



**Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο** WHY SUCH A SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32635](https://olympias.uoi.gr/32635) & [doi:heal.uoi.12442](https://doi.org/10.12442/heal.uoi.12442)  
**Ο δρόμος ως το Συμπόσιο** TOWARDS THE SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32632](https://olympias.uoi.gr/32632) & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.12439/heal.uoi.12439)  
**Πρόγραμμα** PROGRAM [olympias.uoi.gr/32633](https://olympias.uoi.gr/32633) & [doi:heal.uoi.12440](https://doi.org/10.12440/heal.uoi.12440)  
**Ομιλίες** ORAL PRESENTATIONS (121 βίντεο/videos) <https://www.youtube.com/@1-706/videos>  
**ΠΡΑΚΤΙΚΑ** PROCEEDINGS [olympias.uoi.gr/32634](https://olympias.uoi.gr/32634) & [doi:heal.uoi.12441](https://doi.org/10.12441/heal.uoi.12441)  
**Απολογισμός: Ήμουν κι εγώ εκεί!** REPORT: I WAS THERE! [olympias.uoi.gr/33342](https://olympias.uoi.gr/33342) & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.13058/heal.uoi.13058)  
**Παρόν άρθρο** THIS PAPER [olympias.uoi.gr/33257](https://olympias.uoi.gr/33257) & [doi:heal.uoi.13012](https://doi.org/10.13012/heal.uoi.13012) **EN Summary** follows

## Διλήμματα στη χειρουργική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς. Διαχείριση των ασθενών τελικού σταδίου σε μια χειρουργική κλινική <sup>1</sup>

Γεώργιος Κ. Γκλαντζούνης, MD, PhD, FEBS <sup>2</sup>

Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

### Περίληψη

Ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου είναι αυτοί που πάσχουν από κακοήθεια που δεν ανταποκρίνεται σε κανένα είδος θεραπείας και αναμένεται να χάσουν την ζωή τους σε σύντομο χρονικό διάστημα (από ημέρες έως μερικούς μήνες). Είναι μία πολύ στρεσογόνο και δύσκολη κατάσταση για τον ασθενή, τους οικείους του αλλά και για το προσωπικό του χώρου της Υγείας. Στην χώρα μας υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με την σωστή και αποτελεσματική διαχείριση αυτών των ασθενών, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν στα περισσότερα νοσοκομεία ομάδες παρηγορητικής φροντίδας, ειδικά κέντρα φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, αλλά ούτε και οργανωμένη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των συγγενών.

Στις Χειρουργικές κλινικές συνήθως αντιμετωπίζονται ασθενείς με οξεία ή χρόνια καλοήγη ή κακοήγη νοσήματα που συνήθως απαιτούν χειρουργική επέμβαση για την επίτευξη ίασης. Ένα όμως μη αμελητέο ποσοστό ασθενών μιας Χειρουργικής κλινικής ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου είναι οι ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου. Οι πιο συχνές ομάδες είναι: ασθενείς που προσέρχονται με οξεία χειρουργική κοιλία και κατά το χειρουργείο ανευρίσκεται ιδιαίτερα προχωρημένη κακοήθεια, ασθενείς με υποτροπή όγκου που δεν επιδέχεται αντιμετώπιση, ασθενείς που έχουν αντιμετωπιστεί στο παρελθόν με χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και έχουν φτάσει στο τελικό στάδιο,

<sup>1</sup> 30-4-2017 11:00-12:30 Συνεδρία: K2 *Ο φυσιολογικός θάνατος*. Ομιλία 1η: [YouTube=wxyBNiQ4O5o](https://www.youtube.com/watch?v=wxyBNiQ4O5o) 17:44.

**Άρθρο:** υποβολή 20-9-2022· αποδοχή 21-9-2022· κρίση από ομότεχνους (peer review) όχι. Αν οι **σύνδεσμοι** στην κορυφή αυτής της σελίδας δεν λειτουργούν: > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελίδα 21: υποσημείωση 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Γκλαντζούνης Γ. «Διλήμματα στη χειρουργική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς. Διαχείριση των ασθενών τελικού σταδίου σε μια χειρουργική κλινική». Στο: «*Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε; (ΠΠΠ)*. Πρακτικά 1ου Διεπιστημονικού Συμποσίου, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 28-30 Απριλίου 2017. ISBN 978-960-233-288-7». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αποθετήριο Ολυμπιάς. 7 Απριλίου 2024. Άρθρο K21: σς 8. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33257> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13012>.

