



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος ουροδόχου κύστης και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

ΝΙΚΟΛΑΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΜΑΛΕΒΙΤΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ :

Αφιερώνουμε αυτή την εργασία στις οικογένειές μας που ήταν δίπλα μας σε όλα τα έτη φοίτησής μας προσφέροντας μας στήριξη και αγάπη, καθώς και στους καθηγητές μας που συνέβαλλαν με τις γνώσεις τους και την συνεχή καθοδήγησή τους στην εξέλιξή μας σε επαγγελματίες υγείας.

Ευχαριστούμε επίσης την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κα Παπανικολάου Χριστίνα που μας βοήθησε να διεκπεραιώσουμε την πτυχιακή εργασία μας με επιτυχία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ :

Περίληψη.....	4-5
Abstract.....	5-6
Εισαγωγή.....	6-8

ΜΕΡΟΣ 1^ο :

1.Ανατομία Ουροποιητικού Συστήματος.....	8-11
1.1 Ανατομία νεφρών.....	9
1.2 Ανατομία ουρητήρα.....	10
1.3 Ανατομία Ουροδόχου Κύστεως.....	10-11
1.4 Ανατομία Ουρήθρας.....	11

2.Φυσιολογία Ουροποιητικού Συστήματος.....	11-13
2.1 Φυσιολογία Νεφρών.....	12-13
2.2 Υγρά Σώματος.....	12-13
2.3 Μηχανισμοί Παραγωγής Ούρων.....	13
3.Καρκίνος Ουροδόχου Κύστεως.....	14-31
3.1 Ορισμός.....	14
3.2 Αιτιολογία της νόσου.....	15-16
3.3 Παράγοντες Κινδύνου.....	15-16
3.4 Κλινική Εικόνα.....	16-18
3.5 Διάγνωση – Διαγνωστικές Εξετάσεις	19-21
3.6 Διαφορική Διάγνωση.....	22
3.7 Στάδια.....	22-25
3.8 Θεραπεία.....	26-27
3.9 Άλλες θεραπευτικές μορφές.....	27-28
3.10 Ανεπιθύμητες ενέργειες από την θεραπεία.....	28-29
3.11 Πρόγνωση.....	29-30
3.12 Πρόληψη.....	30-31
3.13 Μεταστάσεις.....	31

ΜΕΡΟΣ 2° :

1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	31-32
---	-------

2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση για την νόσο και την θεραπεία.....	32-34
3.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική παρέμβαση.....	34-41
3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά.....	34
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητικά.....	34-35
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία.....	35-37
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία.....	37-38
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή και ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενούς.....	37-38
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση και στην κοινωνική επανένταξη.....	39-41

ΜΕΡΟΣ 3° :

Έρευνα – Νεότερα Δεδομένα	41-103
Βιβλιογραφία	104-106
Περιεχόμενα εικόνων – Πινάκων.....	106

Περίληψη :

Εισαγωγή: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, και αξιολογείται η κατάσταση των ασθενών που αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα. Επίσης, αναφέρεται ο ρόλος του νοσηλευτή ο οποίος είναι απαραίτητος και σημαντικός για την εξέλιξη της νόσου. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι ο ένατος συχνότερος καρκίνος στον

κόσμο. Είναι το δεύτερο πιο συχνό νεόπλασμα του ουροποιητικού συστήματος μετά τον καρκίνο του προστάτη. Στους άνδρες είναι 4 φορές συχνότερος από ότι στις γυναίκες. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αποτελεί μια επίπονη διαδικασία ερεθισμού της κύστης από διάφορους παράγοντες και επηρεάζει την ψυχολογία και την καθημερινότητα του ατόμου και πολλές φορές φτάνει στο τελικό αποτέλεσμα που είναι ο θάνατος. Έτσι με την αναγνώριση της νόσου καθώς και με την σωστή αντιμετώπιση και παρέμβαση, όπως πρόληψη και μια σειρά εξετάσεων μπορεί να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση και η μελέτη του καρκίνου της ουροδόχου κύστης και οι τρόποι αντιμετώπισής του, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία.

Μεθοδολογία : Στην παρούσα εργασία έχει γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αναφέρουν την ερευνητική προσέγγιση του θέματος με τα νέα δεδομένα από έρευνες για τον καρκίνο της κύστεως.

Συμπεράσματα: ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του καρκινοπαθούς ασθενή στο νοσοκομείο, στην προεγχειρητική, στη μετεγχειρητική φροντίδα, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και στη θεραπεία.

Λέξεις – κλειδιά: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ , ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΟΣ , ΝΕΟΚΥΣΤΗ , ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑ , ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ABSTRACT:

Introduction: In the present study, bladder cancer is presented, and the condition of patients experiencing this problem is evaluated. Also, mention the

role of the nurse which is necessary and important for the progression of the disease. Bladder cancer is the ninth most common cancer in the world. It is the second most common cancer of the urinary tract after prostate cancer. It is 4 times more common in men than in women. Bladder cancer is a painful process of irritation of the bladder by various factors and affects the psychology and daily life of the person and often reaches the result which is death. Thus, with the recognition of the disease as well as with the correct treatment and intervention, such as prevention and a series of tests can be successfully treated.

