέφει στο βέλτιστο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, σε σχέση με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ίδιου και της οικογένειάς του και σε συνύπαρξη με την οριοθέτηση της νόσου και τη θεραπεία της. Στο ενδεχόμενο της παροχής φροντίδας των καρκινοπαθών, η μέριμνα συσχετίζεται με την αποδοχή και υιοθέτηση των μέτρων ελαχιστοποίησης των οργανικών επιδράσεων του καρκίνου και της θεραπείας, με το να τους παραχθεί βοήθεια για να προσαρμοστούν στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια και να μάθουν να ζουν με το αβέβαιο, ενώ ταυτόχρονα θέτουν προσωπικούς στόχους για τη καλύτερη πρώτα οργανική, και έπειτα για τη ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα, που επίσης είναι εξίσου σημαντικά. Η αποκατάσταση στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία εστιάζεται στην προσαρμογή και την αναπροσαρμογή στις αλλαγές που δημιουργεί η νόσος.⁵⁸

6.2 Στόχοι της αποκατάστασης στην παροχή φροντίδας ασθενών με καρκίνο Πρόληψη

Η φάση της πρόληψης στην αποκατάσταση από τον καρκίνο σχεδιάζεται για τη μείωση της επίδρασης και της σοβαρότητας των αναμενόμενων αναπηριών και την υποστήριξη του ατόμου. Μέσα από την αποκατάσταση το άτομο πρέπει να μάθει να ανταποκρίνεται και να διαχειρίζεται κάθε αναπηρία (για παράδειγμα, η απαιτούμενη αποκατάσταση μετά από μια εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση, όπως η μαστεκτομή ή η δημιουργία κολοστομίας), για την πρόληψη των μακροχρόνιων επιπτώσεων.⁵⁸

Επαναφορά

Η φάση της επαναφοράς στην αποκατάσταση από τον καρκίνο σχεδιάζεται για την επιστροφή του ατόμου στο πριν την ασθένεια επίπεδο λειτουργικότητας, χωρίς υπολειμματική αναπηρία από τη θεραπεία της νόσου. Για παράδειγμα, έπειτα από επιθετική θεραπεία κακοηθειών με καλή πρόγνωση, όπως η λευχαιμία ή το λέμφωμα, όταν έχει επιτευχθεί η ύφεση/ίση, αλλά ο ασθενής ενδεχομένως βρίσκει δύσκολη την «επιστροφή στη φυσιολογική ζωή».⁵⁸

Παλινόρθωση

Η υποστηρικτική φάση χαρακτηρίζεται από επιμονή της νόσου και συνεχιζόμενη ανάγκη για θεραπεία και προοδευτικές αλλαγές της λειτουργικής ικανότητας. Ο στόχος της αποκατάστασης είναι ο περιορισμός των λειτουργικών αλλαγών και η παροχή υποστήριξης για τη μείωση οποιασδήποτε αναπηρίας ή απώλειας λειτουργικότητας. Για παράδειγμα, στον ανεγχείρητο καρκίνο του πνεύμονα, όπου ο ασθενής ενδεχομένως χρειάζεται υποστήριξη αποκατάστασης για την προσαρμογή στα μακροχρόνια συμπτώματα, όπως η δύσπνοια.⁵⁸

Ανακούφιση

Η φάση ανακούφισης της αποκατάστασης είναι κατάλληλη στην περίπτωση επιδεινούμενης απώλειας λειτουργικότητας. Ο στόχος της ανακούφισης αποκατάστασης είναι ο περιορισμός των επιπλοκών από την πρόοδο της νόσου και η παροχή άνεσης και συναισθηματικής υποστήριξης για τον ασθενή και την οικογένειά του, για παράδειγμα όταν ένας ασθενής βιώνει υποτροπή ή προχωρημένη νόσο.⁵⁸

6.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αποκατάσταση

Ρόλο κλειδί στην αποκατάσταση διαδραματίζουν οι νοσηλευτές. Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συνεργάζονται στην παροχή φροντίδας για να μπορέσουν να αυξήσουν το αίσθημα ελέγχου, που αφορά την πληροφόρηση, τη προσφορά επιλογών ή τη δυνατότητα συζήτησης εναλλακτικών επιλογών φροντίδας ή θεραπείας όποτε αυτό θεωρείται αναγκαίο. Βασικό σημείο για μια αποτελεσματική αποκατάσταση είναι να μπορούν οι νοσηλευτές να ελέγξουν τα συμπτώματα της ασθένειας και της επιπτώσεις της θεραπείας.²⁹