<sup>2</sup> Γεννήθηκε το 1967 στην Ανάβρα Μαγνησίας. Απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων. Μετά την ολοκλήρωση της ειδικότητας της Γενικής Χειρουργικής στην Ελλάδα, έκανε εξειδίκευση στην Χειρουργική Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος και στις Μεταμοσχεύσεις Ήπατος-Νεφρών, στο Νοσοκομείο Royal Free στο Λονδίνο, όπου εργάστηκε για 6 χρόνια ως Επιμελητής. Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Διδάκτορας (PhD) Πανεπιστημίου Λονδίνου (University College London). Καθηγητής Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Υπεύθυνος της Μονάδας χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων της Χειρουργικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εκπρόσωπος της Ελλάδος στην Επιτροπή Εκπαίδευσης της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων από το 2010-2015 με συμμετοχή ως εξεταστής στις Ευρωπαϊκές εξετάσεις για το Ευρωπαϊκό δίπλωμα μεταμοσχεύσεων και ως εκπαιδευτής στα μετεκπαιδευτικά σεμινάρια της Εταιρείας. <http://glantzounisurgery.com>. [gglantzounis@uoi.gr](mailto:gglantzounis@uoi.gr), [gglantzounis@gmail.com](mailto:gglantzounis@gmail.com).

αλλά είτε οι ίδιοι είτε οι συγγενείς τους δεν θέλουν να μείνουν στο σπίτι τους τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους.

Τα προβλήματα και τα διλήμματα που ανακύπτουν στην διαχείριση αυτών των ασθενών είναι πολλά: κατάλληλη ενημέρωση ασθενών και συγγενών για την πρόγνωση, αντιμετώπιση του άλγους, ενυδάτωση και πιθανή χορήγηση παρεντερικής ή εντερικής διατροφής, αντιμετώπιση των λοιμώξεων και χρήση ή όχι προωθημένων αντιβιοτικών, απόφαση για μη διενέργεια καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης. Ο στόχος είναι να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και η αξιοπρέπεια του ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του, χωρίς όμως υπερβολές και με τήρηση του μέτρου. Δυστυχώς όμως υπάρχει μεγάλη ετερογένεια και ασάφεια στην αντιμετώπιση των ασθενών τελικού σταδίου, ειδικά στην χώρα μας. Γίνεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και κατατίθενται συγκεκριμένες προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση της ευαίσθητης αυτής ομάδας ασθενών.

Συμπερασματικά, για την παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής στην ευαίσθητη αυτή ομάδα ασθενών, αλλά και στους συγγενείς αυτών, είναι αναγκαία η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή πρωτοβάθμιας παρηγορητικής φροντίδας. Είναι επίσης αναγκαία η πρόωμη συμμετοχή, στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών, της εξειδικευμένης ομάδας παροχής παρηγορητικής αγωγής.

Λέξεις-κλειδιά: *ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου, αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου, πρόγνωση ασθενών τελικού σταδίου, χειρουργική κλινική, ποιότητα ζωής, παρηγορητική φροντίδα, ενημέρωση ασθενών και συγγενών, αξιοπρέπεια ασθενούς τελικού σταδίου, παρηγορητική αγωγή, τέλος της ζωής, καλός θάνατος, ευ-θάνατος, πρόωρος θάνατος, ώριμος θάνατος, μεθώριμος θάνατος, μεταώριμος θάνατος, αθανασία, ευθανασία, δυσθανασία, προθανασία, μεταθανασία, μεταθανάτια μακροζωία, πότε πρέπει να πεθαίνουμε, ΠΠΠ, πότε οφείλομε να πεθαίνουμε, ΠΟΠ, πώς πρέπει να πεθαίνουμε, ΠώΠΠ, γιατί πρέπει να πεθαίνουμε, ΓΠΠ.*

## **Dilemmas in the surgical treatment of the oncological patient. Management of end-stage patients in a surgical department <sup>3</sup>**

**Georgios K. Glantzounis, MD, PhD, FEBS <sup>4</sup>**

Department of Surgery, University Hospital of Ioannina and Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Ioannina, Greece

### **Summary**

<sup>3</sup> 30-4-2017 11:00-12:30 Session: K2 *The physiological death*. **Speech** 1: [YouTube=wxyBNiQ4Q5o](https://www.youtube.com/watch?v=wxyBNiQ4Q5o) 17:44.

**Paper:** submitted 20-9-2022; accepted 21-9-2022; no peer reviewed. If the **links** at the top of the first page do not work: > Top of the 1st page: PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

**Cite** this article: Glantzounis G. «Dilemmas in the surgical treatment of the oncological patient. Management of end-stage patients in a surgical department». In: «*When Should We Die? (WnSWD). Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium. University of Ioannina, Greece, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7*». University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper K11: ps 8.  
<https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33257> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13012>.

