



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Καρκίνος Παγκρέατος & ο ρόλος του νοσηλευτή

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Τσατσαρού Μαρίνα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή με θέμα «Καρκίνος του παγκρέατος και ο ρόλος του νοσηλευτήτριας» εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών στο τμήμα Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υπό την επίβλεψη της εισηγήτριας κ. Πάκου Βαρβάρας. Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην κ. Πάκου Βαρβάρας για τη βοήθεια της στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, προπάντων για την δυνατότητα που μου προσέφεραν να πραγματοποιήσω τις σπουδές μου, αλλά και για την συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που μου έδειξαν όλο αυτόν τον καιρό. Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω αυτή μου την εργασία στην μητέρα της Σύλβιας, που δεν βρίσκεται πια κοντά της γιατί έχασε αυτή την άنيση μάχη με το «τέρας».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY	5
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	8
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	10
Α΄ ΜΕΡΟΣ.....	12
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	12
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
3. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ.....	16
4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	17
5.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....	17
6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	20
7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	23
9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	23
10.ΠΡΟΓΝΩΣΗ	25
11.ΠΡΟΛΗΨΗ.....	25
12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
12.1.Χειρουργική θεραπεία	26
12.2.Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	28
12.3.Χημειοθεραπεία	29
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....	31
1.Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	31
2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	33
2.1.Προεγχειρητική φροντίδα.....	33
2.2.Προεγχειρητικό ιστορικό.....	33
2.3.Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία.....	34
2.4.Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία	35
2.5.Μετεγχειρητική φροντίδα	35
2.5.1.Πόνος	36
2.5.2.Διαταραχές της Θρέψης.....	36
2.5.3.Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής	37

2.5.4.Έγερση του αρρώστου	38
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	38
3.1.Προβλήματα του ασθενή που λαμβάνει χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	39
4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	44
5.ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	45
5.1.Συστατικά της κατ' οίκον φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο.....	45
5.2.Κατ' οίκον παρηγορητική φροντίδα	46
Γ' ΜΕΡΟΣ	48
ΕΡΕΥΝΑ.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο παγκρεατικός καρκίνος αποτελεί μια νόσο με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι θεραπευτικές και διαγνωστικές επιλογές είναι πολλές, βασιζόμενες στα επιτεύγματα της σύγχρονης επιστήμης, αλλά η νόσος εντοπίζεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια, επειδή δεν παρουσιάζει έντονη συμπτωματολογία κατά την έναρξη της.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό να παρουσιάσει με τεκμηριωμένο τρόπο, το θέμα του καρκίνου του παγκρέατος, αναλύοντας όλες τις επιμέρους θεματικές ενότητες και αναδεικνύοντας τους παραγόμενους νοσηλευτικούς ρόλους.

Υλικό μέθοδος: Για την παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Google Scholar, PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί ένα νόσημα που δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς, παρά την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Το νόσημα αυτό εντοπίζεται σε προχωρημένο στάδιο, με αποτέλεσμα να ανευρίσκεται σε προχωρημένη εξάπλωση ή ακόμα και στο στάδιο των μεταστάσεων. Η χειρουργική θεραπεία παραμένει η βασική θεραπευτική παρέμβαση και συμπληρώνεται από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην προετοιμασία του ασθενούς για την επέμβαση, στην μετεγχειρητική αποκατάσταση και στην αντιμετώπιση των δυσμενών επιπλοκών της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Ο παγκρεατικός καρκίνος συνιστά ακόμα μια πρόκληση για τη νοσηλευτική και την ιατρική επιστήμη. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε αυτούς τους ασθενείς είναι πολυδιάστατη και απαιτεί σε βάθος γνώση και αφοσίωση.

Λέξεις ευρητηρίου: πάγκρεας, καρκίνος, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, παρηγορητική φροντίδα.

SUMMARY

Pancreatic cancer is a disease with high morbidity and mortality. There are many therapeutic and diagnostic options, based on the achievements of modern science, but the disease is usually found in advanced stages because it does not show severe symptoms at the onset.

Purpose: This paper was prepared to present in a substantiated manner the issue of pancreatic cancer, analyzing all the individual thematic units and highlighting the nursing roles produced.

Materials and methods: For the present work, an international literature review was conducted on Google Scholar, PubMed. The study material consisted of selected books and articles published mainly in the last decade in English and Greek.

Results: Pancreatic cancer is a disease that is not adequately treated, despite the advancement of medical science. This disease is detected at an advanced stage, resulting in advanced spread or even metastasis. Surgical treatment remains the mainstay of treatment and is supplemented by chemotherapy and radiotherapy. Nursing interventions are aimed at preparing the patient for surgery, postoperative rehabilitation, and the treatment of adverse complications of surgery, chemotherapy, and radiotherapy.

Conclusions: Pancreatic cancer is another challenge for nursing and medical science. The nursing care provided to these patients is multidimensional and requires deep knowledge and dedication.

Keywords: pancreas, cancer, nursing interventions, palliative care.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παγκρέατος θεωρείται ο 10ος πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στις Ηνωμένες Πολιτείες και η τρίτη κύρια αιτία θνησιμότητας που σχετίζεται με καρκίνο. Αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου που σχετίζεται με καρκίνο έως το 2030. Ενώ οι περισσότερες από τις άλλες συχνότερες αιτίες θνησιμότητας που σχετίζονται με τον καρκίνο (καρκίνος πνεύμονα, μαστού, προστάτη και παχέος εντέρου) έχουν δείξει σημάδια φθίνουσας τάσης κατά τη διάρκεια των ετών, ο καρκίνος του παγκρέατος έχει δείξει μια ατυχής ανοδική τάση. Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης του παγκρεατικού καρκίνου και η σχετιζόμενη αυξανόμενη θνησιμότητα είναι πιθανώς πολυπαραγοντική, με την αιτιολογία να αναζητείται σε περιβαλλοντικά αίτια, στην αύξηση της ηλικίας επιβίωσης ή πολλών παραγόντων διαστρωμάτωσης του κινδύνου. Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης παγκρεατικού καρκίνου, η επιθετικότητα της ίδιας της νόσου θα πρέπει να αποτελεί συνεχή στόχο στην προσπάθεια ελέγχου ή μείωσης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού του καρκίνου είναι η επιθετική βιολογία όγκου με τάση για πρόωρη μετάσταση. Έτσι τελικά λιγότερο από το 20% των ασθενών με παγκρεατικό καρκίνο θα παρουσιάσουν σε τέτοιο στάδιο της νόσου, που να επιδέχεται χειρουργική και δυναμικά ιάσιμη παρέμβαση (Σπανός & Δαλαϊνας, 2012).

Ο λόγος για την κακή επιβίωση σε ασθενείς με παγκρεατικό καρκίνο είναι πολυπαραγοντικός. Η σχετική βιβλιογραφία περιγράφει χωρίς σαφή βεβαιότητα μια σειρά από παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την εξέλιξη. Ειδικότερα αναφέρονται η βιολογία του όγκου, η έλλειψη διαλογής και η έγκαιρη διαγνωστική δοκιμασία, που θα ανιχνεύσει σε πρώιμα στάδια τη νόσο. Επίσης αναφέρεται ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις και συστηματικές θεραπείες έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα και ουσιαστικά δεν βελτιώνουν σημαντικά τα αποτελέσματα των ασθενών με παγκρεατικό καρκίνο. Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων οδήγησε σε απαισιοδοξία την ιατρική κοινότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης αυτής της νόσου. Ωστόσο, έχουν σημειωθεί αρκετές προόδους με την πάροδο των ετών. Μερικές από αυτές τις εξελίξεις σχετίζονται με τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας για την υπέρβαση εμποδίων που περιορίζουν τη συνολική αποτελεσματικότητα στη φροντίδα της νόσου. Σε αυτό το πλαίσιο μπορεί να ενταχθεί και ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας, που αναφέρεται σε θεραπευτικό επίπεδο ή στο επίπεδο της

παρηγορητικής φροντίδας αυτών των ασθενών. Άλλες πρόοδοι έχουν τεχνικό χαρακτήρα και τέλος, έχουν σημειωθεί αρκετές πρόοδοι στην προσέγγιση των συστηματικών θεραπειών (Heiken, 2009).

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη γνωστή περιγραφή του καρκίνου του παγκρέατος αποδίδεται στον Giovanni Battista Morgagni στη δημοσίευση του 1761 «de Sedibus Et Causis Morborum Per Anatomen Indagatis Libri Quinque». Ωστόσο, η έλλειψη μικροσκοπικής αξιολόγησης καθιστά αβέβαιη την πραγματική διάγνωση του αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος. Η επόμενη σημαντική πρόοδος στην κατανόηση του καρκίνου του παγκρέατος δεν έγινε μέχρι το 1858, όταν ο Jacob Mendez Da Costa επανεξέτασε το αρχικό έργο του Morgagni και περιέγραψε επίσης την πρώτη μικροσκοπική διάγνωση του αδενοκαρκινώματος, περιγράφοντας τον καρκίνο του παγκρέατος ως πραγματική οντότητα ασθένειας (Reber, 2012).

Το ιστορικό της παγκρεατικής χειρουργικής είναι αρκετά πρόσφατο και περιλαμβάνει συνδυασμό γενναίων χειρουργικών πρωτοπόρων, την ανάπτυξη χειρουργικής αναισθησίας και των σύγχρονων ασηπτικών τεχνικών. Μερικά ορόσημα στην ιστορία της παγκρεατικής χειρουργικής αξίζουν να αναφερθούν. Η πρώτη αναφερόμενη απόπειρα παγκρεατικής δωδεκαδακτυλεκτομής (εκτομή του δωδεκαδακτύλου και της κεφαλής του παγκρέατος ως μια ενιαία και αδιαίρετη ανατομική οντότητα) πραγματοποιήθηκε το 1898 από τον Ιταλό χειρουργό Alessandro Codivilla για έναν όγκο ο οποίος εντοπίστηκε στην κεφαλή του παγκρέατος. Ωστόσο, ο ασθενής δεν επέζησε της μετεγχειρητικής περιόδου, λόγω των σοβαρών επιπλοκών και της δυσκολίας να αντιμετωπιστούν αυτές σε ένα τόσο πρώιμο στάδιο. Την ίδια χρονιά, ο William Stewart Halsted από το Νοσοκομείο Johns Hopkins πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη εκτομή για καρκίνο του αμυλοειδούς, εκτοπίζοντας τμήματα του δωδεκαδακτύλου και του παγκρέατος. Η πρώτη επιτυχής παγκρεατική δωδεκαδακτυλεκτομή πιστώνεται στον Γερμανό χειρουργό Walther Carl Eduard Kausch, ως μέρος μιας διαδικασίας δύο σταδίων. Σύμφωνα με το ερευνητικά στοιχεία, περιγράφεται ότι το 1914, ο George Hirschell πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη παγκρεατική δωδεκαδακτυλεκτομή σε ένα στάδιο και στη συνέχεια το 1935, ο Allen Oldfather Whipple παρουσίασε τα αποτελέσματα μιας διαδικασίας δύο σταδίων που αφορούσε την εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος και του δωδεκαδάκτυλου για το καρκίνωμα του αμυλοειδούς στην ετήσια συνάντηση της Αμερικανικής Χειρουργικής Εταιρείας, η οποία ανανέωσε το ενδιαφέρον για την παγκρεατική χειρουργική. Κατά τη διάρκεια της καριέρας του, ο Whipple πραγματοποίησε 37 επεμβάσεις του παγκρέατος, με τη διαδικασία να εξελίσσεται σε τεχνική ενός σταδίου και ο Whipple

γενικά πιστώνεται με τη διάδοση της επέμβασης που φέρει το όνομά του. Το 1937, ο Alexander Brunschwig πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη παγκρεατική εκτομή για παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα (Reber, 2012).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παγκρέατος παραμένει ένας από τους πιο θανατηφόρους τύπους καρκίνου. Τα ποσοστά επιπολασμού και θνησιμότητας του παγκρεατικού καρκίνου αυξάνονται κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Το 2017, καταγράφηκαν 367.411 νέες περιπτώσεις και 359.335 θάνατοι παγκοσμίως, από αυτή την ασθένεια. Ο παγκρεατικός καρκίνος προκαλεί περίπου 4,0% όλων των θανάτων από καρκίνο. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης για αυτούς τους ασθενείς είναι 4 μήνες και ο χρόνος ζωής με μεταστατική νόσο είναι μόνο 2 έως 3 μήνες. Δυστυχώς, το συνολικό ποσοστό επιβίωσης για ασθενείς καρκίνο του παγκρέατος δεν έχει βελτιωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες (IARC, 2018).

Οι τάσεις για τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παγκρέατος και της θνησιμότητας ποικίλλουν σημαντικά ανά τον στον κόσμο. Τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου του παγκρέατος βρίσκονται στις ανεπτυγμένες χώρες. Το εκτιμώμενο ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι περίπου 6% (κυμαίνεται από 2% έως 9%), αλλά αυτό ποικίλλει μεταξύ των ανεπτυγμένων και των αναπτυσσόμενων χωρών. Μέχρι σήμερα, οι αιτίες του καρκίνου του παγκρέατος εξακολουθούν να είναι άγνωστες, αν και έχουν εντοπιστεί ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η γενετική, ο διαβήτης, η διατροφή, η σωματική αδράνεια. Δεν υπάρχουν τρέχουσες συστάσεις ελέγχου για τον καρκίνο του παγκρέατος, και έτσι πρωτογενή πρόληψη είναι υψίστης σημασίας (Pic & Pic, 2018).

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος αυξάνεται με την ηλικία, με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης πριν την ηλικία των 50 ετών. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 71 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες και 72 χρόνια στην Αγγλία (IARC, 2018).

Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει με συνέπεια ότι το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παγκρεατικού καρκίνου και το ένα τέταρτο των περιπτώσεων καρκίνου του παγκρέατος μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα. Υπάρχουν περισσότερες από 60 χημικές ουσίες που προσδιορίζονται ως πιθανές καρκινογόνες ουσίες στον καπνό των τσιγάρων. Από αυτά τα συστατικά η νικοτίνη προδιαθέτει στον καρκίνο του παγκρέατος μέσω της πρόκλησης γενετικών μεταλλάξεων στα παγκρεατικά κύτταρα (Treviño et al., 2017).

Επιδημιολογικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι η ομάδα που καταναλώνει αλκοόλ έχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας από παγκρεατικό καρκίνο. Αυτό

παρατηρείται γιατί η χρόνια παγκρεατίτιδα, ως γνωστός παράγοντας κινδύνου παγκρεατικό καρκίνο, σχετίζεται με τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ. Οι αιθυλεστέρες της ακεταλδεΐδης και των λιπαρών οξέων παράγονται στο ανθρώπινο σώμα κατά τη διάρκεια του μεταβολισμού του αλκοόλ και προκαλούν τραυματισμό που μοιάζει με παγκρεατίτιδα. Επίσης, η ακεταλδεΐδη έχει αποδειχθεί ως οργανική χημική ουσία που παίζει σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση. Ωστόσο, ο ακριβής μηχανισμός που συνδέει την κατανάλωση αλκοόλ και τον παγκρεατικό καρκίνο δεν έχει οριστεί πλήρως (Matters et al., 2015).

Από τη μία πλευρά, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του παγκρέατος από 1,5 έως 2,0 φορές. Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ένας σαφώς προσδιορισμένος και ισχυρός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του παγκρέατος, ο οποίος είναι έως και 20 φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό (Toriola et al., 2014).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το πάγκρεας είναι ένα μαλακό, επιμήκες, πεπλατυσμένο όργανο-αδένας σε μήκος 12 έως 20 cm. Το όργανο αυτό στους ενήλικες ζυγίζει μεταξύ 70 και 110 g. Το πάγκρεας είναι ένας αδένας και εντοπίζεται βαθιά μέσα στην άνω κοιλία, γι' αυτό και είναι σχετικά δυσπρόσιτο στην κλινική εξέταση. Τα περισσότερα σπλάγχνα της κοιλιάς καλύπτονται από έναν υμένα, το περιτόναιο, το οποίο σχηματίζει πτυχές και κολπώματα μεταξύ των οργάνων (περιτοναϊκή κοιλότητα). Το πάγκρεας είναι όργανο οπισθοπεριτοναϊκό, δηλαδή δεν καλύπτεται από περιτόναιο και βρίσκεται πίσω από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ανατομικά στο πάγκρεας διακρίνεται στην κεφαλή, τον αυχένα, το σώμα και την ουρά (Osborn et al., 2012).

Ειδικότερα η κεφαλή, που είναι σχετικά ευρύτερη, βρίσκεται μέσα στην αγκύλη που σχηματίζει το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, το δωδεκαδάκτυλο. Η αγκιστροειδής απόφυση είναι μια επέκταση της κεφαλής του οργάνου προς τα αριστερά. Το σώμα βρίσκεται πίσω από το στομάχι, ενώ η ουρά του παγκρέατος φθάνει μέχρι την πύλη του σπλήνα. Ο αυχένος του παγκρέατος είναι ένα περιορισμένο τμήμα του αδένα που εκτείνεται από το κεφάλι του παγκρέατος προς τα αριστερά, ενώνοντας την κεφαλή με το σώμα του παγκρέατος. Έχει μήκος 1,5 έως 2,0 cm και 3,0 έως 4,0 cm πλάτος. Οπίσθια προς τον αυχένα του παγκρέατος βρίσκεται η συμβολή της πυλαίας φλέβας με τις άνω μεσεντέριες και σπληνικές φλέβες. Το σώμα του παγκρέατος διατρέχει προς την αριστερή πλευρά, μπροστά από την αορτή. Η πρόσθια επιφάνεια του σώματος είναι καλυμμένη από περιτόναιο, που χωρίζει το στομάχι από το πάγκρεας. Το σώμα περνά πλευρικά και συγχωνεύεται με την ουρά του παγκρέατος χωρίς διακριτό σημείο ένωσης. Η ουρά είναι σχετικά κινητή, με την άκρη της να φθάνει συνήθως στον λοβό του σπλήνα. Το απώτερο άκρο του κοινού χολικού πόρου, το δωδεκαδάκτυλο και η κεφαλή του παγκρέατος σχηματίζουν μια μονάδα. Ο κοινός χοληφόρος πόρος βρίσκεται στα δεξιά της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας στο οπίσθιο τοίχο του δωδεκαδάκτυλου. Ο κοινός χολικός πόρος περνά μέσα από την κεφαλή του παγκρέατος, συνήθως για να ενωθεί με τον κύριο παγκρεατικό πόρο και να φθάσει στη δωδεκαδακτυλική θηλή (Γιγής & Παρασκευάς, 2002).