Οι νοσηλευτές πρέπει να πιστοποιούν ότι διακατέχονται από γνώσεις και δεξιότητες, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα πολύπλοκα και πολύπλευρα προβλήματα, που ενδεχομένως θα αντιμετωπίσουν. Παρόλο που απαιτείται περισσότερη επιστημονική μελέτη στον τομέα, η μέχρι τώρα μελέτες έχουν ήδη δείξει ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τις δυσμενείς επιδράσεις της δύσπνοιας, της κόπωσης και των προβλημάτων εικόνας σώματος. Οι νοσηλευτές μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να σχεδιάζουν παρεμβάσεις που προάγουν την ανεξαρτησία και την αυτοβοήθεια. Για παράδειγμα, μέσω της εκπαίδευσης, πριν από τη δημιουργία στομίας ή τη χορήγηση κύκλου

χημειοθεραπείας, θα προετοιμάσει τους ασθενείς για τις τυχόν επιπτώσεις αυτών των παρεμβάσεων και θα κάνει πιο γρήγορα τη διεργασία προσαρμογής.²⁹

Επιπροσθέτως, ο έλεγχος θα αυξηθεί μέσω της ενθάρρυνσης για την αυτοχορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη συμμετοχή στην αναγνώριση των αναγκών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι ανάγκες αποκατάστασης πρέπει να ειδωθούν υπό το πρίσμα της οικογένειας. Μεγάλη βαρύτητα έχει η αναγνώριση του φόβου που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας, καθώς και η αβεβαιότητα για το πώς θα αντιμετωπίσουν τις προσωπικές τους δυσκολίες για την αποδοχή της κατάστασης.²⁹

Όλο και περισσότερο γίνεται γνωστό ότι η προσαρμογή στη διάγνωση του καρκίνου και η εκμάθηση του να ζεις θετικά με τις επιδράσεις της ασθένειας και της θεραπείας ενδεχομένως να απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα και κάποιοι άνθρωποι δεν δύναται να φτάσουν ποτέ σε αυτή την κατάσταση. Η έννοια των εξατομικευμένων ανταποκρίσεων ορίζει ότι δεν υπάρχει μία μόνο προσέγγιση που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβουλευθούν τους πάσχοντες να ακολουθήσουν, προκειμένου να καλυτερεύσουν την προσαρμογή τους. Κάποιοι μπορούν να βοηθούν ψυχολογικά με τη συμμετοχή τους σε ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς υπάρχει η δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες του με άλλα άτομα που πάσχουν από καρκίνο.²⁹

Πολλοί άνθρωποι με καρκίνο ψάχνουν να βρουν τρόπο για να διαχειριστούν το άγχος παρακολουθώντας σεμινάρια διαχείρισης του άγχους, τα οποία είναι ειδικά σχεδιασμένα έτσι ώστε να περιορίσουν την επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων. Επιπλέον τα άτομα αυτά συμμετέχουν σε δημιουργικές ομάδες εργασίας με αντικείμενο το δράμα, την τέχνη ή τη μουσική, έχοντας ως στόχο να απελευθερώσουν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν αυτό που τους συμβαίνει. Έτσι λοιπόν οι συμπληρωματικές θεραπείες ακολουθούνται από έναν αυξανόμενο αριθμό ατόμων με καρκίνο, με τη χρήση της χαλάρωσης, της αναγνώρισης των αναγκών τους για φροντίδα και για να κάνουν κάτι για τους ίδιους και για το σώμα τους.²⁹

Πολλοί βρίσκουν μια ικανοποίηση ανακαλύπτοντας κάποια κρυφά ταλέντα στη ζωγραφική και στη χειροτεχνία. Πολλές φορές, οι μέθοδοι αυτοί βοηθούν στην πιθανότητα επανάκτησης αισθημάτων αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Η θετική προσαρμογή στις αλλαγές που προκύπτουν από τη νόσο ή τη θεραπεία απορρέουν από μια επιτυχημένη προσέγγιση φροντίδας αποκατάστασης. Η μονάδα αποκατάστασης έχει σαν πρόκληση να ενσωματώσει την θεραπευτική προσέγγιση