<sup>4</sup> He was born in 1967 in Anavra, Magnesia. Graduate of the Medical School of Ioannina. After completing his residency in General Surgery in Greece, he specialized in Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery and Liver-Kidney Transplantation at the Royal Free Hospital in London, where he worked for 6 years as a fellow and Senior Registrar. Doctor of Medicine, University of Ioannina and Doctor (PhD) of the University of London (University College London). Professor of Surgery and Transplantation at the University of Ioannina. Head of the Hepato-pancreatic-biliary Unit of the Department of Surgery of the University Hospital of Ioannina. Representative of Greece in the Education Committee of the European Society of Transplantation from 2010-2015 with participation as an examiner in the European exams for the European Diploma in Transplantation and as an instructor in the Society's post-educational seminars. <http://glantzounissurgery.com>. [gglantzounis@uoi.gr](mailto:gglantzounis@uoi.gr), [gglantzounis@gmail.com](mailto:gglantzounis@gmail.com).

End-stage cancer patients are those who suffer from malignancy that does not respond to any type of treatment and is expected to die in a short period (from days to a few months). It is a very stressful and difficult situation for the patient, his relatives, and also the health care staff. In our country, there is a severe problem with the proper and effective management of these patients, given that in the majority of hospitals, there are no teams of palliative care, there are no special care centres for end-stage patients, and nor organized training for the medical and nursing staff and relatives. Departments of Surgery usually manage patients with acute or chronic benign or malignant diseases that usually require surgery to achieve cure. However, a non-negligible percentage of patients in a surgical ward of a tertiary hospital are end-stage oncology patients. The most common groups are patients who present with an acute surgical abdomen and, at surgery, a highly advanced malignancy is found, patients with unresectable tumor recurrence, patients who have previously been treated with surgery and chemotherapy or radiotherapy and have reached the end stage, but either they or their relatives do not want to stay at home in the last days of their life. The problems and dilemmas that arise in the management of these patients are many: informing patients and relatives about the prognosis, managing pain, hydration and possible administration of parenteral or enteral nutrition, treatment of infections and use or not of advanced antibiotics, the decision not to perform cardiorespiratory resuscitation. The goal is to ensure the best possible quality of life and the patient's dignity in the final stage of his life without exaggeration. Unfortunately, there is great heterogeneity and ambiguity in the treatment of end-stage patients, especially in our country. A review of the literature is made, and specific proposals are submitted for the best treatment of this sensitive group of patients.

In conclusion, in order for end-stage cancer patients and their relatives to get the maximum support, it is necessary the training of the surgical team and nursing staff in primary palliative care. Furthermore, specialized palliative care services should be involved early in managing a patient with advanced cancer.

**Keywords:** *end-stage oncology patients, treatment of end-stage patients, prognosis of end-stage patients, surgical department, quality of life, palliative care, patient and family information, end-stage patient dignity, dying with dignity, end of life, good death, mature death, premature death, postmature death, immortality, euthanasia, dysthanassia, prothanassia, metathanassia, posthumous longevity, when should we die, WnSWD, when must we die, WnMWD, how should we die, HSWD, why should we die, WySWD.*

### **Οι ογκολογικοί ασθενείς**

Οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα της δραστηριότητας μιας Χειρουργικής κλινικής. Η χειρουργική εκτομή αποτελεί την βασική θεραπεία για πολλούς όγκους, όπως κακοήθη νεοπλασμάτα ενδοκρινών αδένων, μαστού, ανώτερου γαστρεντερικού, κατώτερου γαστρεντερικού, ήπατος, χοληφόρων, και παγκρέατος. Έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος στην χειρουργική τεχνική, η οποία με την αντίστοιχη εξέλιξη που έχει σημειωθεί στην χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, στοχευτική θεραπεία και ανοσοθεραπεία έχουν βελτιώσει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Ενδεικτικά η 5-ετής επιβίωση μετά από χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη από 90% και του καρκίνου παχέος εντέρου μεγαλύτερη από 70%.<sup>1</sup> Τα τελευταία 50 έτη η συνολική επιβίωση από νεοπλασμάτα έχει βελτιωθεί σημαντικά από 50% σε 75%.<sup>1</sup>

Δυστυχώς όμως υπάρχουν ακόμη νεοπλασμάτα που η επιβίωση δεν είναι καλή, όπως ο καρκίνος του παγκρέατος. Επίσης, κάποιες φορές, η τοπική υποτροπή της νόσου ή η ανάπτυξη μεταστάσεων είναι τόσο εκτεταμένες που δεν μπορεί να γίνει χειρουργική αντιμετώπιση.