Τα αδενικά κύτταρα του παγκρέατος εκκρίνουν τα παγκρεατικά ένζυμα που βοηθούν στην πέψη των τροφών. Το έκκριμα διοχετεύεται από τους μικρούς πόρους

προς τους μεγαλύτερους. Τελικά σχηματίζεται ο μείζων παγκρεατικός πόρος ή πόρος του Wirsung, ο οποίος εκβάλλει στην δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, σε μια περιοχή που ονομάζεται φύμα του Vater. Στο φύμα του Vater εκβάλλει και ο χοληδόχος πόρος. Ένα τμήμα του αδένου αποχετεύει το έκκριμα αυτόνομα, στον επικουρικό ή δευτερεύοντα παγκρεατικό πόρο. Το σημείο εκβολής του εντοπίζεται λίγο ψηλότερα από το φύμα του Vater. Σε μικροσκοπικό επίπεδο, ανάμεσα στις αδενοκυψέλες που παράγουν τα παγκρεατικά ένζυμα, διακρίνονται και αθροίσεις κυττάρων που ονομάζονται νησίδια του Langerhans, που αποτελούν την ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος. Τα κύτταρα αυτά έχουν εξειδικευτεί στην παραγωγή των ορμονών γλυκαγόνη, ινσουλίνη και σωματοστατίνη (Watson, 2007).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το πάγκρεας είναι ένα όργανο που εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα, σε στενή σχέση με το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Δεν είναι επιφανειακά, γεγονός που δυσκολεύει την κλινική εξέταση και την ερμηνεία των συμπτωμάτων που προέρχονται από αυτό. Το πάγκρεας είναι μεικτός αδένας, εξωκρινής και ενδοκρινής. Εξωκρινής, διότι παράγει ουσίες που εκκρίνονται στον εντερικό αυλό και σχετίζονται με τη λειτουργία της πέψης. Ενδοκρινής, διότι εκκρίνει στην κυκλοφορία ορμόνες, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με τη ρύθμιση του σακχάρου του αίματος (Guyton & Hall, 2013).

Το πάγκρεας παίζει καθοριστικό ρόλο στην πέψη. Η εξωκρινής μοίρα εκκρίνει ένζυμα που εμπλέκονται στην πέψη υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπιδίων. Ειδικότερα η εξωκρινής λειτουργία του παγκρέατος αφορά την έκκριση στον εντερικό αυλό ουσιών που προάγουν την πέψη των λιπών, των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων. Παράλληλα εκκρίνεται και ένα αλκαλικό υγρό που έχει ως στόχο την εξουδετέρωση του όξινου περιεχομένου του στομάχου. Τα παγκρεατικά ένζυμα εκκρίνονται από τα αδενικά κύτταρα σε πρόδρομη μορφή και ενεργοποιούνται μόλις έλθουν σε επαφή με τον αυλό του εντέρου. Το παγκρεατικό έκκριμα συγκεντρώνεται στον παγκρεατικό πόρο και εκκρίνεται στον αυλό του δωδεκαδακτύλου σε μια περιοχή που ονομάζεται φύμα του Vater. Στην ίδια περιοχή εκκρίνεται και η χολή (Guyton & Hall, 2013).

Η παγκρεατική έκκριση μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις, δηλαδή κεφαλική, γαστρική, εντερική και ενδοπεπτική φάση. Τα ονόματα αντιστοιχούν στην προέλευση της κυρίαρχης μορφής ελέγχου της έκκρισης του παγκρέατος. Υπάρχει ωστόσο σημαντική επικάλυψη μεταξύ αυτών των ρυθμιστικών μηχανισμών σε σχέση με το λαμβανόμενο σε ένα γεύμα (Mcgeown, 2009).

Η κεφαλική φάση συνεισφέρει περίπου το 25% της έκκρισης. Προκαλείται με την εισαγωγή οπτικών, οσφρητικών, γευστικών και αισθητηριακών οδών. Σε ένα εικονικό γεύμα (η πειραματική διαδικασία, στην οποία επιτρέπεται στους ανθρώπους να βλέπουν, να μυρίζουν, να δοκιμάζουν αλλά να μην καταπίνουν το φαγητό) προκαλεί παγκρεατική έκκριση που είναι πλούσια σε ένζυμα, αλλά χαμηλή σε συγκέντρωση και σε όγκο διττανθρακικών (HCO₃) (Mcgeown, 2009).

Η γαστρική φάση αντιπροσωπεύει περίπου το 10% της έκκρισης και ξεκινά με την άφιξη της τροφής στο στομάχι. Ρυθμίζεται από εντεροπαγκρεατικά και γαστρικά αντανακλαστικά, τα οποία διεγείρονται από τη γαστρική διάταση. Η πλειονότητα της

έκκρισης του παγκρέατος εμφανίζεται στην εντερική φάση. Η εκκριτική φάση ανέρχεται στο 50-60% της μέγιστης χωρητικότητας του στομάχου. Ξεκινά ως όξινος χυμός από το στομάχι, περνά στο έντερο, όπου συστατικά του χυμού, HCl, χολή και τα χολικά άλατα προκαλούν ορμονικές και νευρικές αποκρίσεις. Η ορμονική επίδραση στην έκκριση της εντερικής φάσης είναι κυρίως το αποτέλεσμα της χολοκυστοκινίνης. Περνώντας το περιεχόμενο από το στομάχι στο έντερο, μειώνεται το pH, το οποίο είναι ένα σήμα για τα S κύτταρα του δωδεκαδακτύλου να αρχίσουν την απελευθέρωση σεκρετίνης (Mcgeown, 2009).

Η ενδοκρινής λειτουργία του παγκρέατος αφορά την έκκριση των ορμονών γλυκαγόνη, ινσουλίνη και σωματοστατίνη. Την ενδοκρινή λειτουργία του παγκρέατος αναλαμβάνουν αθροίσματα κυττάρων, διάσπαρτα μέσα στο παρέγχυμα του οργάνου που αποκαλούνται νησίδια του Langerhans. Σε αυτά διακρίνονται διάφοροι τύποι κυττάρων. Τα κύτταρα α παράγουν τη γλυκαγόνη, μια ορμόνη που αυξάνει το σάκχαρο του αίματος σε καταστάσεις υπογλυκαιμίας. Τα κύτταρα β παράγουν την ινσουλίνη, μια ορμόνη που δραστηριοποιείται κατά την πέψη των τροφών, επάγοντας την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από την κυκλοφορία προς στους περιφερικούς ιστούς προκειμένου να καταναλωθούν ή να αποθηκευτούν. Με τη δράση της αυτή η ινσουλίνη ελαττώνει τα επίπεδα σακχάρου του αίματος. Τα κύτταρα δ παράγουν την ορμόνη σωματοστατίνη, η οποία ασκεί ανασταλτικό έλεγχο στην έκκριση τόσο γλυκαγόνης, όσο και ινσουλίνης (Guyton & Hall, 2013).

Στον άνθρωπο, το παγκρεατικό υγρό αποτελεί ένα ουδέτερο, ισοτονικό υγρό, πλούσιο σε Na, Cl και H. Το ρευστό αυτό προϊόν παράγεται από τα κύτταρα του παγκρέατος σε ποσότητα μεταξύ 1 και 2,5 ανά ημέρα, το οποίο περιέχει περίπου 20 g πεπτικών ενζύμων. Περισσότερα από 20 διαφορετικά ένζυμα εκκρίνονται από τα κύτταρα του σώματος του παγκρέατος και μερικά από αυτά είναι πρόδρομα ένζυμα, όπως ως τρυψινογόνο και χυμοτρυψινογόνο. Επίσης απελευθερώνονται ένζυμα σε μια ενεργό μορφή, όπως είναι οι λιπάσες, οι κολιπάσες, οι Α-αμυλάσες, οι κολλαγενάσες, οι ελαστάσες, οι ριβονουκλεάσες και οι φωσφολιπάσες Α. Το ανθρώπινο παγκρεατικό υγρό περιέχει έως 150 mmol / l HCO₃. Η σύνθεση των κατιόντων παραμένει αρκετά σταθερή, ανεξάρτητα από το ρυθμό ροής του παγκρεατικού υγρού, με 140 mmol / l Na και 10-15 mmol / l K + (Mcgeown, 2009).

3. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ

Η οξεία παγκρεατίτιδα μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από οξείες νευροφλεγμονώδεις βλάβες του παγκρέατος. Οι δύο πιο συχνές αιτίες της οξείας παγκρεατίτιδας είναι η χολολιθίαση ή και χοληδοχολιθίαση και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ. Άλλες συχνότερο συχνές αιτίες αναφέρουν την υπερτριγλυκεριδαμία (συνήθως > 1000 mg / dL), διάφορα φάρμακα, τραυματικές κακώσεις, λοιμώξεις, ιατρογένεση (χειρουργική ή μετά από ERCP) και η αυτοανοσία (Hansis, 2012).

Ο ακριβής παθολογικός μηχανισμός με τον οποίο οι χολόλιθοι προκαλούν παγκρεατίτιδα παραμένει ασαφής, αν και υποτίθεται ότι οι χοληδοχολίθοι (συνήθως λίθοι <5 mm) αποκλείουν τον παρακείμενο παγκρεατικό πόρο, προκαλώντας αυξημένη πίεση, παλινδρόμηση παγκρεατικών εκκρίσεων και έκκριση κυττάρων που οδηγούν στον φλεγμονώδη μηχανισμό (Kasper et al., 2015).

Περίπου το 15% -20% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα θα εμφανίσουν σοβαρή νόσο και θα έχουν παρατεταμένη νοσηλεία με πιθανές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου και του πιθανού θανάτου. Τα ποσοστά θνησιμότητας της οξείας παγκρεατίτιδας κυμαίνονται μεταξύ 4,8% -9%, και όταν εξετάζονται σοβαρές μορφές της νόσου, τα ποσοστά θνησιμότητας αυξήθηκαν στο 15% (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

Η ενδοσκοπική παρέμβαση ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα, που έχουν ταυτόχρονη χολαγγειίτιδα ή απόφραξη των χοληφόρων. Σύμφωνα με τις οδηγίες, οι ασθενείς με χολαγγειίτιδα πρέπει να υποβάλλονται σε ERCP εντός είκοσι τεσσάρων ωρών από την εισαγωγή. Όλοι οι ασθενείς με ήπια παγκρεατίτιδα που σχετίζονται με χολόλιθους πρέπει να υποβληθούν σε χολοκυστεκτομή κατά την ίδια εισαγωγή πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο. Η πρώιμη χειρουργική επέμβαση στην παγκρεατίτιδα μειώνει δραστικά τη θνησιμότητα και τις επιπλοκές που σχετίζονται με χολόλιθους. Τέλος ασθενείς με ευρήματα ψευδοκύστεων ή νέκρωση του παγκρέατος ή του εξωπαγκρεατικού ιστού δεν χρειάζονται άμεση χειρουργική επέμβαση. Οι τρέχουσες οδηγίες προτείνουν την αναβολή της επέμβασης για τέσσερις εβδομάδες, μέχρι οι ασθενείς να σταθεροποιηθούν (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

Ο όρος χρόνια παγκρεατίτιδα χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνδρομο χρόνιας φλεγμονής του παγκρέατος, το οποίο παρατηρείται συχνότερα στους αλκοολικούς και καπνιστές, και οδηγεί σε προοδευτικές ουλές του παγκρέατος, δυσλειτουργία του ενδοκρινικού παγκρέατος (κυρίως λόγω της απώλειας των νησιών Langerhans), εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια (ανεπάρκεια των πεπτικών ενζύμων

που παράγονται από το πάγκρεας) και αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος. Η κλασική χρόνια παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενο ή συνεχή τραυματισμό στο εξωκρινικό παρέγχυμα, που προκαλείται συχνότερα από την κατάχρηση αλκοόλ και το κάπνισμα (Kasper et al., 2015).

4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του παγκρέατος ορίζεται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους του οργάνου, την απώλεια της λειτουργικότητας του και την προσβολή των γειτονικών ιστών. Ο όρος «καρκίνος του παγκρέατος» χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος. Υπάρχουν άλλοι τύποι καρκίνου του παγκρέατος, αλλά περισσότερο από το 95% των κακοηθών νεοπλασμάτων του παγκρέατος προέρχονται από τα εξωκρινά τμήματα του αδένου και παρουσιάζουν χαρακτηριστικά που συνάδουν με το αδενοκαρκίνωμα (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Μέχρι στιγμής, έχουν εντοπιστεί διάφοροι παράγοντες κινδύνου και μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου.

✓ Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την παχυσαρκία, τους διαιτητικούς παράγοντες και την έκθεση σε τοξικές ουσίες (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013):

- **Κάπνισμα:** Ο κίνδυνος καρκίνου του παγκρέατος αυξάνεται με τη διάρκεια του καπνίσματος και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά. Ο κίνδυνος είναι σχεδόν δύο φορές υψηλότερος στους καπνιστές από ό, τι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος καρκίνου του παγκρέατος που σχετίζεται με το κάπνισμα παραμένει αυξημένος αφού επιτρέπει δυνητικούς συγγυτικούς παράγοντες όπως η κατανάλωση αλκοόλ.

- **Κατανάλωση αλκοόλ:** Ο κίνδυνος καρκίνου του παγκρέατος αυξάνεται αναμφίβολα από την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ (περισσότερα από τρία ποτά

ημερησίως). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ αλκοόλ και καπνίσματος είναι πολύ στενή. Επομένως, μπορεί να είναι δύσκολο να εμπλέξουμε το αλκοόλ ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρκίνο του παγκρέατος.

- **Παχυσαρκία:** Η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για διάφορους τύπους καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του παγκρέατος. Η παχυσαρκία αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας του καρκίνου του παγκρέατος. Εκτός αυτού, η σωματική αδράνεια (η οποία μπορεί να συμβάλει στη συσσώρευση λίπους και σε υπερβολικό βάρος) έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος.

- **Διαιτητικοί παράγοντες:** Φαίνεται λογικό ότι η διαίτα σχετίζεται με τον κίνδυνο διαφορετικών πεπτικών ασθενειών και καρκίνων, συμπεριλαμβανομένων αυτών του παγκρέατος. Οι διατροφικοί παράγοντες επηρεάζουν έως και 30-50% στον καρκίνο του παγκρέατος και υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα τρόφιμα σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο, ενώ άλλα είναι ακόμη προστατευτικά. Έτσι η κατανάλωση κόκκινων κρεάτων (ειδικά όταν μαγειρεύονται σε υψηλή θερμοκρασία), τα μεταποιημένα κρέατα, η χοληστερόλη, τα τηγανητά και άλλα τρόφιμα που περιέχουν νιτροζαμίνες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος. Από την άλλη πλευρά, η υψηλή πρόσληψη λαχανικών και φρούτων, ειδικά αυτά που είναι πλούσια αντιοξειδωτικά, έχει προστατευτική δράση, μειώνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παγκρέατος.

- **Επαγγελματική έκθεση:** Οι εργασιακές συνθήκες σε χώρους επεξεργασίας νικελίου και καδμίου (μεταλλουργία και βιομηχανία χρώματος) φαίνεται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου του παγκρέατος.

✓ **Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου**

Οι παράγοντες κινδύνου που δεν είναι τροποποιήσιμοι περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, τον σακχαρώδη διαβήτη, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παγκρέατος, τους γενετικούς παράγοντες, τις χρόνιες λοιμώξεις και τη χρόνια παγκρεατίτιδα (Bland et al., 2009; Hansis, 2012).

- **Φύλο:** Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι πιο συχνός στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Ο καρκίνος του παγκρέατος εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες πιθανώς λόγω περιβαλλοντικών ή επαγγελματικών παραγόντων κινδύνου καθώς και τρόπων ζωής όπως η βαριά συνήθεια καπνίσματος και η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ στους άνδρες. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό να υπάρχουν ακόμη μη ανακαλυφθέντες γενετικοί

παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση του καρκίνου και τη θνησιμότητα σε άνδρες και γυναίκες.

- **Ηλικία:** Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι κατά κύριο λόγο μια ασθένεια του ηλικιωμένου πληθυσμού και οι περισσότεροι από τους ασθενείς είναι ηλικίας άνω των 50 ετών. Εμφανίζεται σπάνια πριν από την ηλικία των 40 ετών και η μέση ηλικία για περισσότερα από τα μισά περιστατικά παγκρεατικού αδενοκαρκινώματος είναι 71 ετών. Ο λόγος για αυτήν την αρχή της καθυστερημένης ηλικίας δεν είναι ακόμη εμφανής.