στην κύρια παροχή φροντίδας στην ογκολογία. Στην ουσία η αποκατάσταση δεν λειτουργεί απλά σαν ένα λειτουργικό φαινόμενο, είναι περισσότερο μια φιλοσοφία παροχής φροντίδας, η οποία θα πρέπει να ενδιαφέρει όλους τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα.²⁹

Η αποκατάσταση σαν διαδικασία πρέπει να είναι μια ενεργητική, εξελισσόμενη διεργασία, η οποία αρχίζει με τη διάγνωση, συνεχίζει κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ακολουθεί για όσο χρονικό διάστημα αναγνωρίζεται η ανάγκη συνεχιζόμενης υποστήριξης. Ο ρόλος της αποκατάστασης είναι να ενισχύσει τα άτομα να κάνουν πράγματα για τους εαυτούς τους, και όχι με το να κάνει πράγματα στα άτομα, Έχει σαν σκοπό στην παρότρυνση της αυτοβοήθειας και την ενδυνάμωση της ελπίδας.²⁹

6.4 Η φροντίδα του καρκινοπαθούς «τελικού σταδίου»

Σαν «τελικό στάδιο» ορίζεται ο καρκίνος που καμία από τις παραπάνω παρεμβάσεις δεν μπορεί πλέον να βοηθήσει τον ασθενή να ιαθεί. Παρόλα αυτά όμως ο ασθενής δεν εγκαταλείπεται, καθώς ο εξειδικευμένος ιατρός και ο νοσηλευτής καταβάλλουν όλες τις προσπάθειες για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που έχει ο άρρωστος (συμπτωματική αγωγή), ενώ ταυτόχρονα η προσπάθεια εστιάζεται στην ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογενείας του. Ο καρκινοπαθής «τελικού σταδίου» συγκαταλέγεται σε μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενούς, αφού έχει χρησιμοποιηθεί κάθε λογής διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο και το μόνο που του δύναται πλέον να χρησιμοποιηθεί είναι μόνο η συμπτωματική αγωγή και η νοσηλευτική φροντίδα. Όταν ένας ασθενής ανήκει σε αυτή την κατηγορία έχει ανάγκη από σημαντικούς οικονομικούς πόρους και καλή υποδομή παροχής εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών και νοσηλευτικών). Σύμφωνα με τον Πλατή (1986)⁶⁸ η ειδική αυτή κατηγορία ασθενών είναι ένα καθημερινό κοινωνικό ιατρικό πρόβλημα, που παρουσιάζεται πιεστικό τόσο στη νοσοκομειακή περίθαλψη όσο και στην οικογένεια του καρκινοπαθούς. Τέλειες λύσεις δεν υφίστανται, για αρκετούς όμως από τους ασθενείς θα μπορούσαν, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να γίνεται η νοσηλεία στο σπίτι, με τις ανάλογες ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες και με το πρόσθετο πλεονέκτημα του γνωστού και φιλόξενου οικογενειακού περιβάλλοντος. Με αυτόν τον τρόπο η νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να συνθέσει την προέκταση της νοσοκομειακής φροντίδας.⁶⁸