Ο ογκολογικός ασθενής είναι ένας ασθενής που ξαφνικά μαθαίνει ότι έχει μία σοβαρή νόσο που μπορεί να απειλήσει την ζωή του. Αυτό δημιουργεί σημαντικό stress στον ίδιο αλλά και στην οικογένειά του. Δημιουργούνται επίσης πρακτικά προβλήματα στην περίπτωση που ο ασθενής είναι αυτός που στηρίζει, κυρίως οικονομικά, την οικογένεια. Επιπλέον, η ιδέα πως το πρόβλημά του θα αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση και θα χρειαστεί γενική αναισθησία δημιουργούν πρόσθετα προβλήματα όπως άγχος για την παροδική απώλεια της συνείδησης μέσω της αναισθησίας καθώς και για τις συνέπειες στο σώμα του από την χειρουργική τομή αλλά και από την αφαίρεση ενός οργάνου ή τμήματος οργάνου. Είναι εμφανές πως η διαχείριση του ογκολογικού ασθενούς που χρήζει χειρουργικής επέμβασης είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική.<sup>2</sup>

Βασικά στοιχεία που βοηθούν στην καλύτερη αντιμετώπισή του είναι τα κάτωθι.

Ο χειρουργός θα πρέπει να δημιουργήσει μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, να του εξηγήσει το πρόβλημα που έχει με κατανοητούς όρους, το είδος της θεραπείας, τις πιθανές παρενέργειες της επέμβασης, και την πρόγνωση της νόσου μετά από την χειρουργική επέμβαση. Ο χειρουργός θα πρέπει να αφιερώσει αρκετό χρόνο στον ασθενή στην πρώτη και δεύτερη επίσκεψη, να απαντήσει με προθυμία και λεπτομερώς σε όλες τις ερωτήσεις του και ταυτόχρονα να κατανοήσει τον τύπο προσωπικότητας του ασθενή και την απόκρισή του στο stress. Είναι σημαντικό να υπάρχει ειλικρίνεια από την μεριά του ιατρού για την μετεγχειρητική πορεία και την πρόγνωση της νόσου. Επίσης, είναι πολύ χρήσιμο να γίνει κατανοητό πως η θεραπεία που συχνά είναι συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας και άλλων θεραπειών (ακτινοθεραπείας, ανοσοθεραπείας) μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα και πρέπει η προσπάθεια να γίνει από κοινού (ιατροί, ασθενής, οικογένεια) με την καλύτερη δυνατή ψυχολογία. Στην περίπτωση που ο ασθενής δυσκολεύεται να διαχειριστεί το άγχος και την αγωνία, είναι χρήσιμο να παραπεμφθεί για ψυχοθεραπεία.<sup>3</sup>

Σχετικά νέα δεδομένα δείχνουν πως είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση των Χειρουργών στην παροχή πρωτοβάθμιας παρηγορητικής φροντίδας.<sup>4-5</sup> Η παρηγορητική ιατρική έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών που διαγιγνώσκονται με νοσήματα απειλητικά για την ζωή καθώς και των συγγενών τους. Αυτό γίνεται μέσω της έγκαιρης εκτίμησης, διάγνωσης και ανακούφισης του πόνου και των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων που είναι συνέπεια της διάγνωσης ενός πολύ σοβαρού προβλήματος υγείας.<sup>6</sup>

Επίσης, σημαντική είναι η εμπλοκή της εξειδικευμένης ομάδας παρηγορητικής φροντίδας από την αρχή στην αντιμετώπιση ασθενών με πολύπλοκους όγκους (πχ ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος) αλλά και σε περιπτώσεις άλλων εκτεταμένων όγκων, καθώς και σε περιπτώσεις που το συγγενικό περιβάλλον δεν είναι σε θέση να παρέχει την υποστήριξη που απαιτείται.<sup>4-5</sup>

### **Οι ασθενείς τελικού σταδίου**

Είναι οι ασθενείς που πάσχουν από κακοήθεια που δεν ανταποκρίνεται σε κανένα είδος θεραπείας και αναμένεται να φύγουν από την ζωή σε σύντομο χρονικό διάστημα (από ημέρες έως μερικούς μήνες). Πολύ στρεσογόνος και δύσκολη κατάσταση για τον ασθενή, τους οικείους του, αλλά και για το προσωπικό του χώρου της υγείας.

Στην χώρα μας υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με την σωστή κι αποτελεσματική διαχείριση αυτών των ασθενών, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν:

- Στα περισσότερα Νοσοκομεία εξειδικευμένες ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας.
- Ειδικά κέντρα φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου.
- Οργανωμένη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ψυχολογική υποστήριξη (ασθενών, συγγενών, προσωπικού).