- **Εθνικότητα:** Γενικά, ο κίνδυνος καρκίνου του παγκρέατος είναι σημαντικά υψηλότερος στους μαύρους από ότι σε οποιαδήποτε άλλη φυλετική ομάδα. Οι διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος μεταξύ φυλών μπορούν να αποδοθούν σε τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου όπως η διατροφή, το αλκοόλ, το κάπνισμα και η ανεπάρκεια βιταμίνης D.

- **Οικογενειακό ιστορικό:** Υπολογίζεται ότι περίπου το 5-10% των ατόμων με καρκίνο του παγκρέατος αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παγκρέατος. Οι ασθενείς με οικογενειακό καρκίνο του παγκρέατος έχουν επίσης περισσότερες προκαρκινικές αλλοιώσεις από εκείνους με σποραδικούς καρκίνους του παγκρέατος και έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνων εκτός παγκρέατος.

- **Γενετικοί παράγοντες:** Η γενετική μετάλλαξη παίζει σημαντικό ρόλο στον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος. Περίπου το 10% των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος έχουν κάποια γενετική προδιάθεση, όπως γονιδιακές παραλλαγές ή μεταβολές στην ανάπτυξη της νόσου. Αρκετές γενετικές μεταλλάξεις έχουν αναγνωριστεί ότι εμπλέκονται σε κληρονομικές μορφές παγκρέατος. Ο καρκίνος του παγκρέατος βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με ορισμένα οικογενειακά σύνδρομα καρκίνου, όπως κληρονομικό καρκίνο του παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch), το οικογενειακό άτυπο σύνδρομο πολλαπλού μοριακού μελανώματος, το σύνδρομο Peutz-Jeghers, το κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, και το σύνδρομο Li-Fraumeni.

- **Λοιμώξεις:** Ο γαστρικός αποικισμός με *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος. Ένας υποθετικός μηχανισμός πίσω από αυτό είναι ότι ο αποικισμός του *H. pylori* ενισχύει την καρκινογόνο δράση των N-νιτροζαμινών που μεταδίδονται από το κάπνισμα ή τις διατροφικές πηγές. Αυτό το αποτέλεσμα διαμορφώνεται από τις φλεγμονώδεις

αποκρίσεις του ξενιστή στον οργανισμό, από διάφορες λοιμογόνες ιδιότητες και άλλες ιδιότητες του ίδιου του *H. Pylori* και από τις αλληλεπιδράσεις του ξενιστή-οργανισμού.

6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ανίχνευση και διάγνωση της νόσου παρουσιάζουν δυσκολίες διότι στα αρχικά στάδια δεν υπάρχουν αξιοσημείωτα σημεία ή συμπτώματα. Τα συμπτώματα του καρκίνου του παγκρέατος όταν υπάρχουν, είναι παρόμοια με αυτά πολλών άλλων ασθενειών. Η ανατομική θέση του παγκρέατος, βαθιά στην κοιλιά, πίσω από το στομάχι, το λεπτό έντερο, το ήπαρ, το σπλήνα, τη χοληδόχο κύστη, δεν διευκολύνει τη διάγνωση. Οι εξετάσεις που χρειάζονται για τη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος δεν είναι εύκολες. Για τους λόγους αυτούς, η διάγνωση καρκίνου του παγκρέατος σπάνια γίνεται στα αρχικά στάδια. Επίσης η νόσος έχει την τάση να κάνει μεταστάσεις νωρίς στην εξέλιξη της. Δυστυχώς πολλές φορές όταν γίνει η διάγνωση, ανακαλύπτεται ότι η νόσος έχει διηθήσει λεμφαδένες, αιμοφόρα αγγεία και άλλους ιστούς ή όργανα. Οι όγκοι αυτοί, συχνά δεν μπορούν να αφαιρεθούν. Όμως η ολική χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου παγκρέατος, είναι η μόνη ελπίδα ίασης (Hansis, 2012).

Με την αύξηση του όγκου τα συμπτώματα εμφανίζονται (Bland et al., 2009):

- Πόνος στο πάνω μέρος της κοιλιάς και της πλάτης: Ο πόνος δημιουργείται λόγω του ότι ο όγκος πιέζει τα γειτονικά όργανα και νεύρα. Ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής ή περιοδικός. Χειροτερεύει μετά από το φαγητό ή όταν ο ασθενής ξαπλώνει. Ο πόνος είναι το συχνότερο σύμπτωμα του καρκίνου του παγκρέατος

- Ίκτερος με κίτρινη χροιά του δέρματος και των ματιών. Εάν ο όγκος επεκταθεί σε σημείο που να αποφράσσει τα χοληφόρα αγγεία, διακόπτεται η ελεύθερη ροή της χολής προς τον πεπτικό σωλήνα. Η χολερυθρίνη συσσωρεύεται στο σώμα με αποτέλεσμα να κιτρινίζουν το δέρμα και οι επιπεφυκότες των ματιών. Σε προχωρημένα στάδια ο ίκτερος συνοδεύεται και από έντονο κνησμό.

- Απώλεια βάρους: Η απώλεια βάρους προέρχεται όχι μόνο από την ανορεξία αλλά και από το γεγονός ότι το πάγκρεας δεν παράγει κανονικά τα ένζυμα που συμβάλλουν στην πέψη. Έτσι ο ασθενής δεν μπορεί να απορροφήσει τα διατροφικά στοιχεία που χρειάζεται, παρουσιάζει υποσιτισμό και χάνει βάρος.

Η φυσική εξέταση για τους ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος δεν αποκαλύπτει ιδιαίτερα ευρήματα. Δεδομένου ότι τα δύο τρίτα των αδενοκαρκινωμάτων του

παγκρέατος εμφανίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος, το πιο συνηθισμένο φυσικό εύρημα είναι η αποφρακτικής χολόστασης. Σε μερικούς ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος ενδέχεται να υπάρχει ηπατομεγαλία, ασκίτης ή ψηλαφητή χοληδόχος κύστη (σημείου Courvoisier). Τα φυσικά ευρήματα σε ασθενείς με επέκταση της νόσου περιλαμβάνουν την υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια (λεμφαδένας του Virchow). Ωστόσο, ο καρκίνος του παγκρέατος συνήθως δεν μεταδίδεται στους υπερκλείδιους λεμφαδένες και έχουν αναφερθεί μόνο λίγες περιπτώσεις. Τέλος η μεταναστευτική επιφανειακή θρομβοφλεβίτιδα (σημείο Trousseau), η οποία αποτελεί ένδειξη ενδοαγγειακής θρόμβωσης, μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος, καθώς και σε άλλους προχωρημένους καρκίνους που οφείλονται σε υπερπηκτική κατάσταση από κακοήγη νόσο (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013).

7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί σημαντική διαγνωστική πρόκληση καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένα στάδια, είτε με τοπικά προχωρημένη νόσο, είτε με μεταστατική νόσο. Οι λόγοι για αυτό το φαινόμενο είναι πολυπαραγοντικοί, συμπεριλαμβανομένων των μη ειδικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ασθένεια και της εγγύτητας των κύριων αιμοφόρων αγγείων τα οποία μπορούν εύκολα να προσβληθούν από τον όγκο. Αυτοί οι παράγοντες σημαίνουν ότι το 80% -85% των όγκων δεν μπορούν να εκτοπιστούν κατά τη στιγμή της αρχικής διάγνωσης. Για τον διαγνωστικό έλεγχο της νόσου εφαρμόζεται οι παρακάτω διαγνωστικές μέθοδοι (Franklin & Dawson, 2011).

- **Υπερηχογράφημα**

Το κλασσικό υπερηχογράφημα δεν θεωρείται ιδιαίτερα αξιόπιστη μέθοδος στην έγκαιρη ανίχνευση παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Η παρεμβολή του στομάχου και του παχέος εντέρου τις περισσότερες φορές δυσχεραίνουν την ικανοποιητική απεικόνιση του οργάνου. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα θεωρείται σήμερα η πλέον ευαίσθητη μέθοδος στη διάγνωση των όγκων του παγκρέατος, ιδιαίτερα στην περιοχή της κεφαλής, ενώ αναδεικνύει εξίσου ικανοποιητικά τους περιπαγκρεατικούς λεμφαδένες. Μειονέκτημα αποτελεί η δυσχέρεια στην προσπέλαση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου

και η αδυναμία διάγνωσης αγγειακών διηθήσεων και απομακρυσμένων μεταστάσεων (Franklin & Dawson, 2011).

- **Αξονική τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία θεωρείται σήμερα μέθοδος εκλογής στη διάγνωση και σταδιοποίηση του παγκρεατικού καρκίνου. Η τεχνολογική πρόοδος με την ανάπτυξη των πολυτομικών αξονικών τομογράφων έχει βελτιώσει ακόμα περισσότερο την ευαισθησία της μεθόδου στην ανίχνευση πολύ μικρών όγκων που παλαιότερα δεν ήταν δυνατόν να απεικονιστούν. Πρωταρχικής σημασίας είναι ο καθορισμός της χειρουργησιμότητας του νεοπλάσματος. Η αξονική τομογραφία έχει θετική προγνωστική αξία 100%. Έτσι εάν ένα παγκρεατικό νεόπλασμα μοιάζει ανεγχείρητο στην αξονική τομογραφία, δεν απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση (Franklin & Dawson, 2011).

- **Μαγνητική Τομογραφία**

Η μαγνητική τομογραφία έχει το πλεονέκτημα της δυνατότητας συνδυασμού με τη μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία και τη μαγνητική αγγειογραφία, ούτως ώστε να παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση των παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά της αξονικής τομογραφίας, όταν υπάρχει αντένδειξη αυτής, καθώς και σαν μέθοδος επίλυσης διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων (Franklin & Dawson, 2011).

- **Ενδοσκοπικός έλεγχος**

Μία άλλη πολύ σημαντική ενδοσκοπική εξέταση είναι η ενδοσκοπική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCPC), που απαιτεί νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η εξέταση αυτή αποτελεί την πιο ακριβή μέθοδο απεικόνισης των χοληφόρων οδών και των παγκρεατικών πόρων (όπως και η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία MRCP). Είναι αναντικατάστατη μέθοδος για τη σωστή διάγνωση και ενδοσκοπική θεραπεία νόσων που εκδηλώνονται με συμπτώματα μετά από χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως, σε ίκτερο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, όπως και σε οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα και σε καρκίνο του παγκρέατος (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013).

- **Αιματολογικός έλεγχος**

Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης ορού για τον καρκίνο του παγκρέατος είναι το καρκινικό αντιγόνο CA 19-9. Έχει αναφερόμενη ευαισθησία και ειδικότητα 80-90%. Τα επίπεδα αυτού του αντιγόνου σε ασθενείς με ίκτερο μπορεί να αυξηθούν,

χωρίς να υπάρχει καρκίνος στο πάγκρεας. Το CA 19-9 μπορεί να ζητηθεί μαζί με άλλες εξετάσεις, όπως είναι: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η χολερυθρίνη ή και εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, όταν ένας ασθενής έχει συμπτώματα που μπορούν να υποδεικνύουν παγκρεατικό καρκίνο, όπως πόνο στην κοιλιακή χώρα, ναυτία, απώλεια βάρους και ίκτερο. Εάν το CA 19-9 είναι εξ αρχής αυξημένο στον καρκίνο του παγκρέατος, τότε μπορεί να ζητηθεί ο προσδιορισμός του αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, προκειμένου να ελεγχθεί η απόκριση στη θεραπεία, καθώς και σε τακτικά διαστήματα μετά το τέλος της θεραπείας για την ανίχνευση υποτροπής της νόσου. Τα υψηλότερα επίπεδα του CA 19-9 παρατηρούνται στον καρκίνο της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, ο οποίος παρατηρείται σε ιστούς του παγκρέατος, που παράγουν τα παγκρεατικά ένζυμα και στα αγγεία, που μεταφέρουν αυτά τα ένζυμα στο λεπτό έντερο. Σε αυτούς τους ιστούς απαντά το 95% των καρκίνων του παγκρέατος (Longo & Fautsi, 2013).

8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του παγκρέατος πρέπει να διακρίνεται από άλλες παθήσεις του παγκρέατος που προκαλούν κοιλιακό άλγος και ίκτερο όπως οξεία χολαγγειίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση, χρόνια παγκρεατίτιδα, πρωτοπαθής χολική κίρρωση και πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Ο καρκίνος του παγκρέατος πρέπει επίσης να διαφοροποιείται από άλλες παγκρεατικές παθολογίες όπως αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, παγκρεατική ψευδοκύστη και νευροενδοκρινικούς όγκους του παγκρέατος. Οι παθολογίες του χολικού πόρου και του δωδεκαδάκτυλου, όπως η χοληδοχολιθίαση, οι χολόλιθοι (χολολιθίαση), οι χοληδοχικές κύστες, το χολαγγειοκαρκίνωμα και η διαστολή των χολικών αγωγών, πρέπει να διαφοροποιούνται από τον καρκίνο του παγκρέατος βάσει των απεικονίσεων και των ευρημάτων της βιοψίας (Franklin & Dawson, 2011).

9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα και οι παραλλαγές του αντιπροσωπεύουν το 90% όλων των καρκινωμάτων του παγκρέατος. Λιγότερα συχνοί όγκοι του παγκρέατος θεωρούνται τα ενδοπορικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλάσματα (3-5%), τα

νευροενδοκρινή νεοπλάσματα (3-4%), τα ορώδη κυσταδενώματα (1-2%), τα βλεννώδη κυστικά νεοπλάσματα (1-2%), κυψελιδικά καρκινώματα (1-2%), συμπαγή ψευδοθηλώδη νεοπλάσματα (1-2%) και παγκρεατοβλαστώματα (<1%) (Longo & Fautsi, 2013).

Περίπου το 60% -70% των αδενοκαρκινωμάτων του παγκρέατος εμφανίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος με το υπόλοιπο να ανευρίσκεται στο σώμα (15%) και στην ουρά (15%). Κατά τη στιγμή της διάγνωσης, τα περισσότερα αδενοκαρκινώματα του παγκρέατος έχουν ήδη εξαπλωθεί πέρα από το πάγκρεας. Η American Joint Committee on Cancer (AJCC) σταδιοποίησε τον παγκρεατικό καρκίνο ως εξής (Kasper et al., 2015):

Tumor (T)	<p>TX – ο πρωτοπαθής όγκος δεν ανιχνεύεται</p> <p>T0 – καμιά ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου</p> <p>Tis – καρκίνωμα in situ</p> <p>T1 –ο όγκος περιορίζεται στο πάγκρεας, με διάσταση μικρότερη των 2 cm</p> <p>T2 -ο όγκος περιορίζεται στο πάγκρεας, με διάσταση μεγαλύτερη των 2 cm</p> <p>T3 –ο όγκος εκτείνεται πέρα από το πάγκρεας (δωδεκαδάκτυλο, χοληφόρο σύστημα κ.λ.π.)</p> <p>T4 –ο όγκος εκτείνεται πέρα από το πάγκρεας και καταλαμβάνει την αορτή ή τη μεσεντέρια αρτηρία</p>
Τοπικοί Λεμφαδένες (N)	<p>NX – χωρίς λεμφαδένες</p> <p>N0 – δεν εντοπίζονται μεταστάσεις σε λεμφαδένες</p> <p>N1 –μετάσταση σε τοπικούς λεμφαδένες</p>
Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)	<p>MX – χωρίς μεταστάσεις</p> <p>M0 – δεν εντοπίζονται μεταστάσεις</p> <p>M1 – απομακρυσμένες μεταστάσεις</p>

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση του καρκίνου παγκρέατος (Πηγή: Kasper et al., 2015)

Η σταδιοποίηση αφορά 3 ομάδες ασθενών (Longo & Fautsi, 2013):

- Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα άτομα που παρουσιάζουν μεταστατική νόσο. Η χειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί επιλογή για αυτούς τους ασθενείς και η

χημειοθεραπεία είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή. Αν ο καρκίνος χαρακτηριστεί ανεγχείρητος, τότε με ελάχιστα επεμβατικές πράξεις (ERCP) θα αντιμετωπιστεί ο ίκτερος.

- Η δεύτερη ομάδα αφορά τους ασθενείς με προχωρημένη τοπική νόσο, αλλά χωρίς μεταστάσεις. Οι ασθενείς αυτοί πιθανόν να ωφεληθούν από εξωτερική ακτινοβολία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία.
- Η τρίτη ομάδα αφορά τους ασθενείς με εξαιρεσιμη νόσο. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να ωφεληθούν από τη νοσηλεία σε ένα εξειδικευμένο κέντρο και να υποβληθούν σε ειδικές επεμβάσεις για την εξαίρεση του όγκου.

10.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου του παγκρέατος επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τύπος του καρκίνου, η σταδιοποίηση κατά τη στιγμή της διάγνωσης, το μέγεθος του όγκου, το επίπεδο αλβουμίνης ορού, οι τρόποι θεραπείας, οι διαφορές και η διαθεσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και άλλοι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των συνολικών υγείας και τρόπος ζωής. Επειδή το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος και οι άλλοι λιγότερο συνηθισμένοι εξωκρινικοί καρκίνοι διαγιγνώσκονται συνήθως στο στάδιο III ή IV, έχει πολύ κακή πρόγνωση, με το ποσοστό επιβίωσης 5 ετών να περιορίζεται στο 16% (Kasper et al., 2015).