6.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την αποκατάσταση του ασθενούς καθώς αναφέρεται στον ορισμό της αποκατάστασης και της εφαρμογής της στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία, στους στόχους της αποκατάστασης στην παροχή φροντίδας ασθενών με καρκίνο, στην πρόληψη – η φάση της πρόληψης στην αποκατάσταση από τον καρκίνο, στην επαναφορά – η φάση της επαναφοράς στην αποκατάσταση από τον καρκίνο και στην ανακούφιση - η φάση ανακούφισης της αποκατάστασης είναι κατάλληλη στην περίπτωση επιδεινούμενης απώλειας λειτουργικότητας. Στο τέλος γίνεται αναφορά στον ρόλο των νοσηλευτών στην αποκατάσταση και στη φροντίδα του καρκινοπαθούς «τελικού σταδίου» .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη παρούσα πτυχιακή εργασία έγινε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά τις παγκρεατίτιδα και τον καρκίνο του παγκρέατος καθώς και τις νοσηλευτικές χειρουργικές παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες να γίνουν έτσι ώστε να κατορθωθεί η σωστή φροντίδα του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής σύμφωνα με το είδος της θεραπείας, στην οποία υπόκειται ο ασθενής, χρησιμοποιεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Σαν ενδεχόμενο που ένας ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να του ανακοινώνεται η διαδικασία της επέμβασης, η μετεγχειρητική πορεία και οι τυχόν υπάρχουσες επιπλοκές. Στις τυχόν επιπλοκές, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει αυτές τις επιπλοκές με συγκεκριμένες, εξειδικευμένες τεχνικές. Ο ασθενής θα πρέπει πριν και μετά το χειρουργείο, να προετοιμάζεται σωστά και σωματικά και ψυχολογικά, καθώς η σωστή ενημέρωση επί του προβλήματος του ασθενή βοηθά στην προαγωγή υγείας αλλά και σε επιτυχημένη επέμβαση. Μια σειρά από νοσηλευτικές ενέργειες πριν την εγχείρηση και μετά την εγχείρηση πραγματοποιούνται και ολοκληρώνονται από τους νοσηλευτές και με τη συγκατάθεση των ασθενών.

Περίληψη

Εισαγωγή: Στις χειρουργικές παθήσεις του παγκρέατος ανήκουν οι φλεγμονές του παγκρέατος και ο καρκίνος του παγκρέατος. Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι από τις πιο σοβαρές μορφές καρκίνου. Το γεγονός ότι η ασθένεια συχνά είναι χωρίς συμπτώματα και για πολύ καιρό, έχει σαν επακόλουθο, όταν γίνεται η διάγνωση, ο όγκος να έχει επεκταθεί και σε άλλα ζωτικά όργανα.

Σκοπός: Η παρούσα πτυχιακή θα γίνει με βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων, τα οποία αναφέρονται τόσο στα αίτια όσο και στην αντιμετώπιση στις φλεγμονές του πάγκρεας αλλά του καρκίνου του παγκρέατος, καθώς και στον σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό σε όλα τα στάδια της νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό βρέθηκε και ανασύρθηκε από έντυπες και ηλεκτρονικές πηγές. Οι βάσεις δεδομένων από τις οποίες ανασύρθηκε το υλικό είναι Pubmed και Google Scholar με τους όρους παγκρεατίτιδες, καρκίνο στο παγκρεας, και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Αποτελέσματα: Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας του καρκίνου στο πάγκρεας είναι η ανακούφιση του ασθενή από τους πόνους, καθώς είναι μια ταχέως θανατηφόρα ασθένεια. Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι να βοηθήσει τον ασθενή στην ψυχολογική προετοιμασία, στην φυσική προετοιμασία, στην προεγχειρητική ετοιμασία προηγούμενης ημέρας, στην τοπική προεγχειρητική φροντίδα στην τελική προεγχειρητική ετοιμασία (ημέρα επέμβασης) στην μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, στις γενικές και ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές στην πληροφόρηση-εκπαίδευση του αρρώστου και στην αποκατάσταση του αρρώστου.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: παγκρεατίτιδα, καρκίνος παγκρέατος, πρόγνωση, θεραπεία, εγχείρηση στο πάγκρεας, νοσηλευτική φροντίδα.

Summary

Introduction: In the chiralurgical diseases of pancreas belong the infections of pancreas and the cancer of pancreas. The cancer of pancreas is from the most serious forms of cancer. The fact that the illness often is without symptoms and for a long time, has as consequence, when becomes the diagnosis, the volume to have also extended itself in other vital organs.

Purpose: the present dissertation is a bibliographic examination, which is reported so much in the reasons what in the confrontation in his inflammations pancreas otherwise cancer of pancreas, as well as in the important role that pays the nursing personnel in the all stages of illness.

Material and method: The material was found and retrieved out by printed and electronic sources. The bases of data which the material was retrieved are Pubmed and Google Scholar with the terms pagkreatitides, cancer in pancreas and nursing intervention.