Όσον αφορά την διακύμανση των συναισθημάτων ενός ασθενούς τελικού σταδίου περνάνε από πολλά στάδια. Αρχικά ο ασθενής βιώνει άρνηση της κατάστασής του και της πρόγνωσης του. Ακολουθεί ο θυμός που μπορεί να είναι πολυεπίπεδος (σύστημα υγείας, ιατρικό προσωπικό, τύχη, συγγενείς). Στη συνέχεια αρχίζει να διαπραγματεύεται την κατάστασή του και να αντιλαμβάνεται το τι πραγματικά συμβαίνει. Στο τέλος έρχεται η αποδοχή της πραγματικότητας. Αντίστοιχα στάδια περνούν και οι συγγενείς ασθενών τελικού σταδίου. Βέβαια υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση, στο πώς βιώνει κάποιος συναισθηματικά μια τόσο στρεσογόνα κατάσταση, ανάλογα με τον τύπο της προσωπικότητάς του. Οι θεράποντες ιατροί ασθενών τελικού σταδίου θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα συναισθηματικά στάδια και να τα αντιμετωπίζουν ανάλογα.<sup>2,7</sup>

Οι ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου συνήθως ανήκουν σε μία από τις παρακάτω τέσσερις κατηγορίες:

- Καθυστερημένη διάγνωση της νόσου που δεν επιδέχεται καμία θεραπεία λόγω προσβολής ζωτικών οργάνων (πχ πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις με ίκτερο και ηπατική ανεπάρκεια).
- Οξεία χειρουργική κοιλία και ιδιαίτερα προχωρημένη κακοήθεια.
- Υποτροπή του όγκου που δεν επιδέχεται περαιτέρω αντιμετώπιση.

- Αιμορραγία από πολύ προχωρημένο όγκο.

### **Προβλήματα και διλήμματα στη διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου**

Τα βασικά διλήμματα και εν δυνάμει προβλήματα στην διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου από την πλευρά του χειρουργού είναι τα κάτωθι.

#### **1. Ενημέρωση ασθενών και συγγενών**

Χρειάζεται πολύ προσοχή και λεπτότητα στην ενημέρωση. Ειδικά σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση νόσου τελικού σταδίου που δεν έχει γίνει συνειδητοποίηση της κατάστασης. Ο ιατρός θα πρέπει να αφιερώνει αρκετό χρόνο ώστε να δημιουργείται η σχέση εμπιστοσύνης, να απαντάει με απλό και κατανοητό τρόπο στις απορίες του ασθενούς και των συγγενών του. Η προσέγγιση αυτή θα βοηθήσει να ανιχνευτούν οι περιπτώσεις εκείνες που θα χρειαστούν άμεσα υποστήριξη από την εξειδικευμένη ομάδα παρηγορητικής φροντίδας ή ειδική ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει συναίνεση στην διακοπή παρεντερικής διατροφής, μη χορήγηση προωθημένων αντιβιοτικών για την αντιμετώπιση μιας λοίμωξης, μη διενέργεια καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης και μη διακομιδή στην ΜΕΘ.

#### **2. Αντιμετώπιση άλγους**

Πολύ σημαντικό για την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Είναι κρίσιμο οι θεράποντες ιατροί να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και την ανάλογη ευαισθησία, ώστε να εκτιμούν πρώιμα το επίπεδο και την βαρύτητα του άλγους και να το αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά και άμεσα. Επίσης βοηθάει πολύ να εμπλέκεται από την αρχή η ειδική ομάδα παρηγορητικής φροντίδας ή διαχείρισης πόνου.

#### **3. Αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων ασθενούς και οικογένειας**

Δεδομένου ότι ο ασθενής είναι μια σύνθετη οντότητα και με την διάγνωση μίας σοβαρής νόσου που απειλεί την ζωή του, μαζί με την Βιολογική υγεία, επηρεάζονται σημαντικά η Ψυχική και η Κοινωνική υγεία. Θα πρέπει να γίνει προσπάθεια ολιστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενούς. Ανάλογη προσέγγιση είναι καλό να ακολουθείται και για τα μέλη της οικογένειας.

#### **4. Ενδείξεις Χειρουργικής αντιμετώπισης**

Πολύ περιορισμένες. Πολλές φορές μια χειρουργική επέμβαση αυξάνει τη ταλαιπωρία ασθενούς και συγγενών και επιβαρύνει σημαντικά το σύστημα υγείας, χωρίς όφελος για κανέναν.