11.ΠΡΟΛΗΨΗ

Δεδομένου ότι η γενική εξέταση του πληθυσμού και ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν είναι προς το παρόν διαθέσιμα σε κλινικό επίπεδο, η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί το βασικό εργαλείο για την πρόληψη του παγκρεατικού καρκίνου. Σαν βασικό προληπτικό μέτρο προτείνεται η μείωση και η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας. Αυτή η πρακτική έδειξε ότι στις ανεπτυγμένες χώρες, οι προσπάθειες καταπολέμησης της καπνιστικής είναι πιθανό να οδηγήσουν στο μέλλον στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος. Από την άλλη στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου δεν υπάρχουν οργανωμένη αντικαπνιστική εκστρατεία, αναμένεται να υπάρξει αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του παγκρέατος. Στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης,

ένα δεύτερο μέτρο αποτελεί η πρόληψη και ο έλεγχος της παχυσαρκίας. Σκοπός αυτής της πρακτικής είναι μέσα από οργανωμένα προγράμματα, να μειωθεί η επίπτωση της παχυσαρκίας στον πληθυσμό, με σκοπό την πρόληψη μιας σειράς νοσημάτων, μεταξύ αυτών και του παγκρεατικού καρκίνου. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω παράγοντες δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς ως παράγοντες πρόκλησης του παγκρεατικού καρκίνου, αλλά έχουν ενοχοποιηθεί ως προδιαθεσικοί παράγοντες (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013).

12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πιθανότητες θεραπείας υπάρχουν, μόνο όταν η διάγνωση γίνει σε πρώιμο στάδιο, πριν δηλαδή επεκταθεί στους περιβάλλοντες ιστούς. Γενικά όμως, οι υπάρχουσες μέθοδοι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις, αντιμετωπίζοντας τα συμπτώματα και τις επιπλοκές της νόσου. Η θεραπευτική αγωγή στον καρκίνο του παγκρέατος περιλαμβάνει αρκετές μεθόδους, όπως τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και τη βιολογική θεραπεία (στην οποία ενισχύονται οι φυσιολογικές ικανότητες του οργανισμού για την καταπολέμηση της νόσου). Η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του οργανισμού, τη βιολογική ηλικία και τον τύπο και την έκταση του καρκίνου (τοπικός καρκίνος ή με μεταστάσεις). Οι παραπάνω μέθοδοι ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Ο σκοπός κάθε εγχείρησης μπορεί να ποικίλλει. Μπορεί να γίνει, για να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης, για να αφαιρεθεί ένας καρκινικός όγκος ή για να εξακριβωθεί η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος. Μερικές φορές η εγχείρηση σκοπεύει κυρίως στην αντιμετώπιση μιας απόφραξης, για παράδειγμα, αφαιρείται ένας όγκος που αποφράσσει το χοληδόχο πόρο (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013).

12.1.Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική παραμένει ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης του πλέον επιθετικού καρκίνου του πεπτικού συστήματος, του καρκίνου του παγκρέατος. Δι' αυτής αντιμετωπίζονται τα τρία βασικά συμπτώματα του ασθενή: ο ίκτερος, η απόφραξη του δωδεκαδακτύλου και ο πόνος. Δυστυχώς, όμως, σε παγκρεατεκτομή μπορεί να υποβληθεί μόνο το 10-20% των πασχόντων. Στο υπόλοιπο των περιπτώσεων, το

νεόπλασμα είναι τοπικά εκτεταμένο (40-45%), έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις (40%) στο ήπαρ και τους πνεύμονες ή εμφυτεύσεις στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η χειρουργική του καρκίνου του παγκρέατος διακρίνεται στη ριζική και την παρηγορητική. Η παρηγορητική χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του ίκτερου και της απόφραξης του δωδεκαδακτύλου και ενδεχομένως του πόνου (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

Σε κάθε περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του παγκρέατος, προκύπτουν ορισμένα ερωτήματα όπως: η χρησιμότητα της προεγχειρητικής αποσυμφόρησης του χοληφόρου δένδρου και η απαλλαγή του αρρώστου από τον ίκτερο, ο τύπος και η έκταση της παγκρεατεκτομής, η διατήρηση της ακεραιότητας του στομάχου, η διαχείριση του παγκρεατικού κολοβώματος και ο τρόπος αντιμετώπισης του μη διατεταμένου κολοβώματος του χοληδόχου πόρου (Franklin & Dawson, 2011).

Ο τύπος της παγκρεατεκτομής καθορίζεται από τη θέση εντόπισης και την επιθετικότητα του νεοπλασματος. Το 70% των νεοπλασμάτων του παγκρέατος εντοπίζονται στην κεφαλή του οργάνου, για το λόγο αυτό η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple-Kausch) αποτελεί τη συνηθέστερη επέμβαση για καρκίνο του παγκρέατος (Franklin & Dawson, 2011).

Αντενδείξεις για τη χειρουργική εκτομή του καρκίνου του παγκρέατος αποτελούν: η παρουσία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων, ηπατικών και απομακρυσμένων μεταστάσεων, η διήθηση της ρίζας του μεσεντερίου και του εγκάρσιου μεσοκόλου, καθώς και η κυκλοτερής διήθηση του τοιχώματος της πυλαίας φλέβας και της άνω μεσεντερίου τοιαύτης. Η ηλικία του πάσχοντα, η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων, η διήθηση του δεξιού πλαγίου τοιχώματος της πυλαίας φλέβας και της άνω μεσεντερίου και η θετικότητα των εκπλυμάτων της περιτοναϊκής κοιλότητας δεν πρέπει να αποθαρρύνουν το χειρουργό από τη διενέργεια παγκρεατεκτομής (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013).

Η τυπική εγχείρηση Whipple-Kausch περιλαμβάνει την εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος, του κατώτερου τριτημορίου του στομάχου, του δωδεκαδάκτυλου, την αρχή της νηστίτιδας, τη χοληδόχο κύστη, το χοληδόχο πόρο και τους περιπαγκρεατικούς λεμφαδένες (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

Η ολική παγκρεατεκτομή είναι πλέον ριζική σ' ό,τι αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος. Αυτή επιτρέπει καλύτερο λεμφαδενικό καθαρισμό, αποτρέπει τη διασπορά καρκινικών κυττάρων, που ενδεχομένως επισυμβαίνει κατά τη διαίρεση του παγκρέατος που απαιτείται στην εγχείρηση Whipple-Kausch, ενώ δι'

αυτής αποφεύγεται η παγκρεατοπεπτική αναστόμωση. Συνοδεύεται, όμως, από αυξημένα ποσοστά θνητότητας. Η ολική παγκρεατεκτομή ακολουθείται από εξαιρετικά ασταθή σακχαρώδη διαβήτη, διάρροια και στεατόρροια (Σπανός & Δαλαΐνας, 2012).

Η περιφερική παγκρεατεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις κακοηθών νεοπλασμάτων του σώματος και της ουράς του παγκρέατος. είναι εφικτή σε περιορισμένο αριθμό αρρώστων (4-5% των περιπτώσεων), διότι τα κακοήθη νεοπλάσματα που εντοπίζονται σ' αυτή την περιοχή του παγκρέατος, όταν διαγνωσθούν έχουν δώσει κατά κανόνα μεταστάσεις (ήπαρ 45%) ή έχουν διηθήσει το ηπατικό πλέγμα (70%) (Franklin & Dawson, 2011).

Η κεντρική παγκρεατεκτομή εφαρμόζεται αυστηρά σε επιλεγμένες περιπτώσεις νεοπλασμάτων χαμηλής κακοήθειας, που εντοπίζονται στον αυχένα ή το σώμα του παγκρέατος και έχουν διάμετρο μικρότερη των 5 εκ. Προϋπόθεση για τη διενέργειά της, αποτελεί η παραμονή ικανού κολοβώματος παγκρέατος. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης των ασθενών, μετά από παγκρεατεκτομή, ανέρχεται στους 16 μήνες. Το διάστημα αυτό μειώνεται στους 9 μήνες όταν διηθείται η πυλαία ή η άνω μεσεντέριος φλέβα (Longo & Fautsi, 2013).

12.2.Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Παρά τη χαμηλή σχετική θνησιμότητα, νοσηρότητα εξακολουθεί να παραμένει υψηλή μετά από τη χειρουργική επέμβαση του παγκρέατος. Ένας μεγάλος αριθμός επιπλοκών εμφανίζονται μετά από τις επεμβάσεις στο πάγκρεας, άμεσα μετεγχειρητική ή σε δεύτερο χρόνο (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 2013:Franklin & Dawson, 2011):

- Μετεγχειρητικό παγκρεατικό συρίγγιο αυξάνει τη νοσηρότητα του ασθενούς, η επέμβαση οδηγώντας σε άλλες μολυσματικές επιπλοκές, (όπως λοίμωξη τραύματος, απόστημα), καθυστέρηση της έναρξης της διατροφής από του στόματος και την παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο. Ως μετεγχειρητικό παγκρεατικό συρίγγιο ορίζεται η αποτυχία επούλωσης της παγκρεατο-εντερικής αναστόμωσης ή η παρεγχυματική διαρροή που δεν σχετίζεται άμεσα με μια αναστόμωση. Η αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης βασίζεται αρχικά σε συντηρητικά μέσα, τοποθέτηση καθετήρα και αν αποτύχουν αυτά, γίνεται προσπάθεια για χειρουργική αποκατάσταση.

- Καθυστερημένη γαστρική εκκένωση χωρίς μηχανική απόφραξη μπορεί να συμβεί στην μετεγχειρητική περίοδο που ακολουθεί τη χειρουργική επέμβαση του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα. Η καθυστερημένη γαστρική εκκένωση είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα μετεγχειρητικά προβλήματα μετά από τη χειρουργική επέμβαση παγκρέατος. Σε ήπια συμπτώματα εφαρμόζεται ρινογαστρικός καθετήρας, για την παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου. Η επιπλοκή αυτή επηρεάζει άμεσα τη μετεγχειρητική διατροφή του ασθενούς. Η κακή διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές. Αυτή η κατάσταση μπορεί να διαρκέσει αρκετές εβδομάδες για να βελτιωθεί.
- Η παθογένεση της αιμορραγίας μετά την παγκρεατεκτομή είναι πολυπαραγοντική. Η πρώιμη αιμορραγία εντός των πρώτων 24 ωρών μετά τη χειρουργική επέμβαση προκαλείται από τεχνικές αστοχίες ανεπαρκούς αιμόστασης και διαταραχές της πήξης του αίματος και συνήθως απαιτείται άμεση επανεγχείριση. Η αιμορραγία σε αψότερο χρόνο μπορεί να σχετίζονται με τη διάβρωση των δευτερογενών αγγείων, σε σχηματισμό έλκους ή συριγγίου στη θέση της αναστόμωσης.

12.3.Χημειοθεραπεία

Παρά τις εξελίξεις στην ιατρική και την έρευνα, ελάχιστα αποτελεσματικά φάρμακα έχουν ταυτοποιηθεί, ως θεραπευτικοί παράγοντες για τον παγκρεατικό καρκίνο. Το 1997, η γεμισιταβίνη, ένα νουκλεοσιδικό ανάλογο, εγκρίθηκε για τη θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος. Το τελικό κλινικό όφελος και η συνολική επιβίωση βελτιώθηκαν ελάχιστα. Το 2005, η ερλοτινίμη (erlotinib-αναστολέας της τυροσινικής κινάσης του υποδοχέα του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα τύπου 1), σε συνδυασμό με τη γεμισιταβίνη, έδειξε σημαντική αλλά ελάχιστη βελτίωση σε σχέση με τη μονοθεραπεία με τη γεμισιταβίνη. Το 2011, ένας συνδυασμός φολινικού οξέος (λευκοβορίνη), 5- φθοροουρακίλης, ιρινοτεκάνης και οξαλιπλατίνης (FOLFIRINOX), παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε σύγκριση μονοθεραπεία με τη γεμισιταβίνη. Ωστόσο, αυτό το σχήμα έχει σημαντικές τοξικότητες, όπως διάρροια, ναυτία, κόπωση, καταστολή του μυελού των οστών και νευροπάθεια, τα οποία ελέγχονται μόνο εν μέρει με τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών και αντιεμετικών φαρμάκων. Το 2012, εισήχθη στη θεραπεία του παγκρεατικού καρκίνου το σχήμα της γεμισιταβίνης και της

πακλιταξέλης, δείχνοντας βελτιωμένη αποτελεσματικότητα. Το σχήμα αυτό επίσης παρουσιάζει σημαντικές παρενέργειες, όπως αλωπεκία, μυελοκαταστολή, ναυτία, κόπωση και νευροπάθεια (Longo & Fautsi, 2013).

B' ΜΕΡΟΣ

1.Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της επιστήμης, είναι διαρκώς μεγαλύτερη η μερίδα αυτών των τύπων, κάτι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για το μέλλον. Ακόμη όμως και σε καρκίνους, που στην παρούσα φάση, χαρακτηρίζονται μη θεραπεύσιμοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα: προσθέτει μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της, ελαττώνοντας ή και εξαφανίζοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και εξασφαλίζοντας μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσεται δυστυχώς και ο παγκρεατικός καρκίνος (Ιορδάνου, 2011).

Το μυστικό για να φτάσει στην πλήρη αποθεραπεία ή σε κάποιο βαθμό επιτυχούς αντιμετώπισης είναι ν' αρχίσει η θεραπεία το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση. Επιτυχής θεωρείται η θεραπεία όταν ο ασθενής επιβιώσει πάνω από 5 χρόνια, από την διάγνωση στους ενήλικες και πάνω από 2 χρόνια στα παιδιά. Για πολλά χρόνια οι τρεις βασικές μέθοδοι που υπάρχουν στην θεραπευτική φαρέτρα για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η χειρουργική θεραπεία, οι ακτινοβολίες και η χημειοθεραπεία. Πιο πρόσφατες μέθοδοι είναι η βιολογική θεραπεία και η ορμονοθεραπεία (Lemone et al., 2014).

Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο απαιτεί συχνά συνδυασμό χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας ή και της συστηματικής θεραπείας. Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεότερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της (Woodhead, 2013).

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή και ακτινοθεραπεία. Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έναν ασθενή με καρκίνο είναι πολυδιάστατη. Περιλαμβάνει θέματα που αφορούν την χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου (προεγχειρητική ετοιμασία, μετεγχειρητική φροντίδα), την χημειοθεραπεία (ενημέρωση, χορήγηση φαρμάκων, αντιμετώπιση

παρενεργειών) ή ακόμα και την παρηγορητική παρέμβαση (όταν είναι νόσος δεν έχει ίαση) (Ιορδάνου, 2011).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1.Προεγχειρητική φροντίδα

Η προεγχειρητική φάση αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα. Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής-τρια προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μια φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωρισθούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο τρόπος εκτίμησης του ασθενούς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθορίζονται ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης (Lemone et al., 2014).

Κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας λαμβάνονται υπόψη τόσο οι σωματικές ανάγκες του ασθενούς όσο και η συναισθηματική του απάντηση στη διάγνωση του καρκίνου. Δεδομένου ότι ο καρκίνος του παγκρέατος συχνά είναι προχωρημένος τη στιγμή της διάγνωσης, η πρόγνωση, ακόμη και μετά την από εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, μπορεί να είναι πτωχή. Η άρνηση και ο θυμός είναι συνήθεις αντιδράσεις. Μπορεί να απαιτηθεί μεγάλη χειρουργική επέμβαση με πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας είναι δυνατόν να εξαντλήσουν και να απογοητεύσουν τον ασθενή. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη συναισθηματική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την άμεση φροντίδα του ασθενούς πριν και μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των επικουρικών μεθόδων θεραπείας (Ιορδάνου, 2011).

2.2.Προεγχειρητικό ιστορικό

Πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, ο νοσηλευτής-τρια αξιολογεί την κατάσταση υγείας του ασθενούς σε σχέση με τη νόσο του και την επικείμενη επέμβαση. Ειδικότερα αναφέρονται (Αθανάτου, 2011):

- Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του ασθενή. Ο οργανισμός των ηλικιωμένων έχει μειωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση, με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να προβεί σε μια ολοκληρωμένη και προσεκτική εκτίμηση της κατάστασής του προεγχειρητικά, προκειμένου να διαπιστωθούν καταστάσεις που πρέπει να διορθωθούν και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης: πόνος, κατάσταση του αναπνευστικού (αναπνοή, βήχας, κατάπωση), κατάσταση του δέρματος, κόπωση, διαταραχή του ύπνου, κινητικότητα.
- Εκτίμηση ψυχο-συναισθηματικής κατάστασης: προσαρμογή στη νόσο, διαταραχή της εικόνας του σώματος, αδυναμία αυτοφροντίδας, αναποτελεσματική διατήρηση του επιπέδου υγείας, κοινωνική απομόνωση.
- Εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης. Ο ασθενής που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση προεγχειρητικά είναι καλύτερα προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει το χειρουργικό stress. Κύρια θρεπτικά προεγχειρητικά προβλήματα είναι η καχεξία και η παχυσαρκία. Ο καχεκτικός ασθενής έχει μικρή αντοχή, είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις και καθυστερεί η επούλωση του τραύματος.

2.3. Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από τη φύση της χειρουργικής επέμβασης (είτε πρόκειται για μείζονα είτε για ελάσσονα) ο ασθενής και η οικογένεια του θα νιώσουν άγχος. Η ένταση του άγχους τους δεν είναι κατ' ανάγκη ανάλογη με το μέγεθος και τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης. Για παράδειγμα, ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε βιοψία για τον αποκλεισμό της διάγνωσης του καρκίνου, που ως επέμβαση θεωρείται μικρής βαρύτητας, πιθανόν να παρουσιάζει μεγαλύτερο άγχος σε σύγκριση με τον ασθενή που υποβάλλεται σε χολοκυστεκτομή, επέμβαση που θεωρείται μείζονος βαρύτητας (Woodhead, 2013).