Results: The fundamental objective treatment of cancer in the pancreas is the alleviation of patient from the pains, while is a rapidly deadly illness. The nursing role helps the patient in the psychological preparation, in the preoperation preparation of previous day, in the local preoperation care, in the final preoperation preparation (day of intervention), in the postsurgical nursing care, in general and special postsurgical nursing care, in the general and special postsurgical complications of sickness and in the re-establishment of sick.

Key words: pancreas inflections, cancer of pancreas, prognosis, treatment, operation of pancreas, nursing care.

Βιβλιογραφία

1. Corner J. & Bailey C. (2009). *Νοσηλευτική ογκολογία. Το πλαίσιο φροντίδας*. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
2. Cooley C. (2010). Cancer survivorship 2: providing advice and support to those living with and beyond cancer. *Nurs Times*. 106(21):17-18. American Cancer Society (2014). *Cancer Facts & Figures 2014*, Atlanta: American Cancer Society.
3. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society 2014
4. Χατζημπούγιας, Ι. (2007). *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*. Αθήνα: GM Design.
5. Δερβεγένης Γ., (2007). *Χειρουργική Ήπατος, Χοληφόρων και Παγκρέατος*. Εκδόσεις: Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
6. Δαϊλάνας Β., & Σπανός Π., (2012). *Επίτομη Γενική χειρουργική*. Εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη.
7. Gerard M., Doherty G., & Lawrence W., (2007). *Σύγχρονη χειρουργική*. Εκδόσεις: Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
8. McGeown J.G., (2009). *Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου*. Επιμ. Μολυβδάς Π. κ.α. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
9. Touli J., Smith M., B., Bassi C., et al. (2002). Guidelines for the management of acute pancreatitis (working party report). *Journal of Gastroenterology and Hepatology*; 17(Suppl.):S15-S39.
10. Δερβένης Χ. (2000). *Χειρουργική αντιμετώπιση οξείας παγκρεατίτιδας, Θέματα Γενικής χειρουργικής*. Εκδόσεις: Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας. σελ. 965-73.
11. Βελεγράκης Μ., Περπυράκης Γ. & συν. (1993). Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση της οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. *Ελληνική Χειρουργική*; 65:599-604.
12. Beger H., G. & Isenmann R. (1999). Surgical management of necrotizing pancreatitis. *Surg Clin of North America*. Aug; 79(4):783-801.
13. Μηλίγκος Ν. (1996). Οξεία Νεκρωτική Παγκρεατίτιδα. *Θέματα Γενικής χειρουργικής. Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας*.

14. Buchler M., W., Gloor B., Muller C., A. et al. (2000). Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Annals of Surgery*; 232(5):619-26.
15. Ashley S., W., Perez A., et al. (2001). Necrotizing pancreatitis: contemporary analysis of 99 consecutive cases. *Annals of Surgery*; 234(4):572-80.
16. Σακοράφας Γ. & Γολεμάτης Β. (1994). Η θέση της χειρουργικής στην αντιμετώπιση της βαριάς οξείας παγκρεατίτιδας. *Ιατρ. Επιθ. Ενόπλων Δυνάμεων*; 28:1-14.
17. Φαρδέλας Ι. & Σμπαρούμπης Χ. (1996). Η χειρουργική προσέγγιση της οξείας παγκρεατίτιδας. *Ελληνική Ιατρική*; 62(4):293-300.
18. Ρωμανίδης Κ., Μηνόπουλος Γ. & Λυραντζόπουλος Ν. (2001). Οξεία παγκρεατίτιδα: σύγχρονες αντιλήψεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Χειρουργικής. *Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας*. σελ. 305-35.
19. Μανωλακόπουλος Σ. (1997). Νεότερα δεδομένα για την οξεία παγκρεατίτιδα. *Νοσοκομειακά Χρονικά*; 59:25-32.
20. Χρηστίδης Β. (1987). Οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Αναγνώριση, ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης. *Νοσοκομειακά Χρονικά*; 49:322-9.
21. Αναγνώστου Ε. (1987). Χειρουργική θεραπεία της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Τακτική, τεχνική και αποτελέσματα. *Νοσοκομειακά Χρονικά*; 49:330-6.
22. Dewit S. (2009). *Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική*. Επιμ. Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ., Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
23. Βώρος Δ., Συεργιόπουλος Σ. και συν. (1990). Βαρεία μορφή νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Εφαρμογή του φερμουάρ (zipper) στην εγχειρητική τομή. *Ελληνική Χειρουργική*; 62:363-6.
24. Schoenberg M., H., Rau B., Beger H., G. (1999). New approaches in surgical management of severe acute pancreatitis. *Digestion*; 60(suppl.1):22-6.
25. Gurusamy K., S., Farouk M., & Tweedie J., H. (2005). UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? *Gut*; 54:1344-5.
26. Pezzilli R., Fantini L., & Morselli-Labate A., M. (2006). New approaches for the treatment of acute pancreatitis. *Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Alma Mater Studiorum - University of Bologna, Sant'Orsola-Malpighi Hospital. Bologna, Italy JOP. J Pancreas*; 7(1):79-91.