#### **5. Θρέψη**

Δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στην βιβλιογραφία για την χρήση της παρεντερικής (ενδοφλέβιας) διατροφής σε ασθενείς τελικού σταδίου. Εξαιρέση αποτελούν οι ασθενείς με όγκους με αργή εξέλιξη που δεν μπορούν να τραφούν φυσιολογικά.<sup>8</sup> Έχει όμως σαφή ένδειξη η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών που διατηρεί καλύτερο επίπεδο συνείδησης και απαλύνει το αίσθημα της δίψας. Πολλές φορές η διακοπή της παρεντερικής διατροφής ή της χορήγησης υγρών και ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσει σημαντικό stress σε ασθενείς, συγγενείς και προσωπικό. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής και τεκμηριωμένη ενημέρωση για τους λόγους μη χορήγησης παρεντερικής διατροφής και να χορηγούνται πάντα μέσω της ενδοφλέβιας οδού υγρά και ηλεκτρολύτες.<sup>8-9</sup>

#### **6. Αντιμετώπιση λοιμώξεων**

Η χορήγηση προωθημένων αντιβιοτικών δεν ενδείκνυται αφού προκαλεί μικροβιακή αντοχή χωρίς κάποιο θετικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

#### **7. Καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση**

Δεν έχει ένδειξη. Θα πρέπει όμως να καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο και να ενημερώνονται οι συγγενείς.

#### **8. Νοσηλεία σε ΜΕΘ**

Δεν πρέπει να γίνεται. Όμως υπάρχει ανάγκη για κατάλληλη ενημέρωση.

### **Χαρακτηριστικές περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου**

Παρακάτω περιγράφονται ενδεικτικά χαρακτηριστικές περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου όπου αναδεικνύονται τα διλήμματα στην διαχείριση αυτών.

### Περίπτωση 1<sup>η</sup>

Γυναίκα 65 ετών με καρκίνο ωοθηκών με πολλαπλές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις που προκαλούν ατελή αποφρακτικό ειλέο που δυσκολεύει σημαντικά την πρόσληψη τροφής από το στόμα. Η ασθενής δεν ανταποκρίνεται πια στην διαθέσιμη χημειοθεραπεία, ενώ προ λίγων μηνών είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για αντιμετώπιση των περιτοναϊκών εμφυτεύσεων. Δυστυχώς όμως επήλθε γρήγορη επιδείνωση της νόσου. Τα βασικά διλήμματα που προκύπτουν στην αντιμετώπιση αυτής της ασθενούς είναι:

1. Πρέπει να γίνει νέα χειρουργική επέμβαση;
2. Θα βοηθήσει η χορήγηση παρεντερικής (ενδοφλέβιας) διατροφής;
3. Θα είναι χρήσιμο να παροχετευθούν οι πλευριτικές συλλογές;

Με βάση την βιβλιογραφία και την προσωπική μου γνώμη, αφού ενημερωθεί η ασθενής και οι συγγενείς για την πρόγνωση (επιβίωση λίγων εβδομάδων) θα πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε η ασθενής να αισθάνεται σχετικά άνετα: Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και ηλεκτρολυτών, Αναλγησία, Ψυχολογική υποστήριξη.

### Περίπτωση 2<sup>η</sup>

Άνδρας 67 ετών με καρκίνο κεφαλής παγκρέατος που υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου με διενέργεια παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομής κατά Whipple. Δυστυχώς μετεγχειρητικά εμφάνισε εκτεταμένη ισχαιμία του εντέρου που δεν επιδεχόταν χειρουργικής ή συντηρητικής αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα ο ασθενής διαγνώστηκε με νοσοκομειακή λοίμωξη. Τα βασικά διλήμματα που προκύπτουν στην αντιμετώπιση αυτού του ασθενούς είναι:

1. Έχει ένδειξη η χορήγηση παρεντερικής (ενδοφλέβιας) διατροφής;
2. Θα πρέπει η λοίμωξη να αντιμετωπιστεί με χορήγηση προωθημένων αντιβιοτικών;
3. Έχει ένδειξη η καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση και η μετέπειτα νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ);

Με βάση την βιβλιογραφία και την προσωπική μου γνώμη, αφού ενημερωθεί ο ασθενής και οι συγγενείς για την πρόγνωση (επιβίωση ημερών ή λίγων εβδομάδων) θα πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε ο ασθενής να αισθάνεται σχετικά άνετα (χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και ηλεκτρολυτών, αναλγησία, ψυχολογική υποστήριξη). Δεν έχει ένδειξη η ενεργός αντιμετώπιση της λοίμωξης (χορήγηση αντιβιοτικών) ούτε η διενέργεια καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης ούτε η νοσηλεία στην ΜΕΘ.