Η ικανότητα του νοσηλευτή-τριας να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς, είναι μεγάλης σημασίας για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την

οικογένεια του. Ο νοσηλευτής-τρια με βάση τα παραπάνω σχεδιάζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα του ασθενούς, με τρόπο ώστε να ελαττώσει το άγχος και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους διάφορους παράγοντες που δημιουργούν άγχος στη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου (Lemone et al., 2014).

2.4.Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή ολοκληρώνεται την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης και περιλαμβάνει (Woodhead, 2013):

- Ετοιμασία του δέρματος: οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν λουτρό του σώματος του ασθενούς και τοπική προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου με τη χρήση κατάλληλου αντισηπτικού διαλύματος και αποτρίχωση (ξύρισμα) του εγχειρητικού πεδίου.
- Ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εκκένωση του εντέρου, με σκοπό την αποφυγή της ακούσιας εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, λόγω της μυϊκής χάλασης που προέρχεται από την νάρκωση και την πρόληψη του μετεωρισμού, λόγω της μετεγχειρητικής χάλασης του εντέρου. Συνίσταται ανάλογα με την τακτική της κλινικής υψηλός ή χαμηλός υποκλυσμός.

2.5.Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από τη χειρουργική επέμβαση. Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση του ασθενή να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση υγείας. Οι κυριότερες επιπλοκές και οι συναφείς νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιγράφονται ως εξής:

2.5.1.Πόνος

Ο μετεγχειρητικός πόνος σχετίζεται με τραύμα των ιστών και αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση, με τον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχετεύσεις, από την τάση στην περιοχή της επέμβασης και από τις κινήσεις του θωρακικού τοιχώματος με την βαθιά αναπνοή, το βήχα ή την κίνηση (Woodhead, 2013).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν:

- Στην αξιολόγηση του ασθενούς για τον καθορισμό της φύσης, της έντασης, της αιτιολογίας και της διάρκειας του πόνου. Για την αξιολόγηση ο νοσηλευτής-τρια χρησιμοποιεί υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα, όπως η εντόπιση, η ένταση και οι χαρακτήρες του πόνου, καθώς και μη λεκτικά σημεία, όπως οι μορφασμοί, η μυϊκή τάση, οι μεταβολές του σφυγμού ή της πίεσης του αίματος και οι γρήγορες και επιπόλαιες αναπνοές.
- Στην εκτίμηση της έντασης του πόνου. Ο πόνος είναι υποκειμενικό αίσθημα. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στον πόνο διαφορετικά. Η αντίδραση στον πόνο μπορεί να επηρεασθεί από θρησκευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο ασθενής αξιολογεί τον πόνο με τη χρήση αριθμητικών κλιμάκων πόνου με διαβάθμιση 0-10 (0=καθόλου πόνος, 10= φρικτός πόνος).
- Στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση του πόνου. Ο ασθενής παρακολουθείται για την αποτελεσματικότητα των αναλγητικών και για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Προκειμένου να εξασφαλισθεί η επαρκής ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να απαιτηθεί τροποποίηση της οδού χορήγησης, της δόσης ή του χορηγούμενου φαρμάκου.
- Στην αξιολόγηση των στοιχείων της επέμβαση που επιτείνουν τον πόνο (αξιολόγηση της τομής για φλεγμονή ή οίδημα, αξιολόγηση των παροχετεύσεων του τραύματος, αξιολόγηση της κοιλίας για ευαισθησία ή διάταση) (Lemone et al., 2014).

2.5.2.Διαταραχές της Θρέψης

Μετά τη χειρουργική επέμβαση καταβάλλεται προσπάθεια για την αναπλήρωση των απωλειών και την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε υγρά και ηλεκτρολύτες, ενδεχομένως με χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής. Για την επούλωση των

τραυμάτων μετά τη χειρουργική επέμβαση απαιτείται η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας θερμίδων και θρεπτικών ουσιών. Επιπλέον, όταν ο όγκος είναι προχωρημένος, οι μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού μπορεί να είναι αυξημένες και η όρεξη του ασθενούς μειωμένη (Woodhead, 2013).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν (Lemone et al., 2014):

- Στην αξιολόγηση του επίπεδου θρέψης, στην κατάλληλη τροποποίηση του διαιτολογίου με σκοπό την εντατική θρεπτική υποστήριξη, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η ανάρρωση του.
- Στην αξιολόγηση της χορήγησης τροφής από τους στόματος, με την αξιολόγηση της κατάστασης του εντέρου (εντερικοί ήχοι, μετεωρισμός) και με την αξιολόγηση των κενώσεων του ασθενούς (διάρροια, δυσκοιλιότητα). Όταν αρχίζει η σίτιση εκ νέου από το στόμα, σχεδιάστε ένα διαιτολόγιο στο οποίο να συμπεριλαμβάνονται τροφές που προτιμά ο ασθενής λαμβάνοντας υπόψη το καθημερινό πρόγραμμα και το περιβάλλον, του ασθενούς.
- Στην αξιολόγηση του ασθενούς σε περίπτωση που λαμβάνει ολική παρεντερική διατροφή. Σε αυτή την περίπτωση αξιολογούνται οι οδοί χορήγησης (κεντρικές φλεβικές γραμμές) ο ρυθμός χορήγησης του διαλύματος, οι διακυμάνσεις της γλυκόζης του αίματος και η αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης με τον απαιτούμενο εργαστηριακό έλεγχο.

2.5.3.Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής

Ο αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής σχετίζεται με το φόβο, το άγχος, τον πόνο, τη νάρκωση (ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά, με κεντρική δράση), τη διάταση της κοιλιάς, τη θέση του ασθενή, την αδυναμία και κόπωση. Επίσης ο αναποτελεσματικός καθορισμός των αεροφόρων οδών σχετίζεται με απόφραξη του φάρυγγα από βάση της γλώσσα ή στάση των εκκρίσεων που οφείλεται σε ελαττωμένη δραστηριότητα, ανεπαρκή προσπάθεια για βήχα από την νάρκωση και από πόνο, αδυναμία και κόπωση ή βλενώδεις εκκρίσεις που οφείλονται σε απώλεια υγρών και μειωμένη πρόσληψη υγρών (Woodhead, 2013).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφέρονται (Αθανάτου, 2011):

- Στην αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων αναποτελεσματικού καθαρισμού των αεροφόρων οδών (π.χ. παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι, γρήγορη με μικρό εύρος αναπνοή).
- Στη λήψη μέτρων για την επιβοήθηση της κάθαρσης των αεροφόρων οδών (θέση του αρρώστου ημικαθιστική ή στο πλάι, αντιμετώπιση του πόνου, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, επαρκής ενυδάτωση, χορήγηση αποχρεμπτικών και βλεννολυτικών φαρμάκων, χρήση νεφελοποιητή.

2.5.4. Έγερση του αρρώστου

Μέσα στις πρώτες 24-48 ώρες από την εγχείρηση, σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι ασθενείς σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της πρώιμης αυτής έγερσης είναι οι εξής:

- Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.
- Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
- Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.
- Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Κατά την έγερση, ο ασθενής τοποθετείται πρώτα σε ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη, στη συνέχεια σε καθιστή θέση με τα κάτω άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται. Αν η έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως στο πρώτο 24ωρο (Αθανάτου, 2011).

3.0 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία με τα φάρμακα ή τις χημικές ουσίες οποιασδήποτε ασθένειας καλείται χημειοθεραπεία. Εντούτοις, ο όρος ο συνηθέστερα χρησιμοποιείται για να περιγράψει αυτό το είδος θεραπείας για τον καρκίνο. Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή όλων των κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος, τον τύπο και την

εντόπιση του όγκου, σε συνδιασμό με τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τυχόν προηγούμενη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος (Woodhead, 2013).

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα ταξινομούνται σύμφωνα με τη χημική τους δομή ή τη δράση τους στον κύκλο ζωής του κυττάρου. Ορισμένα δεν έχουν σχέση με τον κύκλο ζωής του κυττάρου και το καταστρέφουν ανεξάρτητα από τη φάση πολλαπλασιασμού του. Άλλα σχετίζονται με τον κύκλο ζωής και είναι πιο αποτελεσματικά εναντίον των κυττάρων που πολλαπλασιάζονται με ταχείς ρυθμούς.

Τα κυτταροτοξικά καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου σε κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Στους ασθενείς με καρκίνο συνήθως χορηγείται συνδυασμός φαρμάκων, τα οποία δίνονται μαζί ή με καθορισμένη σειρά ή πρωτόκολλο. Η αθροιστική ή συνεργική δράση των φαρμάκων προκαλεί καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, χωρίς να αυξάνεται η φαρμακευτική τοξικότητα. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το καρκινικό από το φυσιολογικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν παρενέργειες από τη χορήγηση τους (Αθανάτου, 2011).

3.1. Προβλήματα του ασθενή που λαμβάνει χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων, προκαλούν μια σειρά από συμπτώματα όπως: ναυτία, εμετούς, ανορεξία, και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Dewit, 2009).

Αυτό συμβαίνει γιατί η χημειοθεραπεία επηρεάζει και τα φυσιολογικά κύτταρα παράλληλα με τα καρκινικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων αυτών, δηλαδή της χημειοθεραπείας είναι μεγαλύτερη στα κακοήθη παρά στα φυσιολογικά κύτταρα. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα δεν ανακάμπτουν μετά την έκθεση τους στην

χημειοθεραπεία, τα υγιή κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά. Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα παρακάτω (Dewit, 2009):

- Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής-τρια που συμμετέχει ενεργά στην πρόληψη των λοιμώξεων στον εξασθενημένο οργανισμό του ασθενούς με τα παρακάτω (Αθανάτου, 2011):

- Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.

- Ενημέρωση του ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη, οίδημα ή ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων, ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά.

- Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνονται με το βρασμό.

- Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς (Dewit, 2009).

Ο νοσηλευτής-τρια έχει σαν απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της θρομβοπενίας τη διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή των τραυματισμών (Αρχοντάκης, 2009):

- Συχνή παρακολούθηση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει τη σπουδαιότητα αποφυγής των μικροτραυματισμών και συνιστά ήπιους και επιφυλακτικούς χειρισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα της καρκινοπαθούς.

- Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμούς, όπως οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμού, χορήγηση υπόθετων και θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

- Εξήγηση του ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση.

- Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στην τρίτη κατηγορία των έμμορφων στοιχείων του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία. Αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας είναι η μετάγγιση αίματος (Dewit, 2009). Στην αναιμία συνιστάται (Αθανάτου, 2011):

- Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Τ. 14–18g/ml αίματος και 37–47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.

- Χορήγηση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες και σίδηρο και φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.

- Η ναυτία και ο εμετός σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η ένταση τους εξαρτάται από την αντοχή του ασθενούς σε αυτά (Dewit, 2009). Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει (Αρχοντάκης, 2009):

- Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του ασθενή.

- Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.

- Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης του ασθενούς. Συμβουλές για μικρά και συχνά γεύματα, για εύπεπτες και μαλακές τροφές, που ανακουφίζουν τη δυσφορία του στομάχου.

- Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας (Dewit, 2009).

Η ευθύνη του νοσηλευτή-τριας σχετίζεται με τη (Αρχοντάκης, 2009):

- Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.

- Σύσταση για τήρηση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν έντονη σύσπαση του εντέρου ή αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα (όσπρια, ξηροί καρποί, λαχανικά, γλυκά φρούτα) ή επιτείνουν τη διάρροια (γαλακτοκομικά προϊόντα). Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες).

- Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση άφθονων υγρών και μικρών και συχνών υδαρών γευμάτων (νερό, τσάι, χυμοί φρούτων, αραιή σούπα).

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού, σε περίπτωση που η διάρροια δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά.
- Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα επώδυνη εξέλκωση (Dewit, 2009). Για την πρόληψη της στοματίτιδας, ο νοσηλευτής-τρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα (Αθανάτου, 2011):
 - Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού και ενημέρωση για τις συνήθειες του ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
 - Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας και αξιολόγηση της κατάστασής της. Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας. Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.
 - Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκία εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού και από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Εδώ, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την επικείμενη διαφοροποίηση του σωματικού ειδώλου με την (Αθανάτου, 2011):
 - Ενημέρωση για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
 - Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας (Αθανάτου, 2011).
 - Η νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος της δόσης των κυτταροστατικών φαρμάκων (Dewit, 2009). Εμφανίζει δύο κατηγορίες εκδηλώσεων και από αυτές ο νοσηλευτής οφείλει να προστατέψει την ασθενή (Αρχοντάκης, 2009):
 - Ήπιας νευροπάθειας, με χαρακτηριστικά σημεία ελαφρύ πόνο στο πόδια και χέρια και μυϊκή αδυναμία.
 - Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλέο, ψυχικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση.
 - Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη των συμπτωμάτων της νευροπάθειας μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και καθορισμένη από της ιατρικές οδηγίες.

- Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς, με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς. Ενδεικτικό σημείο νεφροτοξικότητα αποτελεί η ολιγουρία, η οποία αν παραβλεφθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο (Dewit, 2009).

Η παρεχόμενη φροντίδα εσωκλείει (Αθανάτου, 2011):

- Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια.

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα από τα βασικά όπλα κατά του καρκίνου. Βασίζεται στη χορήγηση υψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η υψηλή ενέργεια που χορηγείται στα κύτταρα (ιονίζουσα ακτινοβολία) καταστρέφει το γενετικό υλικό στον πυρήνα τους με αποτέλεσμα να προκαλεί το θάνατο τους. Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει όχι μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα κανονικά κύτταρα που βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβολίας του ασθενούς (Λαβδανίτη, 2015).

Τα υγιή κύτταρα όταν υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία έχουν περισσότερες δυνατότητες επιδιόρθωσης των προβλημάτων που υφίστανται σε σύγκριση με τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση από τους πόνους που προκαλεί ο καρκίνος ή οι μεταστάσεις του. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ελπίδα ίασης από καρκίνο, η ακτινοθεραπεία σε αριθμό περιστατικών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανακουφιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου όταν άλλες θεραπείες δεν μπορούν να χορηγηθούν ή όταν αυτές έχουν αποτύχει (Woodhead, 2013).

Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Εξαρτώνται από την ποσότητα της ενέργειας που χορηγείται, το είδος της ακτινοθεραπείας, τα όργανα και τις ανατομικές περιοχές που ακτινοβολούνται. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται (Αθανάτου, 2011):

- Ερυθρότητα του δέρματος στην περιοχή που ακτινοβολείται
- Κούραση
- Στειρότητα λόγω ακτινοθεραπείας στα γεννητικά όργανα (όρχεις, ωθήκες)
- Ανορεξία, ναυτία, εμετοί
- Απώλεια μαλλιών και ξηρότητα στόματος στις περιπτώσεις που η ακτινοθεραπεία χορηγείται στο κεφάλι ή στο λαιμό
 - Διάρροια όταν η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει και το έντερο
 - Αναιμία και ανεπάρκεια μυελού οστών στις περιπτώσεις που το πεδίο που περιλαμβάνεται στην ακτινοθεραπεία επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την παραγωγή έμμορφων στοιχείων του αίματος από το μυελό οστών
- Προβλήματα μελλοντικής ανάπτυξης των ιστών στις περιπτώσεις που ακτινοβολούνται παιδιά και έφηβοι (Λαβδανίτη, 2015).

5.ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η φροντίδα του καρκίνου ακολουθεί την τάση των συστημάτων υγείας για την ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, εμπλέκοντας την κοινότητα. Έτσι οι δομές κατ' οίκον φροντίδας και κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας έχουν καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα αυτών των ασθενών. Ο ασθενής και η οικογένεια βρίσκονται στο στόχαστρο της κοινοτικής νοσηλευτικής, με απώτερο στόχο τη βελτίωση και της διατήρηση της ποιότητας ζωής. Βασική μέριμνα της φροντίδας είναι η διαχείριση της νόσου και των συμπτωμάτων καθώς επίσης και η βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενούς (Αδαμακίδου, 2015).

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου οι ασθενείς βιώνουν οξεία, προσωρινά ή μόνιμα προβλήματα. Οι ανάγκες και τα συναισθήματα ποικίλλουν και σε κάθε περίπτωση απαιτείται μια διαφορετική νοσηλευτική προσέγγιση. Το πρώτο βήμα στην οργάνωση της φροντίδας είναι η συλλογή πληροφοριών για την ασθένεια (τύπος, στάδιο, μεταστάσεις, συνοδές παθήσεις), καθώς και η επίδραση της νόσου και των συμπτωμάτων στη ζωή του ασθενούς (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική, γνωστική, λειτουργική επίδραση) (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

Το δεύτερο βήμα αφορά την αξιολόγηση της οικογένειας του ασθενούς με καρκίνο. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν συναισθηματική επιβάρυνση, οι φυσικές απαιτήσεις για την φροντίδα του ασθενούς είναι άμεσες, υπάρχει αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου, υπάρχει ο φόβος του θανάτου, η τροποποίηση των ρόλων, οι αλλαγές στο τρόπο ζωής, η οικονομική επιβάρυνση, η ανεπάρκεια υποστηρικτικών υπηρεσιών ή ακόμα η αναζήτηση νοήματος για τη ζωή και το θάνατο μεταξύ των μελών της οικογένειας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

5.1.Συστατικά της κατ' οίκον φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο

Ο προγραμματισμός του σχεδίου φροντίδας πρέπει να γίνει με βάση τον σκοπό και τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας. Η φυσική/σωματική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο στοχεύει στη διασφάλιση της άνεσης, τη διατήρηση της μέγιστης λειτουργικότητας και την πρόληψη των επιπλοκών. Περιλαμβάνει την εκμάθηση νέων μεθόδων για την προσωπική υγιεινή, το μπάνιο, την τουαλέτα, τη μετακίνηση, την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και

τη θεραπεία, τη διατροφή, την περιποίηση των τραυμάτων, την πρόληψη λοιμώξεων, καθώς επίσης και χρήσιμες πρακτικές συμβουλές για την αλλαγή στην εικόνα σώματος (μαστεκτομή, υστερεκτομή, αλωπεκία), τη σεξουαλικότητα (Τατσιώνη, 2015).