27. Παπαλάμπρος Ε., (2012). *Χειρουργική*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
28. Cancer.net. Pancreatic cancer – treatment options. Ανασύρθηκε από: <http://www.cancer.net/cancer-types/pancreatic-cancer/treatmentoptions>
29. Corner J., & Bailey C., (2006). *Νοσηλευτική ογκολογία (πλαίσιο φροντίδας)*. Αθήνα, Πασχαλίδης, Σελ:351-383.
30. Κόντου Ν. (2013). Μεσογειακή Διατροφή και Καρκίνος πεπτικού συστήματος: Μελέτη Ασθενών Μαρτύρων Διδακτορική Διατριβή.
31. Ducreux M., Sa Cuhna A., Caramella C., Hollebecque A., Burtin P., Goéré D. (2015). Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2015;26(5):v56– v68.
32. Sarkar H., F., Benerjee S., & Li Y., (2009). Pancreatic Cancer: Pathogenesis, Prevention and Treatment. *Toxicol Appl Pharmacol*; 224(3): 326–336.
33. ESMO. Pancreatic cancer: A guide for patients. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:http://www.esmo.org/content/download/6625/115171/file/ESMOA_CFPancreatic-Cancer-Guide-for-Patients.pdf
34. Lowenfels B. A., Maisonneuve P., (2012). Epidemiology and risk factors for pancreatic cancer. *Clinical Gastroenterology*; 20 (2): 197–209.sd
35. Murphy K., F., Adam R., M., Wank X., Balazsi G., Collins J., J. et al. (2010). Tuning and controlling gene expression noise in synthetic gene networks. *Nucleic Acids Res* 38(8):2712-26.
36. Lee V., Cheng H., Li G., Saif M., W. (2012). Quality of life in patients with pancreatic cancer. *JOP*. 10;13(2):182-4.
37. World Cancer Research fund (2009). *Policy and Action for Cancer Prevention Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective*.
38. Michaud D., S., Izard J., Wilhelm-Benartzi C., S., et al. (2012). Plasma antibodies to oral bacteria and risk of pancreatic cancer in a large European prospective cohort study. *Nucleic Acids Res*, 62(12):1764-70.
39. Zhang, H., Liu, T., Zhang, Z., et al. (2010). Integrated proteogenomic characterization of human high grade serous ovarian cancer. *Sci Data*,166(3): 755–765.
40. DiMagno EP., (2009). Pancreatic cancer: clinical presentation, pitfalls and early clues. *Ann Oncol*;10 (4):140-2.