### Περίπτωση 3<sup>η</sup>

Άνδρας 60 ετών με τοπική υποτροπή από χειρουργηθέν καρκίνωμα παχέος εντέρου με πολλαπλές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις που δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική θεραπεία και παρουσιάζει ταχεία επιδείνωση της γενικής του κατάστασης. Οι συγγενείς δεν επιθυμούν να μείνει στο σπίτι τις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Τα βασικά διλήμματα που προκύπτουν στην αντιμετώπιση αυτού του ασθενούς είναι:

1. Θα πρέπει να γίνει εισαγωγή στο Νοσοκομείο και σε ποιο τμήμα;
2. Έχει ένδειξη η χορήγηση παρεντερικής (ενδοφλέβιας) διατροφής;
3. Θα πρέπει να χορηγηθεί θρομβοπροφύλαξη και να γίνει ενεργός αντιμετώπιση τυχόν λοίμωξης;

Με βάση την βιβλιογραφία και την προσωπική μου γνώμη, θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής και οι συγγενείς του για την πρόγνωση (επιβίωση ημερών). Εάν επιθυμούν την εισαγωγή στο Νοσοκομείο και με δεδομένο το γεγονός ότι δεν υπάρχει ειδικό κέντρο παρηγορητικής αντιμετώπισης ασθενών τελικού σταδίου, θα πρέπει ο ασθενής να εισαχθεί στο νοσοκομείο (στην Ογκολογική ή στην Χειρουργική κλινική) και να εμπλακεί άμεσα στην αντιμετώπιση η εξειδικευμένη ομάδα παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Θα πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε ο ασθενής να αισθάνεται σχετικά άνετα (Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και ηλεκτρολυτών, Αναλγησία, Ψυχολογική υποστήριξη). Δεν έχει ένδειξη η ενεργός αντιμετώπιση της λοίμωξης (χορήγηση αντιβιοτικών) και η χορήγηση θρομβοπροφύλαξης, ούτε η διενέργεια καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης ούτε η νοσηλεία στην ΜΕΘ.

## **Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου**

Είναι αναγκαία η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, με έμφαση στην αναγνώριση των ασθενών τελικού σταδίου και στην επικοινωνία με αυτούς και τους συγγενείς τους.

Όλοι οι χειρουργοί που ασχολούνται με την αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών πρέπει να έχουν την εκπαίδευση και τις δεξιότητες ώστε να προσφέρουν καλή πρωτοβάθμια παρηγορητική φροντίδα. Ο Dr Geoffrey Dunn θεωρείται από πολλούς ο πατέρας της χειρουργικής παρηγορητικής φροντίδας στην Αμερική. Σύμφωνα με μελέτες που έχει κάνει ο Dr Dunn, ο χειρουργός που ασχολείται με ογκολογικούς ασθενείς, θα πρέπει να αναπτύξει καλά τις εξής δεξιότητες<sup>10</sup>:

1. Διενέργεια αρχικής αξιολόγησης, και συλλογή πληροφοριών για τα συμπτώματα, το άλγος και το πόσο υποφέρει ο ασθενής.
2. Καλή διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων.
3. Να μπορεί να ενημερώνει με συμπόνοια και ενσυναίσθηση και αποτελεσματικά για τα κακά νέα και την φτωχή πρόγνωση.
4. Ικανότητα παροχής καλής χειρουργικής θεραπείας με στόχο την ίαση και παράλληλα καλής παρηγορητικής φροντίδας. Κατά την διάρκεια της αντιμετώπισης του ογκολογικού ασθενούς, οι δύο αυτοί τύποι θεραπείας μπορούν να εναλλάσσονται ομαλά.
5. Να μπορεί να αναγνωρίζει τους ασθενείς που θα ωφεληθούν από πρώιμη εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα και θα συνεργάζονται αρμονικά με την αντίστοιχη ομάδα παροχής παρηγορητικής αγωγής.

Δυστυχώς όμως η εκπαίδευση των ειδικευομένων Χειρουργικής στην παρηγορητική φροντίδα είναι πολύ περιορισμένη στην χώρα μας και στο εξωτερικό, και αυτό είναι ένα πεδίο που χρειάζεται σημαντική και άμεση βελτίωση.<sup>11</sup>

## **Ο ρόλος της Ομάδας Παρηγορητικής Φροντίδας για ασθενείς τελικού σταδίου**

Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Ογκολογίας<sup>4,12</sup> προτείνουν όλοι οι ασθενείς με καρκίνο να αξιολογούνται από την αρχή εάν έχουν ένδειξη για παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Επίσης προτείνουν ότι η εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι απολύτως απαραίτητη με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων παροχής παρηγορητικής φροντίδας.