Η διατήρηση επαρκούς διατροφικού επιπέδου είναι πολύ σημαντική υποστήριξη για τον ασθενή. Συνήθη προβλήματα όπως η δυσφαγία, η ανορεξία, η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια απασχολούν τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Συστήνονται εξατομικευμένες υπερθερμιδικές δίαιτες πλούσιες σε βιταμίνες, οι οποίες με επαρκή ενυδάτωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σίτιση από το στόμα, την παρεντερική και διεντερική οδό για την πρόληψη ή αντιμετώπιση της καχεξίας επηρεάζοντας γενικότερα την έκβαση (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

Τέλος η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας του είναι αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας στο σπίτι. Θέματα τα οποία άπτονται νοσηλευτικής και διεπιστημονικής παρέμβασης και αφορούν στον ασθενή και στην οικογένεια του σχετίζονται με την εικόνα σώματος, τους περιορισμούς στη λειτουργικότητα και τους ρόλους, την επικοινωνία, την ανακοίνωση των δυσάρεστων ειδήσεων, την αντιμετώπιση της αβεβαιότητας, τις πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες, τον θρήνο, την εύρεση και χρησιμοποίηση των κοινοτικών πηγών υποστήριξης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

5.2. Κατ' οίκον παρηγορητική φροντίδα

Η κατ' οίκον παρηγορητική φροντίδα προσφέρει ιεραρχημένη και σταδιοποιημένη υποστήριξη. Τις περισσότερες φορές έχει συμβουλευτικό και καθοδηγικό ρόλο και προσφέρει τις εξειδικευμένες γνώσεις της για τον έλεγχο του πόνου, των άλλων συμπτωμάτων και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών με σύμπλοκα προβλήματα, η ομάδα πρέπει να αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη θεραπεία και να παρέχει ολιστική παρηγορητική φροντίδα (Αδαμακίδου, 2015).

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών στην κατ' οίκον νοσηλεία, οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με καθήκοντα όπως η φροντίδα δωματίου, του κρεβατιού και της ενδυμασίας του ασθενούς, η καθαριότητα σώματος και της στοματικής κοιλότητας, η παρατήρηση του δέρματος. Σημαντικά είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η κινητικότητα και παρατήρηση του περιβάλλοντος χώρου, η διατροφή και η περιποίηση στομιών και ο χειρισμός καθετήρων. Νοσηλευτικές γνώσεις χρειάζονται για να εκτιμηθούν η λήψη ζωτικών σημείων, η πρόληψη των κατακλίσεων, η

αντιμετώπιση του πόνου, η χορήγηση φαρμάκων αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, η επαγρύπνηση για επείγοντα προβλήματα και η σωστή ενημέρωση του ιατρού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

Σε όλα τα στάδια στη ζωή, ειδικά σε καταστάσεις σοβαρών νοσημάτων το άτομο έχει ανάγκη όχι μόνο να δεχθεί φροντίδα, αλλά και να αισθάνεται ενεργό μέλος στην οικογένεια και στην κοινωνία. Ο νοσηλευτής βρίσκεται στην προνομιούχο θέση να δημιουργεί ένα περιβάλλον φροντίδας, το οποίο να καλλιεργεί και να ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την παρούσα κατάσταση της ζωής του και, παράλληλα να ενδυναμώνει και την αίσθηση της προσωπικής του αξίας. Να τον βοηθήσει να εκφράσει τις πνευματικές ανησυχίες του. Ασθενής και νοσηλευτής θα προσπαθήσουν μαζί να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που γεννιούνται μετά την γνωστοποίηση της σοβαρότητας κατάστασης. Ο νοσηλευτής και η οικογένεια του ασθενούς, είναι οι άνθρωποι εκείνοι που θα του εξασφαλίσουν ένα ήρεμο περιβάλλον δίνοντάς του το χρόνο που χρειάζεται αλλά όχι και αφήνοντας τον ασθενή μόνο στην κατάσταση που βρίσκεται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

Γ' ΜΕΡΟΣ

EPEYNA

Abstract 1

Safety of Palliative Chemotherapy in Advanced Pancreatic Cancer.

Introduction: Pancreatic cancer is a major health burden. Currently, the majority of patients is diagnosed at advanced stages and thus qualifies for palliative chemotherapy. Gemcitabine monotherapy has been the gold standard for many years. Recently, more effective chemotherapeutic regimens have shown meaningful clinical activity in patients with metastatic pancreatic cancer.

Areas covered: In this review we have aimed to give an overview on the treatment options for patients diagnosed with metastatic pancreatic cancer with an emphasis on the safety and toxicity of the applied regimens. We have conducted a pubmed search using the terms 'metastatic pancreatic cancer', 'palliative chemotherapy', 'safety' and 'toxicity'. Our special focus rested on randomized phase III trials to provide readers with the highest level of available evidence.

Expert opinion: The emergence of new and more effective chemotherapy regimens gives clinicians more freedom in the treatment of metastatic pancreatic cancer. While being more effective, these regimens have a considerable degree of toxicity. Choosing the right treatment for any individual will be the next major challenge treating patients with pancreatic cancer (Westphalen et al., 2016).

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι ένα σημαντικό βάρος για την υγεία. Επί του παρόντος, η πλειοψηφία των ασθενών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια και έτσι πληροί τις προϋποθέσεις για παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η μονοθεραπεία με Gemcitabine αποτελεί το χρυσό πρότυπο για πολλά χρόνια. Πρόσφατα, πιο αποτελεσματικά χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν δείξει σημαντική κλινική δραστηριότητα σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος.

Τομείς που καλύπτονται: Σε αυτή την ανασκόπηση έχουμε ως στόχο να δώσουμε μια γενική εικόνα σχετικά με τις επιλογές θεραπείας για τους ασθενείς που

διαγιγνώσκονται με μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος με έμφαση στην ασφάλεια και την τοξικότητα των εφαρμοζόμενων σχημάτων. Έχουμε διεξαγάγει μια έρευνα στο pubmed χρησιμοποιώντας τους όρους «μεταστατικός καρκίνος του παγκρέατος», «παρηγορητική χημειοθεραπεία», «ασφάλεια» και «τοξικότητα». Η ιδιαίτερη εστίασή μας στηρίχτηκε στις τυχαιοποιημένες δοκιμές φάσης III για να παρέχει στους αναγνώστες το υψηλότερο επίπεδο διαθέσιμων στοιχείων.

Γνώμη εμπειρογνομώνων: Η εμφάνιση νέων και πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών χημειοθεραπευτικών σχημάτων δίνει στους κλινικούς ιατρούς περισσότερη ελευθερία στη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του παγκρέατος. Αν και είναι πιο αποτελεσματική, αυτά τα σχήματα έχουν σημαντικό βαθμό τοξικότητας. Επιλέγοντας τη σωστή θεραπεία για κάθε άτομο θα είναι η επόμενη μεγάλη πρόκληση θεραπεία ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος.

Abstract 2

Nursing Implications of Chemotherapy Agents and Their Associated Side Effects in Patients With Pancreatic Cancer. Clin J Oncol Nurs, 19(6):751-7.

Background: Survival for patients with advanced (locally advanced unresectable and metastatic disease) pancreatic cancer is very poor; however, several advances in treatment have been made during the past several years. Gemcitabine (Gemzar®)-based regimens, FOLFIRINOX, and nab-paclitaxel (Abraxane®)-based regimens have demonstrated efficacy in patients with advanced pancreatic cancer. Understanding the unique safety profile of each of these regimens is crucial in helping nurses identify symptoms, develop patient education strategies, and ultimately improve outcomes (Hronek & Reed, 2015).

Περίληψη

Ιστορικό: Η επιβίωση για ασθενείς με προχωρημένο (τοπικά προχωρημένο μη θεραπευτικό και μεταστατικό νόσο) καρκίνο του παγκρέατος είναι πολύ κακή. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει σημειωθεί αρκετή πρόοδος στη θεραπεία. Τα σχήματα με βάση τη Gemcitabine, το FOLFIRINOX και την ναμπ-πακλιταξέλη έχουν δείξει αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος. Η κατανόηση του μοναδικού προφίλ ασφάλειας καθενός από αυτά τα

σχήματα είναι ζωτικής σημασίας για να βοηθήσει τους νοσηλευτές να εντοπίσουν τα συμπτώματα, να αναπτύξουν στρατηγικές εκπαίδευσης ασθενών και τελικά να βελτιώσουν τα αποτελέσματα.

Abstract 3

Nursing care of the patient with advanced pancreatic cancer.

Despite advances in therapy, the average survival rate at 5 years for any patient diagnosed with pancreatic cancer remains only 6%. Throughout the course of cancer, most patients suffer a significant symptom burden and will need numerous interventions targeting these concerns. This paper highlights the most significant problems faced when caring for patients with advanced pancreatic cancer and provides an evidence-based approach to management. In addition, this review summarizes data on the health-related quality of life associated with current antineoplastic strategies, as well as critical issues facing patients and families along the disease trajectory. To provide optimal, appropriate care for patients with advanced-stage pancreatic cancer, ongoing assessment of their quality of life and of their preferences for treatment towards the end of life is crucial (Torgerson & Wiebe, 2014).

Περίληψη

Παρά την πρόοδο της θεραπείας, το μέσο ποσοστό επιβίωσης στα 5 χρόνια για κάθε ασθενή που έχει διαγνωστεί με καρκίνο του παγκρέατος παραμένει μόνο 6%. Καθ' όλη τη διάρκεια του καρκίνου, οι περισσότεροι ασθενείς υφίστανται σημαντική επιβάρυνση των συμπτωμάτων και θα χρειαστούν πολλές παρεμβάσεις με στόχο αυτές τις ανησυχίες. Αυτό το άρθρο επισημαίνει τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται κατά τη φροντίδα ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος και παρέχει μια τεκμηριωμένη προσέγγιση στη διαχείριση. Επιπλέον, αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία που σχετίζεται με τις τρέχουσες αντινεοπλαστικές στρατηγικές, καθώς και κρίσιμα ζητήματα που αντιμετωπίζουν ασθενείς και οικογένειες κατά μήκος της τροχιάς της νόσου. Για την παροχή βέλτιστης, κατάλληλης φροντίδας για ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος προχωρημένου σταδίου, η συνεχής αξιολόγηση της ποιότητας

ζωής τους και των προτιμήσεών τους για θεραπεία προς το τέλος της ζωής είναι ζωτικής σημασίας (Torgerson & Wiebe, 2014).

Abstract 4

The Role of the Nurse in Advanced Pancreatic Cancer: Patient Care, Education, and Shared Decision Making

The oncology nurse attends not only to the physiologic needs of the patient with pancreatic cancer but also to the educational, economic, logistic, and psychosocial factors that impact on quality of care. The oncology nurse attends not only to the physiologic needs of the patient with pancreatic cancer but also to the educational, economic, logistic, and psychosocial factors that impact on quality of care. Managing patient care from admission through discharge in today's short hospitalization periods, the oncology nurse's vigilant attention to "patient care maps" helps keep the multidisciplinary health-care team on schedule, contain costs, and maximize hospital resources. Patient and family education provided by the oncology nurse, along with take-home reference materials, facilitates adjustment to the cancer diagnosis, encourages patient compliance with treatment procedures and pain management, and can cut health-care costs by eliminating unnecessary post-discharge trips to the doctor's office or emergency room. Oncology nursing assists patients with pancreatic cancer along the continuum of care via whatever pathway is chosen (Bjerkerot & McGrath, 2013).

Περίληψη

Ο ογκολογικός νοσηλευτής -τρια φροντίζει όχι μόνο για τις φυσιολογικές ανάγκες του ασθενούς με καρκίνο του παγκρέατος αλλά και για τους εκπαιδευτικούς, οικονομικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της περίθαλψης. Η διαχείριση της περίθαλψης των ασθενών από την είσοδο ως την έξοδο από το νοσοκομείο, βασίζεται στην τήρηση από την πλευρά του ογκολογικού νοσηλευτή-τριας του «χάρτη περίθαλψης ασθενών», που βοηθά στη διατήρηση της πολυεπιστημονικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης στο χρονοδιάγραμμα, στον περιορισμό του κόστους και στη μεγιστοποίηση των νοσοκομειακών πόρων. Η εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας που παρέχεται από τον ογκολογικό νοσηλευτή -τρια, μαζί με τα υλικά

αναφοράς για το σπίτι, διευκολύνει την προσαρμογή στη διάγνωση του καρκίνου, ενθαρρύνει τη συμμόρφωση του ασθενούς με τις διαδικασίες θεραπείας και τη διαχείριση του πόνου και μπορεί να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης εξαλείφοντας τις περιττές μετακινήσεις μετά την έξοδο από τον νοσοκομείο, προς τα τμήματα έκτακτης ανάγκης. Ο ογκολογικός νοσηλευτής -τρια βοηθά τους ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος κατά τη διάρκεια της φροντίδας μέσω οποιασδήποτε οδού έχει επιλεγεί (Bjerkerot & McGrath, 2013).

Abstract 5

Symptom Clusters in Patients With Pancreatic Cancer Undergoing Surgical Resection: Part I.

Objectives: To describe patient-reported symptoms and symptom clusters in patients with pancreatic cancer (PC) undergoing surgical resection.

Sample & setting: 143 patients with stage II PC undergoing surgical resection alone or with subsequent adjuvant chemoradiation or chemotherapy were recruited to participate in a nested, longitudinal, exploratory study through convenience sampling techniques from Thomas Jefferson University Hospital, a National Cancer Institute-designated cancer center.

Methods & variables: The Functional Assessment in Cancer Therapy-Hepatobiliary questionnaire was used to assess 17 PC symptoms preoperatively and at three, six, and nine months postoperatively. Exploratory and confirmatory factor analyses were used to identify symptom clusters.

Results: Fatigue, trouble sleeping, poor appetite, trouble digesting food, and weight loss were consistently reported as the most prevalent and severe symptoms. Sixteen distinct symptom clusters were identified within nine months of surgery. Four core symptom clusters persisted over time.

Implications for nursing: Findings may be used to provide anticipatory patient and family guidance and to inform clinical assessments of symptoms and symptom clusters in this population (Burrell et al., 2018).

Περίληψη

Στόχοι: Να περιγράψουν τα αναφερόμενα από τον ασθενή συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος που υποβάλλονται σε χειρουργική εκτομή.

Δείγμα: 143 ασθενείς με το στάδιο II με καρκίνο του παγκρέατος που υποβάλλονται στη χειρουργική εκτομή μόνο ή μετά από επικουρική ακτινο-χημειοθεραπεία ή χημειοθεραπεία εντάχθηκαν σε μια ένθετη, διαμήκη, διερευνητική μελέτη μέσω των τεχνικών δειγματοληψίας ευκολίας από το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Thomas Jefferson, ένα οριζόμενο κέντρο καρκίνου.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για να αξιολογήσει 17 συμπτώματα του καρκίνου του παγκρέατος προεγχειρητικά και σε τρεις, έξι, και εννέα μήνες μετεγχειρητικά. Οι διερευνητικές και επιβεβαιωτικές αναλύσεις παράγοντα χρησιμοποιήθηκαν για τον εντοπισμό συμπλεγμάτων συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Η κόπωση, προβλήματα στον ύπνο, η κακή όρεξη, προβλήματα στην πέψη των τροφίμων, και η απώλεια βάρους αναφέρθηκαν με συνέπεια ως τα πιο διαδεδομένα και σοβαρά συμπτώματα. Δεκαέξι διαφορετικά συμπλέγματα συμπτωμάτων εντοπίστηκαν εντός εννέα μηνών από τη χειρουργική επέμβαση. Τέσσερα συμπλέγματα βασικών συμπτωμάτων συνεχίστηκαν με την πάροδο του χρόνου.

Επιπτώσεις για τη νοσηλευτική: Τα ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παροχή προληπτικής καθοδήγησης ασθενών και οικογενειών και για την ενημέρωση κλινικών αξιολογήσεων των συμπτωμάτων και των συμπλεγμάτων συμπτωμάτων σε αυτόν τον πληθυσμό.

Abstract 6

Effect of Cancer Awareness on Treatment Decision for Pancreatic Cancer Patients.

Background/aims: With recent changes in the treatment of pancreatic cancer, patients' active decision-making has become more important. Nevertheless, it is difficult to give patients proper insights into the disease. The purpose of this study was to determine associated factors between pancreatic cancer awareness and treatment decisions as well as how cancer awareness affects the timing of treatment decisions and the desired treatment method.

Methods: This is a retrospective study that reviewed and analyzed the electronic medical records of 110 patients who were diagnosed with pancreatic cancer from January 2013 to April 2016. A "patient with pancreatic cancer awareness" means that the patient was informed of their disease state before making the first treatment decision.

Results: Of all, only 63.6% of patients (n=70) were shown to have pancreatic cancer awareness before making their first treatment decision. Compared to patients without pancreatic cancer awareness, patients with pancreatic cancer awareness were younger (65.00 vs. 76.98, $t=6.70$, $p<0.001$), were more likely to have presented their spouse as legal guardians (42.9% vs. 10.0%, $\chi^2=31.70$, $p<0.001$), and spent a shorter time for treatment decision-making (1.6 vs. 10.5 days, $t=4.26$, $p<0.001$). The patients without pancreatic cancer awareness were more likely to opt for best supportive care compared to the patients with pancreatic cancer awareness (79.5% vs. 28.6%, $\chi^2=31.70$, $p<0.001$).