41. MacMillan. Staging of pancreatic cancer. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Pancreas/Symptomsdiagnosis/Staging.aspx>.
42. Μούκερτζη, Σ. (2013). *Η μεγάλη ασθένεια*. Εκδόσεις: Μεταίχμιο, Αθήνα.
43. Σεφερλής Θ. (2014). *Καρκίνος δάσκαλος και φίλος*. Επιμ. Καλεύρα Ε., Εκδόσεις Ψυχογιός.
44. Σαρητζόγλου I. Χειρουργική επέμβαση Whipple. Παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή Επεμβάσεις παγκρέατος - Επέμβαση Whipple Σαρητζόγλου Ιωάννης MD, Ph.D. , FRCS Γενικός Χειρουργός - Ενδοσκόπος - Λαπαροσκοπική - Ρομποτική - Ενδοσκοπική Χειρουργική – ERCP [Online]. (Updated 26 Jul. 2018) Available at: https://saritzoglou.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=86
45. Κωστάκης Α. (2005). *Σύγχρονη Χειρουργική. Διαγνωστική & Θεραπευτική*. (Τόμος II). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα.
46. NHS. Cancer of the pancreas - treatment options. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [Online]. (Updated 26 Jul. 2018) Available at: <http://www.nhs.uk/Conditions/Cancer-of-the-pancreas/Pages/Treatment.aspx>.
47. UCLA Center for Pancreatic Diseases. FAQs - new patients. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://pancreas.ucla.edu/body.cfm?id=64>.
48. Cancer Research UK. Bowel obstruction. [Online]. (Updated 19 Jul. 2018) Available at: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping-with-cancer/coping-physically/bowel/types/blocked-bowel>.
49. Lodewijk A., Brosens A., Wenzel M., et al. (2015). Pancreatic adenocarcinoma pathology: changing “landscape”. *J Gastrointest Oncol*. 6(4):358-374.
50. American Cancer Society, Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010, American Cancer Society Inc, Atlanta.
51. Pancreatic Cancer Action Network. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:<https://www.pancan.org/section-facing-pancreatic-cancer/learn-about-pancancer/types-of-pancreatic-cancer/>
52. Li D., Xie K., Wolff R., et al., (2011). Pancreatic cancer. *Lancet*. 363: 1049–57.
53. Genkinger J., M. et al. (2011). Coffee, tea, and sugar-sweetened carbonated soft drink intake and pancreatic cancer risk: a pooled analysis of 14 cohort studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 21(2):305-18.

54. Mulder K, W., et al., (2012). Diverse epigenetic strategies interact to control epidermal differentiation. *Nat Cell Biol.* 24;14(7):753-63.
55. Nkondjock et al., (2009). Coffee consumption and the risk of cancer: An overview. *Cancer letters*, 277(2):121-5.
56. Kushi H., L., Doyle C., McCullough M., et al., (2012). American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 62(1): 30-67.
57. Αθανάτου Ε. (2007). *Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική.* Έκδοση Ή, Αθήνα.
58. Ιορδάνου Π., (2001). Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις. Έκδοση δεύτερη, Αθήνα.
59. Lemone P., & Burke K. (2006). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς.* Τόμος Ι, Αθηνά: Λαγός Δημήτριος Σελ:350-363.
60. Monahan F., D., Neighbors M., & Green C., (2011). *Manual of Medical-Surgical Nursing A Care Planning resource.* Mosby (7th edition).
61. Βάρκα-Αδάμη Α., Αδάμης Σ., (2008) «Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*,5(25), σελ.577-583.
62. Gulanick M., Myers L., J., (2011). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes.* Mosby, (7th edition).
63. Παπασταματίου Μ., Πάσχος Ν. & Νικολόπουλος Δ., (2016). “Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Γενικής Χειρουργικής”. [Online]. (Updated 03 Aug. 2018) Available at: <http://docplayer.gr/566667-Metegheiritikes-epiplotkes-genikis-heiroyrgikis-endokoiliakes-epiplotkes.html>.
64. Γεττίμης Ε., (2016). «Μετεγχειρητικές επιπλοκές από εγχειρήσεις στο Γαστρεντερικό». [Online]. (Updated 03 Aug. 2018) Available at: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iH-SIXYMvMkJ:www.exe1928.gr/static/media/2011/10/ceb3ceb5cf84cf84ceb9cebcecb7cf83-ceb5-cebcecb5cf84ceb5ceb3cf87ceb5ceb9cf81ceb7cf84ceb9cebaceb5cf83-ceb5cf80ceb9cf80cebbcebfcebaseb5.doc+&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr>
65. Selye, H. (1984). *The stress of Life.* New york: McGraw-Hill pp: 763-769.
66. Gettrust, K. & Bradec, P. (2000). *Νοσηλευτική Διαγνωστική και κλινική πρακτική οδηγό νοσηλευτικής φροντίδας.* Αθήνα: "Ελλην", Σελ: 39-53.

67. Taylor, C., Carol L., Lemone, P. (2010). *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής*. Τόμος I, Αθηνά: Πασχαλίδης Σελ: 198-200.
68. Πλατή Χ. (1986). Η αντιμετώπιση του θανάτου στο σπίτι, στο γενικό νοσοκομείο, στον ξενώνα. *Νοσοκ. Χρονικά* Σελ: 333-338.