Ως πρώιμη παρηγορητική αγωγή ορίζεται η παροχή πρώιμης εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας λίγες εβδομάδες μετά την διάγνωση, ενώ όψιμη παρηγορητική φροντίδα ορίζεται η παροχή φροντίδας τους τελευταίους 3 μήνες της ζωής. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν πρώιμη παρηγορητική φροντίδα είχαν μικρότερο αριθμό επισκέψεων στα επείγοντα, λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και στην ΜΕΘ, λιγότερη χημειοθεραπεία τους τελευταίους 2 μήνες της ζωής τους, καλύτερη ποιότητα ζωής και επιβίωση.<sup>13,14</sup>

Σε μία 9-ετή μελέτη παρατήρησης από την Taiwan η πρώιμη συμμετοχή της ομάδας παρηγορητικής φροντίδας στην διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου πρόσφερε καλύτερη ενημέρωση, αποτελεσματικότερη διαχείριση των ασθενών και καλύτερη ποιότητα ζωής.<sup>15</sup> Επίσης μία άλλη πολυκεντρική μελέτη στην Αμερική έδειξε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου λαμβάνουν γενικά αυξημένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Αυτό όμως παραδόξως οδηγούσε σε χαμηλή ποιότητα ζωής. Η καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόταν με: Νοσηλεία σε ξένωνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, Αποφυγή εισαγωγής σε ΜΕΘ τον τελευταίο μήνα ζωής, και κατά το θάνατό του ο ασθενής να βρίσκεται Εκτός νοσοκομείου.<sup>16</sup>

## **Συμπεράσματα**

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια και ασάφεια στην αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου. Ειδικά στην χώρα μας δεν υπάρχουν σε πολλά νοσοκομεία εξειδικευμένες ομάδες παροχής παρηγορητικής φροντίδας, ειδικά κέντρα για ασθενείς τελικού σταδίου, ούτε οργανωμένη εκπαίδευση, ούτε κατάλληλο νομικό πλαίσιο.

Στόχος πρέπει να είναι η διασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής, η αξιοπρέπεια του ασθενούς, χωρίς όμως υπερβολές και με τήρηση του μέτρου.



Υπάρχει άμεση ανάγκη για εκπαίδευση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με την αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών στην παροχή πρωτοβάθμιας παρηγορητικής φροντίδας. Επίσης ανάγκη για άμεση ανάπτυξη σε κάθε Νοσοκομείο εξειδικευμένης ομάδας παροχής παρηγορητικής φροντίδας και δημιουργία ειδικών κέντρων αντιμετώπισης ασθενών τελικού σταδίου.

### **Συγκρουόμενα συμφέροντα**

Δεν υπάρχουν.

### **Βιβλιογραφία**

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics 2017, CA Cancer J Clin 2017;67:7-30.
2. Grassi L, Siegel D, Riba M. Advancing psychosocial care in cancer patients. F1000Res. 2017;6:2083.
3. Αγγελόπουλος Ν Β. Ψυχιατρικά προβλήματα κατά την περιεγχειρητική περίοδο στους ενήλικες. Ελλην. Αναισθησιολ. 1985;19:274-278.
4. Ferrel BR, Temel JS, Temin S et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 2017;35:96-112.
5. Fahy BN et al. Introduction: role of palliative care for the surgical patient. J Surg Oncol 2019;120:5-9.
6. World Health Organization. WHO Definition of Palliative care. 2016. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
7. Thoonsen B, Groot M, Verlangen S et al. Timely identification of palliative care patients and anticipatory care planning by GPs: practical application of tools and a training programme. BMC Palliative Care 2016;15:39.
8. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? Curr Opin Support Palliat Care 2012;6:365-370.
9. Del Rio M, Shand B, Bonati P et al. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions and decision-making among patients, family and health care staff. Psychooncology 2012;21(9):913-21.
10. Dunn GP. Principles and core competencies of surgical palliative care: An overview. Otolaryngol Clin North Am 2009;42:1-13.
11. Moroney MR, Lefkowitz C. Evidence for integration of palliative care into surgical oncology practice and education. J Surg Oncol 2019; 120:17-22.
12. National Comprehensive Cancer Network. Palliative care. Version 02.2019. Retrieved from [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative).
13. Zimmerman C, Swami N, Krzyzanowska M et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster randomized controlled trial. Lancet 2014;383:1721-1730.
14. Merchant SJ, Brogly SB, Goldie C et al. Palliative care is associated with reduced aggressive end of life care in patients with gastrointestinal cancer. Ann Surg Oncol 2018;25:1478-1487.
15. Lu CY, Shen WC, Kao CY et al. Impact of Palliative Care Consultation Service on Terminally Ill Cancer Patients: A 9-Year Observational Cohort Study in Taiwan. Medicine 2016;95(10):e2981.
16. Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ et al. Family Perspectives on Aggressive Cancer Care at the End of Life. JAMA 2016; 19:315:284-292.