Conclusions: This study provides insights into cancer awareness. Since cancer awareness appears to influence treatment decision, it is necessary to develop guidelines to improve cancer awareness of patients (Lee et al., 2020).

Περίληψη

Ιστορικό/στόχοι: Με τις πρόσφατες αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος, η ενεργός λήψη αποφάσεων των ασθενών έχει γίνει πιο σημαντική. Παρ' όλα αυτά, είναι δύσκολο να παρασχεθούν στους ασθενείς κατάλληλες γνώσεις σχετικά με την ασθένεια. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστούν οι σχετικοί παράγοντες μεταξύ της ευαισθητοποίησης σχετικά με τον καρκίνου του παγκρέατος και των αποφάσεων θεραπείας, καθώς η ευαισθητοποίηση για τον καρκίνο επηρεάζει το χρονοδιάγραμμα των αποφάσεων θεραπείας και την επιθυμητή μέθοδο θεραπείας.

Μέθοδοι: Αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη που εξέτασε και ανέλυσε τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία 110 ασθενών που διαγνώστηκαν με καρκίνο του παγκρέατος από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Απρίλιο του 2016. Ένα "ασθενής με ευαισθητοποίηση του καρκίνου του παγκρέατος" σημαίνει ότι ο ασθενής ενημερώθηκε για την κατάσταση της νόσου τους πριν από τη λήψη της πρώτης απόφασης θεραπείας.

Αποτελέσματα: Από όλους τους ασθενείς, μόνο το 63,6% των ασθενών (n = 70) αποδείχθηκε ότι έχουν επαρκή ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνου του παγκρέατος πριν από τη λήψη της πρώτης απόφασης θεραπείας τους. Σε σύγκριση με ασθενείς

χωρίς ενημέρωση, οι ασθενείς με ενημέρωση ήταν νεότεροι (65,00 έναντι. 76,98, $t=6.70$, $p<0.001$), ήταν πιθανότερο να έχουν παρουσιάσει τον σύζυγό τους ως νόμιμο εκπρόσωπο (42,9% έναντι 10,0%, $\chi^2=31,70$, $\sigma.0.001$) και πέρασαν μικρότερο χρόνο για τη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία (1,6 έναντι 10,5 ημέρες, $t=4,26$, $\sigma.</000$). Οι ασθενείς χωρίς ευαισθητοποίηση ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν την καλύτερη υποστηρικτική φροντίδα σε σύγκριση με τους ασθενείς με ευαισθητοποίηση (79,5% έναντι 28,6%, $\chi^2 = 31,70$, $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή παρέχει γνώσεις σχετικά με την ευαισθητοποίηση στο ζήτημα του καρκίνου του παγκρέατος. Δεδομένου ότι η ευαισθητοποίηση φαίνεται να επηρεάζει την απόφαση της θεραπείας, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν κατευθυντήριες γραμμές για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης των ασθενών με καρκίνο.

Abstract 7

Supportive Care in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma.

Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) is one of the cancers with poorest prognosis and represents the third leading cause of cancer-related deaths in Western countries. Despite advances in diagnostic procedures and treatment, diagnosis is made in most cases when the disease is locally advanced or metastatic. Supportive care aims to improve symptoms, reduce hospital admission rates, and preserve quality of life. Proper symptomatic management is critical to allow administration of chemotherapy and radiotherapy. Symptomatic management should be accomplished in a multidisciplinary fashion. Its primary aims include relief of biliary or duodenal obstruction, prevention and/or treatment of thromboembolic disease, and control cancer-related pain. Nutritional support and optimal replacement therapy in patients with endocrine and/or exocrine insufficiency, is mandatory. This manuscript highlights the most significant problems faced when caring for patients with advanced PDAC and provides an evidence-based approach to symptomatic management (Laquente et al., 2017).

Περίληψη

Το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα είναι ένας από τους καρκίνους με τη φτωχότερη πρόγνωση και αντιπροσωπεύει την τρίτη κύρια αιτία των θανάτων που σχετίζονται με

τον καρκίνο στις δυτικές χώρες. Παρά τις προόδους στις διαγνωστικές διαδικασίες και τη θεραπεία, η διάγνωση γίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις όταν η ασθένεια είναι τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική. Η υποστηρικτική φροντίδα έχει ως στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων, τη μείωση των ποσοστών εισαγωγής στο νοσοκομείο, και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Η σωστή συμπτωματική διαχείριση είναι ζωτικής σημασίας για να επιτραπεί η χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Η συμπτωματική διαχείριση πρέπει να επιτυγχάνεται με διεπιστημονικό τρόπο. Οι πρωταρχικοί στόχοι του περιλαμβάνουν την ανακούφιση της χοληφόρου οδού ή της δωδεκαδακτυλικής απόφραξης, την πρόληψη ή και τη θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου και τον έλεγχο του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο. Η διατροφική υποστήριξη και η βέλτιστη θεραπεία υποκατάστασης σε ασθενείς με ενδοκρινική ή και εξωκρινή ανεπάρκεια είναι υποχρεωτική. Αυτό το άρθρο αναδεικνύει τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά τη φροντίδα ασθενών με προχωρημένο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα και παρέχει μια τεκμηριωμένη προσέγγιση για τη συμπτωματική διαχείριση.

Abstract 8

The Importance of Quality-Of-Life Management in Patients With Advanced Pancreatic Ductal Adenocarcinoma.

Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) carries a poor prognosis, and as such, a focus on quality of life is vital. This review will discuss various aspects of quality of life in patients with PDAC and their treatment. Pancreatic exocrine and endocrine insufficiency may result in issues related to nutrition, and pain and fatigue are other common symptoms, and may be managed with pharmaceutical or nonpharmaceutical methods. It has also been reported that low mood is a particular problem for patients with PDAC compared to patients with other cancers; however, the data supporting this is inconsistent. Data regarding improvements in quality of life in patients with PDAC receiving chemotherapy is also reviewed, which in some cases suggests a benefit to chemotherapy, particularly in the presence of a radiological response. Furthermore, the importance of early palliative care is discussed and the benefits reported including improved quality of life and mood, reduced aggressive interventions at the end of life and improved survival. Areas for future development may include increased use of quality of life as a trial outcome and the use of patient-reported outcomes to improve

symptomatic care of patients, and particularly in those receiving active systemic treatment (Lewis et al., 2018).

Περίληψη

Το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα σχετίζεται με κακή πρόγνωση, και ως εκ τούτου, η εστίαση στην ποιότητα ζωής είναι ζωτικής σημασίας. Η ανασκόπηση αυτή θα συζητήσει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα και τη θεραπεία τους. Η παγκρεατική εξωκρινής και ενδοκρινής ανεπάρκεια μπορεί να οδηγήσει σε θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή, και ο πόνος και η κόπωση είναι άλλα κοινά συμπτώματα, και μπορεί να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές μεθόδους. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η χαμηλή διάθεση είναι ένα ιδιαίτερο πρόβλημα για τους ασθενείς με παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα σε σύγκριση με ασθενείς με άλλους καρκίνους. Ωστόσο, τα δεδομένα που το υποστηρίζουν αυτό είναι ασυνεπή. Εξετάζονται επίσης δεδομένα σχετικά με βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, γεγονός που σε ορισμένες περιπτώσεις υποδηλώνει όφελος για τη χημειοθεραπεία, ιδιαίτερα παρουσία ακτινολογικής απόκρισης. Επιπλέον, συζητείται η σημασία της πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας και τα οφέλη που αναφέρθηκαν, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της διάθεσης, των μειωμένων επιθετικών παρεμβάσεων στο τέλος της ζωής και της βελτιωμένης επιβίωσης. Οι τομείς για μελλοντική ανάπτυξη μπορεί να περιλαμβάνουν βελτίωση της ποιότητας ζωής ως αποτέλεσμα της δοκιμής και τη χρήση αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τον ασθενή για τη βελτίωση της συμπτωματικής φροντίδας των ασθενών, και ιδιαίτερα σε εκείνους που λαμβάνουν ενεργό συστηματική θεραπεία.

Abstract 9

Pancreatic Cancer: Best Supportive Care.

Palliative and supportive care holds a major place in pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) management. It aims to prevent and reduce symptoms and hospital admissions, while ensuring optimal health-related quality of life (HRQoL), which has been reported to be correlated with overall survival in PDAC. Best supportive care includes non-

specific treatment of pain, anxiety and depression, chemotherapy-related toxicities, as well as thromboembolic disease treatment and prevention in high-risk patients. Moreover, nutrition and physical activity interventions are receiving increasing attention as they are crucial to optimize treatment tolerance and efficacy. Of note, they require adaptation to the specificities of PDAC setting and stage of the disease. In this review, we propose an overview of palliative and supportive care interventions in PDAC, with a highlight on nutritional and physical activity management (Védie & Neuzillet, 2019).

Περίληψη

Η παρηγορητική και υποστηρικτική φροντίδα κατέχει μια σημαντική θέση στο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα. Στοχεύει στην πρόληψη και τη μείωση των συμπτωμάτων και των εισαγωγών στα νοσοκομεία, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βέλτιστη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL), η οποία έχει αναφερθεί ότι συσχετίζεται με τη συνολική επιβίωση στο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα. Η καλύτερη υποστηρικτική φροντίδα περιλαμβάνει μη ειδική θεραπεία του πόνου, του άγχους και της κατάθλιψης, των τοξικοτήτων που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία, καθώς και τη θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου και την πρόληψη σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις διατροφής και σωματικής δραστηριότητας λαμβάνουν όλο και μεγαλύτερη προσοχή, καθώς είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση της ανοχής και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι απαιτούν προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του σταδίου της νόσου. Σε αυτή την ανασκόπηση, προτείνουμε μια επισκόπηση των παρηγορητικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων φροντίδας στο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα, με έμφαση στη διαχείριση της διατροφικής και σωματικής δραστηριότητας.

Abstract 10

Management of Pancreatic Cancer in the Elderly.

Currently, pancreatic adenocarcinoma mainly occurs after 60 years of age, and its prognosis remains poor despite modest improvements in recent decades. The aging of the population will result in a rise in the incidence of pancreatic adenocarcinoma within

the next years. Thus, the management of pancreatic cancer in the elderly population is gaining increasing relevance. Older cancer patients represent a heterogeneous group with different biological, functional and psychosocial characteristics that can modify the usual management of this disease, including pharmacokinetic and pharmacodynamic changes, polypharmacy, performance status, comorbidities and organ dysfunction. However, the biological age, not the chronological age, of the patient should be the limiting factor in determining the most appropriate treatment for these patients. Unfortunately, despite the increased incidence of this pathology in older patients, there is an underrepresentation of these patients in clinical trials, and the management of older patients is thus determined by extrapolation from the results of studies performed in younger patients. In this review, the special characteristics of the elderly, the multidisciplinary management of localized and advanced ductal adenocarcinoma of the pancreas and the most recent advances in the management of this condition will be discussed, focusing on surgery, chemotherapy, radiation and palliative care (Higuera et al., 2016).

Περίληψη

Επί του παρόντος, το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 60 ετών, και η πρόγνωση του παραμένει φτωχή παρά τις μέτριες βελτιώσεις τις τελευταίες δεκαετίες. Η γήρανση του πληθυσμού θα οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του παγκρεατικού αδενοκαρκινώματος μέσα στα επόμενα χρόνια. Έτσι, η διαχείριση του καρκίνου του παγκρέατος στον ηλικιωμένο πληθυσμό κερδίζει αυξανόμενη σημασία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα με διαφορετικά βιολογικά, λειτουργικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που μπορούν να τροποποιήσουν τη συνήθη διαχείριση αυτής της νόσου, συμπεριλαμβανομένων φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών αλλαγών, της πολυφαρμακείας, της κατάστασης απόδοσης, των συννοσηροτήτων και της δυσλειτουργίας οργάνων. Ωστόσο, η βιολογική ηλικία, όχι η χρονολογική ηλικία, του ασθενούς θα πρέπει να είναι ο περιοριστικός παράγοντας για τον προσδιορισμό της καταλληλότερης θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς. Δυστυχώς, παρά την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αυτής της παθολογίας σε ηλικιωμένους ασθενείς, υπάρχει υποεκπροσώπηση αυτών των ασθενών σε κλινικές δοκιμές και η διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών καθορίζεται κατά προέκταση από τα αποτελέσματα των

μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε νεότερους ασθενείς. Στην ανασκόπηση αυτή θα συζητηθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, η διεπιστημονική διαχείριση του εντοπισμένου και προχωρημένου αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος και οι πιο πρόσφατες εξελίξεις στη διαχείριση αυτής της κατάστασης, εστιάζοντας στη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοβολία και την παρηγορητική φροντίδα.

Abstract 11

Nursing Implications of Chemotherapy Agents and Their Associated Side Effects in Patients With Pancreatic Cancer

Survival for patients with advanced (locally advanced unresectable and metastatic disease) pancreatic cancer is very poor; however, several advances in treatment have been made during the past several years. Gemcitabine (Gemzar®)-based regimens, FOLFIRINOX, and nab-paclitaxel (Abraxane®)-based regimens have demonstrated efficacy in patients with advanced pancreatic cancer. Understanding the unique safety profile of each of these regimens is crucial in helping nurses identify symptoms, develop patient education strategies, and ultimately improve outcomes. This article aims to provide background information on and nursing implications of the treatment of patients with advanced pancreatic cancer by exploring the mechanism of action and efficacy and safety profiles of standard treatment regimens. Key trials of standard treatment regimens used in the treatment of advanced pancreatic cancer were examined with respect to efficacy outcomes and the most commonly observed adverse events. Symptom identification and management strategies are discussed from the nursing perspective. The current standard treatment options for patients with advanced pancreatic cancer have differences in efficacy and safety profiles. Nurses should educate themselves on these differences, particularly on associated adverse events and their management (Hronek & Reed, 2015).

Περίληψη

Η επιβίωση για ασθενείς με προχωρημένο (τοπικά προχωρημένο μη θεραπεύσιμο και μεταστατικό νόσο) καρκίνο του παγκρέατος είναι πολύ κακή. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει σημειωθεί αρκετή πρόοδος στη θεραπεία. Τα

σχήματα με βάση τη Gemcitabine, το FOLFIRINOX και την ναμπ-πακλιταξέλη έχουν δείξει αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος. Η κατανόηση του μοναδικού προφίλ ασφάλειας καθενός από αυτά τα σχήματα είναι ζωτικής σημασίας για να βοηθήσει τους νοσηλευτές να εντοπίσουν τα συμπτώματα, να αναπτύξουν στρατηγικές εκπαίδευσης των ασθενών και τελικά να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Αυτό το άρθρο στοχεύει στην παροχή βασικών πληροφοριών σχετικά με τις συνέπειες στη θεραπεία ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος, διερευνώντας τον μηχανισμό δράσης και τα προφίλ αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των τυπικών θεραπειών. Βασικές δοκιμές τυπικών θεραπευτικών αγωγών που χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία προχωρημένου καρκίνου του παγκρέατος εξετάστηκαν σε σχέση με τα αποτελέσματα αποτελεσματικότητας και τις πιο συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι στρατηγικές αναγνώρισης και διαχείρισης συμπτωμάτων συζητούνται από νοσηλευτικής προοπτικής. Οι τρέχουσες τυπικές επιλογές θεραπείας για ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος έχουν διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα και τα προφίλ ασφάλειας. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με αυτές τις διαφορές, ιδίως σχετικά με τις σχετικές ανεπιθύμητες ενέργειες και τη διαχείριση τους.

Abstract 12

Emotional Support and Palliative Care for Distressed Patients Suffering from Pancreatic Cancer.

Pancreatic cancer is associated with a poor prognosis and high mortality. Thus, distress that includes depression and anxiety is a relatively common comorbidity for patients suffering from pancreatic cancer. However, these psychological symptoms are likely to be under-detected and undertreated. Regarding high levels of unmet needs of psychological support for patients with pancreatic cancer, early screening for distress and adequate interventions should be considered in palliative care settings. Suicide, a common but preventable cause of mortality for patients with pancreatic cancer, also deserves the further attention of care providers. Still, there have been limited studies that have documented psychological support for this population. Future research is needed to elucidate appropriate psychological care and models of services for patients suffering from pancreatic cancer (Park, 2019).

Περίληψη

Ο καρκίνος του παγκρέατος συνδέεται με κακή πρόγνωση και υψηλή θνησιμότητα. Έτσι, η δυσφορία που περιλαμβάνει κατάθλιψη και άγχος είναι μια σχετικά κοινή συννοσηρότητα για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του παγκρέατος. Ωστόσο, αυτά τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι πιθανό να μην εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν. Όσον αφορά τα υψηλά επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος, η έγκαιρη εξέταση για τη δυσφορία και οι κατάλληλες παρεμβάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο περιβάλλον της ανακουφιστικής φροντίδας. Η αυτοκτονία, μια κοινή αλλά αποτρέψιμη αιτία θνησιμότητας για ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος, αξίζει επίσης την περαιτέρω προσοχή των παρόχων φροντίδας. Ωστόσο, υπήρξαν περιορισμένες μελέτες που έχουν τεκμηριώσει την ψυχολογική υποστήριξη για αυτόν τον πληθυσμό. Απαιτείται μελλοντική έρευνα για να αποσαφηνιστεί η κατάλληλη ψυχολογική φροντίδα και μοντέλα υπηρεσιών για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του παγκρέατος.

Abstract 13

Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers.

The principles of palliative care are fundamental to support and treat the physical, mental, and psychosocial health of patients living with pancreatic cancer. In addition to its proven advantages to help manage disease-related symptoms, improve accurate illness understanding, and enhance the quality of life and survival outcomes for patients with advanced disease, the inclusion of palliative care principles (whether by a specialist or by the primary oncology team) with standard oncologic care strengthens timely and quality advance care planning (ACP). The primary objective of this review article is to underscore the significant value of palliative care integration and ACP in oncology, including but not limited to care at the end of life, with a particular focus on its relevance to patients with advanced pancreatic cancer (Agarwal & Epstein, 2017).

Περίληψη

Οι αρχές της παρηγορητικής φροντίδας είναι θεμελιώδεις για την υποστήριξη και τη θεραπεία της σωματικής, ψυχικής και ψυχοκοινωνικής υγείας των ασθενών που ζουν

με καρκίνο του παγκρέατος. Εκτός από τα αποδεδειγμένα πλεονεκτήματά για τη διαχείριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο, τη βελτίωση της ακριβούς κατανόησης της ασθένειας και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής και των αποτελεσμάτων επιβίωσης για ασθενείς με προχωρημένη νόσο, η εφαρμογή των αρχών της παρηγορητικής φροντίδας (είτε από ειδικό κέντρο, είτε από την πρωτογενή ογκολογική ομάδα), μέσα από την τυπική ογκολογική φροντίδα, ενισχύει τον έγκαιρο και ποιοτικό σχεδιασμό φροντίδας εκ των προτέρων. Ο πρωταρχικός στόχος αυτού του άρθρου είναι να υπογραμμίσει τη σημαντική αξία της ενσωμάτωσης της παρηγορητικής φροντίδας στην ογκολογία, συμπεριλαμβανομένης αλλά χωρίς περιορισμό στη φροντίδα στο τέλος της ζωής, με ιδιαίτερη έμφαση σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος.

Abstract 14

Chemotherapy Use, End-of-Life Care, and Costs of Care Among Patients Diagnosed With Stage IV Pancreatic Cancer

For patients with metastatic cancer and limited life expectancy, potential benefits of chemotherapy must be balanced against harms to quality of life near death and increased out-of-pocket costs of care. To evaluate the association between chemotherapy use by patients with Stage IV pancreatic cancer and health care use and Medicare and out-of-pocket costs in the last 30 days of life. We conducted a retrospective cohort study of 3825 patients aged 66 years or older when diagnosed with Stage IV pancreatic cancer in 2006-2011, using the linked Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare data. Using a propensity score matched sample, we examined associations between initiation of chemotherapy shortly after the metastatic diagnosis (and secondarily, continued chemotherapy use in the last 30 days of life) and health care use and costs (both Medicare payment and patient out-of-pocket costs) in the last 30 days of life. Chemotherapy use was associated with increased rates of hospital admissions (45.0% vs. 29.2%, $P < 0.001$), emergency department visits (41.3% vs. 27.2%, $P < 0.001$), and death in a hospital (14.2% vs. 9.1%, $P < 0.001$); fewer days in hospice care (11.5 days vs. 15.7 days, $P < 0.001$); and more than 50% increase in patient out-of-pocket costs for care (\$1311.5 vs. \$841.0, $P < 0.001$) in the last 30 days of life. Among patients who initiated chemotherapy, more stark differences in these outcomes were found by whether patients received chemotherapy in the last 30 days of

life. Chemotherapy use among older patients diagnosed with metastatic pancreatic cancer was associated with substantially increased use of health care and higher patient out-of-pocket costs near death (Bao et al., 2019).

Περίληψη

Για ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο και περιορισμένο προσδόκιμο ζωής, τα πιθανά οφέλη της χημειοθεραπείας πρέπει να εξισορροπούνται έναντι των βλαβών στην ποιότητα ζωής και στο αυξημένο κόστος περίθαλψης. Η εργασία αυτή αξιολογεί τη συσχέτιση μεταξύ της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος σταδίου IV, τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος για το σύστημα για τις τελευταίες 30 ημέρες της ζωής. Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης σε 3825 ασθενείς ηλικίας 66 ετών και άνω, όταν διαγνώστηκαν με καρκίνο του παγκρέατος Στάδιο IV, κατά τα έτη 2006-2011, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα της παρακολούθησης, της επιδημιολογίας και των τελικών αποτελεσμάτων-Medicare. Χρησιμοποιώντας ένα δείγμα τάσης, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της έναρξης της χημειοθεραπείας λίγο μετά τη μεταστατική διάγνωση (και, δεύτερον, της συνεχιζόμενης χρήσης χημειοθεραπείας τις τελευταίες 30 ημέρες της ζωής) και της χρήσης και κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (τόσο η πληρωμή Medicare όσο και ο ασθενής εκτός κόστος τσέπης) τις τελευταίες 30 ημέρες της ζωής. Η χρήση χημειοθεραπείας συσχετίστηκε με αυξημένα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο (45,0% έναντι 29,2%, $P < 0,001$), επισκέψεις σε τμήματα έκτακτης ανάγκης (41,3% έναντι 27,2%, $P < 0,001$) και θάνατο σε νοσοκομείο (14,2% έναντι 9,1 %, $P < 0,001$); λιγότερες ημέρες στη φροντίδα του νοσοκομείου (11,5 ημέρες έναντι 15,7 ημερών, $P < 0,001$). και περισσότερο από 50% αύξηση του κόστους ασθενούς για φροντίδα (1311,5 \$ έναντι 841,0 \$, $P < 0,001$) τις τελευταίες 30 ημέρες της ζωής. Μεταξύ των ασθενών που ξεκίνησαν χημειοθεραπεία, βρέθηκαν πιο έντονες διαφορές σε αυτά τα αποτελέσματα από το εάν οι ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία τις τελευταίες 30 ημέρες της ζωής. Η χρήση χημειοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερο κόστος εκτός ασθενούς κοντά στο θάνατο.

Abstract 15

Pain in pancreatic cancer: review of medical and surgical remedies.

Pancreatic cancer is a malignant tumour with very poor prognosis and a chance for 5-year survival is approximately 6%. One of the main symptoms of this neoplasm is pain, mostly of neuropathic origin, which significantly decreases the quality of life and impairs the functional activity of patients. The most common treatment of pain in pancreatic cancer is conservative therapy which is based on analgesic ladder rules established by the World Health Organization. Unfortunately, it is not always effective and it has many side effects that also can diminish patients' quality of life. Invasive treatment of pain in pancreatic cancer includes mainly coeliac plexus block and sympathectomy, and both of them significantly reduce levels of pain and help to improve the quality of life. It is postulated that the place of those two invasive methods should not be at the final stage of treatment, but they can provide significantly better improvement of pain once instituted earlier (such as the first or second step of analgesic World Health Organization's ladder). The aim of this article is to review and assess the conservative as well as the invasive therapy in the management of pain in pancreatic cancer. It also presents brief insight into non-medical methods of pain reduction, which can be supplementary to conservative and/or invasive treatment (Dobosz et al., 2016).

Περίληψη

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι ένας κακοήθης όγκος με πολύ κακή πρόγνωση και η πιθανότητα επιβίωσης 5 ετών είναι περίπου 6%. Ένα από τα κύρια συμπτώματα αυτού του νεοπλάσματος είναι ο πόνος, κυρίως νευροπαθητικής προέλευσης, ο οποίος μειώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής και βλάπτει τη λειτουργική δραστηριότητα των ασθενών. Η πιο συνηθισμένη θεραπεία του πόνου στον καρκίνο του παγκρέατος είναι η συντηρητική θεραπεία που βασίζεται σε κανόνες αναλγητικής κλίμακας που έχουν θεσπιστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Δυστυχώς, δεν είναι πάντα αποτελεσματικό και έχει πολλές παρενέργειες, που μπορούν επίσης να μειώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επεμβατική θεραπεία του πόνου στον καρκίνο του παγκρέατος περιλαμβάνει κυρίως το μπλοκ του κοιλιακού πλέγματος και τη συμπαθηκτομή, αλλά και οι δύο μέθοδοι μειώνουν σημαντικά τα επίπεδα του πόνου και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Υποτίθεται ότι η θέση αυτών των

δύο επεμβατικών μεθόδων δεν θα πρέπει να βρίσκεται στο τελικό στάδιο της θεραπείας, αλλά μπορούν να παρέχουν σημαντικά καλύτερη βελτίωση του πόνου νωρίτερα (όπως το πρώτο ή το δεύτερο βήμα της κλίμακας του αναλγητικού Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας). Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να επανεξετάσει και να αξιολογήσει τις συντηρητικές θεραπείες καθώς και την επεμβατική θεραπεία στη διαχείριση του πόνου στον καρκίνο του παγκρέατος. Παρουσιάζει επίσης σύντομη εικόνα για τις μη ιατρικές μεθόδους μείωσης του πόνου, οι οποίες μπορεί να είναι συμπληρωματικές για τη συντηρητική και / ή επεμβατική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση και η διαχείριση του καρκίνου του παγκρέατος βασίζεται σε μια διεπαγγελματική ομαδική προσέγγιση, που περιλαμβάνει διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως ογκολόγο, γενικό χειρουργό, ακτινολόγο, γαστρεντερολόγο, νοσηλεύτη ογκολογίας και παρηγορητικής φροντίδας. Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παγκρέατος είναι περίπλοκη και τεχνικά απαιτητική. Ακόμη και εκείνοι που υποβάλλονται σε επιτυχή εκτομή μπορεί να αναπτύξουν σοβαρές απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές που μπορεί να αλλάξουν την ποιότητα ζωής.

Τα άτομα με καρκίνο του παγκρέατος έχουν ποικίλες ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης. Οι ανάγκες υποστήριξης περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση του πόνου, της κόπωσης και των γαστρεντερικών συμπτωμάτων και επίσης ζητήματα γύρω από τη διατροφή και την ενυδάτωση. Ακόμα αναφέρονται οι ψυχο-συναισθηματικές επιπτώσεις του καρκίνου, όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής νοσηλεύεται στο σπίτι του, συχνά από προσωπική επιλογή, θέλοντας να διαβιεί στο ήρεμο περιβάλλον του σπιτιού του, την τελευταία περίοδο της ζωής του. Σε αυτό το στάδιο απαιτείται να ενεργοποιηθούν οι ειδικοί πάροχοι της κοινότητας, προκειμένου να υποστηρίξουν τον ασθενή στο περιβάλλον του και να παρέχουν αποτελεσματική παρηγορητική φροντίδα. Αυτό το επίπεδο φροντίδα παραμένει μια πρόκληση, για τη σύγχρονη νοσηλευτική στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμακίδου Θ., 2015. *Εγχειρίδιο εκπαίδευσης Νοσηλευτών στην Κοινωνική Νοσηλευτική – Κατ’ οίκον φροντίδα υγείας*. Επιμέλεια: Αθηνά Καλοκαιρινού. Αθήνα: Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Αθανάτου, Ε., 2011. *Κλινική Νοσηλευτική*. Ιδιωτική Έκδοση.
- Αρχοντάκης, Σ., 2009. *Βασικές αρχές νοσηλευτικής ογκολογικών παθήσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Agarwal, R., Epstein, A., 2017. Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chin Clin Oncol.*, 6(3):32.
- Bao, Y., Maciejewski, R., Garrido, M., Shah, M., Maciejewski, P., Prigerson, H., 2019. Chemotherapy Use, End-of-Life Care, and Costs of Care Among Patients Diagnosed With Stage IV Pancreatic Cancer. *J Pain Symptom Manage*, 55(4):1113-1121.e3.
- Bjerkerot, P., McGrath, E., 2013. The Role of the Nurse in Advanced Pancreatic Cancer: Patient Care, Education, and Shared Decision Making. *Oncology*, 10(Suppl):23-25.
- Bland, K., Daly, J., Karakousis, K., 2009. *Χειρουργική Ογκολογία: Σύγχρονες Αρχές και Πρακτική Εφαρμογή*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βασιλειάδης.
- Burrell, S., Yeo, T., Smeltzer, S., Leiby, B., Lavu, H., Kennedy, E., Yeo, C., 2018. Symptom Clusters in Patients With Pancreatic Cancer Undergoing Surgical Resection: Part I. *Oncol Nurs Forum*, 45(4): E36-E52.
- Γιγής, Π., Παρασκευάς, Γ., 2002. *Εισαγωγή στην ανατομία του ανθρώπου*. 1η έκδοση. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- Dewit S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική-Έννοιες Και Πρακτική*. Δεύτερος Τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Dobosz, L., Kaczor, M., Stefaniak, T., 2016. Pain in pancreatic cancer: review of medical and surgical remedies. *ANZ J Surg.*, 86(10):756-761.
- Dolensšek, J., Pohorec, V., Rupnik, M., and Stožer, A., 2017. *Pancreas Physiology, In Challenges in Pancreatic Pathology*. Edited by Andrada Seicean. Intechopen Publications.
- Eun Jee Lee., Seung Young Seo., In Hee Kim., Sang Wook Kim., Seung Ok Lee., Soo Teik Lee., Seong-Hun Kim., 2020. Effect of Cancer Awareness on Treatment Decision for Pancreatic Cancer Patients. *Korean J Gastroenterol.*, 75(4):198-206.

- Franklin, J., Dawson, M., 2011. *Εγχειρίδιο κλινικής χειρουργικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Guyton, A., Hall, J., 2013. *Ιατρική Φυσιολογία*. 12η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Hansis, M., 2012. *Βασικές αρχές χειρουργικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Heiken, J., 2009. *Contemporary Issues in Cancer Imaging-A Multidisciplinary Approach*. Cambridge University Press.
- Higuera, O., Ghanem, I., Nasimi, R., Prieto, S., Koren, L., Feliu, J., 2016. Management of Pancreatic Cancer in the Elderly. *World J Gastroenterol.*, 22(2):764-75.
- Hronek, J., Reed, M., 2015. Nursing Implications of Chemotherapy Agents and Their Associated Side Effects in Patients With Pancreatic Cancer. *Clin J Oncol Nurs.*, 19(6):751-7.
- IARC., 2018. GLOBOCAN 2018, <http://globocan.iarc.fr>.
- Ιορδάνου, Π., 2011. *Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις*. Έκδοση όγδοη. Αθήνα: Ταβιθά.
- Ilic, M., Ilic, I., 2018. Epidemiology of Pancreatic Cancer. *World J Gastroenterol.*, 22(44):9694-9705.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Αδαμακίδου Θ., 2014. *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα-Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π., 2012. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, L., Loscalzo J., 2015. *Harrison, Εσωτερική Παθολογία*. 18η Έκδοση. Τόμος Δεύτερος. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Λαβδανίτη, Μ., 2015. *Ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Laquente, B., Calsina-Berna, A., Carmona-Bayonas, A., Jiménez-Fonseca, P., Peiró, I., Carrato, A., 2017. Supportive Care in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *Clin Transl Oncol.*, 19(11):1293-1302.
- Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Α' τόμος. Εκδόσεις: Λαγός.

- Lewis, A., Pihlak, R., McNamara, M., 2018. The Importance of Quality-Of-Life Management in Patients With Advanced Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *Curr Probl Cancer.*, 42(1):26-39.
- Longo D., Fautsi A., 2013. Harrison *Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Νικολοπούλου Β. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., Cavallini, G., et al., 2016. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group. *The New England Journal of Medicine*, 328:1433–1437.
- Matters, L., Cooper, K., McGovern, O., 2014. Cholecystokinin mediates progression and metastasis of pancreatic cancer associated with dietary fat. *Digestive Diseases and Sciences*, 59(6):1180–1191.
- Mcgeown, JG., 2009. *Συνοπτική Φυσιολογία Του Ανθρώπου*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Mizuno, S., Nakai, Y., Isayama, H., 2014. Smoking, family history of cancer, and diabetes mellitus are associated with the age of onset of pancreatic cancer in japanese patients. *Pancreas*, 43(7):1014–1017.
- Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, Ε., 2013. *Στοιχεία χειρουργικής ογκολογίας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Osborn K., Wraa C., Watson A., 2012. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική- Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Park, HY., 2019. Emotional Support and Palliative Care for Distressed Patients Suffering from Pancreatic Cancer. *Korean J Gastroenterol.*, 25;74(2):95-100.
- Reber, H., 2012. *Pancreatic Cancer: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Editor:Springer Science & Business Media.
- Σπανός, Π., Δαλαΐνας, Β., 2012. *Επίτομη γενική χειρουργική*. Εκδόσεις University Studio Press.
- Τατσιώνη Α., 2015. *Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Torgerson, S., Wiebe, L., 2014. Nursing care of the patient with advanced pancreatic cancer. *Oncology (Williston Park)*, 27(3):183-90.

- Toriola, A. T., Stolzenberg-Solomon, R., Dalidowitz, L., Linehan, D., Colditz, G., 2014. Diabetes and pancreatic cancer survival: a prospective cohort-based study. *British Journal of Cancer*, 111(1):181–185.
- Treviño, J. G., Pillai, S., Kunigal, S., 2017. Nicotine induces inhibitor of differentiation-1 in a Src-dependent pathway promoting metastasis and chemoresistance in pancreatic adenocarcinoma. *Neoplasia*, 14(12):1102–1114.
- Védie, A., Neuzillet, C., 2019. Pancreatic Cancer: Best Supportive Care. *Presse Med.*, 48(3 Pt 2):e175-e185.
- Watson, R., 2007. *Ανατομία & Φυσιολογία για Νοσηλευτές*. 12η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Westphalen, B., Kruger, S., Haas, M., Heinemann, V., Boeck, S., 2016. Safety of Palliative Chemotherapy in Advanced Pancreatic Cancer. *Expert Opin Drug Saf.*, 15(7):947-54.
- Woodhead, K., 2013. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα*. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.