Purpose: The purpose of this study is the analysis and study of bladder cancer and the ways of its treatment, the psychosocial rehabilitation of the patient as well as the role of the nurse in the treatment. Methodology: In the present work, a literature review has been performed for bladder cancer.

Results: The results of the present work report the research approach to the subject with the new data from research on bladder cancer.

Conclusions: The role of the nurse in the admission of the cancer patient to the hospital, in the preoperative, in the postoperative care, in the psychosocial rehabilitation and in the treatment.

Key words: bladder cancer, invasive, superficial, neocyst, ureterostomy, nursing interventions.

Εισαγωγή : Παρόλη την εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης στις μέρες μας και τη συμβολή της στην αύξηση τόσο του όρου επιβίωσης των ανθρώπων, όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα καίρια προβλήματα στον τομέα της υγείας, σε επίπεδο ιατρικής διαχείρισης αλλά και ψυχολογικής αντίδρασης από τον ασθενή και το περιβάλλον του. Η παραδοχή αυτή σε συνδυασμό με την αυξανόμενη πρόοδο στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας στο

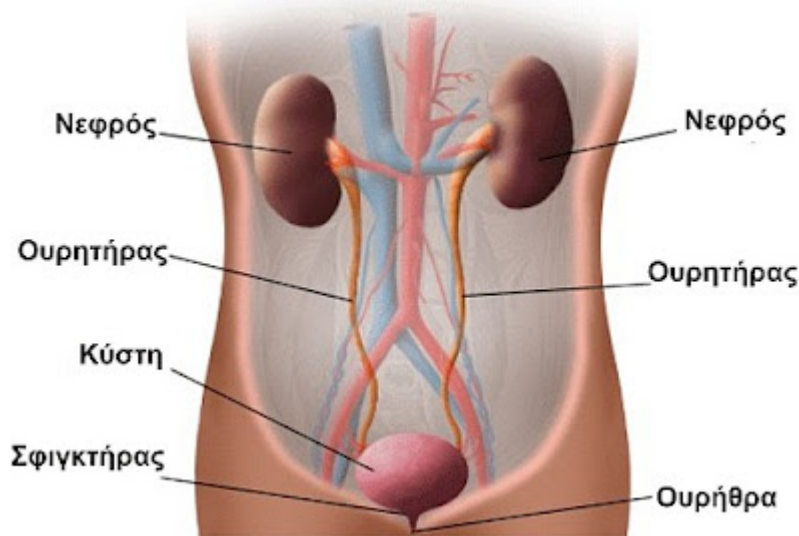
οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς αυτής της κατηγορίας, το οποίο εξάλλου αποτελεί παράγοντα για την ψυχολογική διαχείριση της ασθένειας. Καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων, η οποία δημιουργείται από την μετάλλαξη κάποιων γονίδιων. Εκτός, όμως από το οργανικό μέρος της ασθένειας, σημαντική είναι και η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, αφού ο καρκίνος είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011). Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, είναι ένας όγκος με απρόβλεπτη βιολογική συμπεριφορά. Πολλοί παράγοντες όπως ο ιστολογικός τύπος, ο βαθμός κακοήθειας και ο τρόπος ανάπτυξης του όγκου προσδιορίζουν την πρόγνωση της νόσου. Η ιδιαιτερότητα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης, βρίσκεται στη δυνατότητα που παρέχει για κλιμακωτή θεραπεία. Επιφανειακοί όγκοι, π.χ. μπορούν να αφαιρεθούν με διουρηθρική εκτομή (TUR) και στη συνέχεια να υποβληθούν σε διάφορες μορφές τοπικής προφυλακτικής θεραπείας. Αντίθετα, διηθητικοί όγκοι, απαιτούν μια ριζικότερη θεραπεία, υπό τη μορφή της ριζικής κυστεκτομής ή της ακτινοθεραπείας (Αρβανιτάκης και συν., 2012). Η αιτιολογία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης έχει σε μεγάλο βαθμό ανιχνευθεί. Η αύξηση του ποσοστού των γυναικών που καπνίζουν έχει οδηγήσει σε αύξηση και του αντίστοιχου ποσοστού γυναικών που πάσχουν από το νόσημα. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους πιο αποδεδειγμένους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αφού υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 25-60% των περιπτώσεων εμφάνισης του νοσήματος. Η έκθεση δε όλων μας, ανδρών και γυναικών σε περιβαλλοντικούς και βιομηχανικούς ρύπους πχ. βιομηχανίες πετρελαίων, χημικών, δέρματος κ.λ.π που ευθύνονται για το 20% των περιπτώσεων έχει αυξήσει σημαντικά τον αριθμό καινούργιων περιπτώσεων καρκίνου της κύστεως και στην χώρα μας. Μια τρίτη παράμετρος η οποία δεν πρέπει να υποτιμάται είναι ο κίνδυνος εμφάνισης του νοσήματος σε ανθρώπους, ιδιαίτερα γυναίκες, με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις που οφείλονται και στην λανθασμένη υπερκατανάλωση αντιβιοτικών. Τα πρόσφατα γεγονότα θα πρέπει να μας κινητοποιήσουν και σε αυτό το τομέα. Παράγοντες τέλος όπως η χρόνια χρήση αναλγητικών φαρμάκων, παυσίπονα, είναι επίσης πιθανό να οδηγήσουν στην εμφάνιση καρκίνου της ουροδόχου κύστεως. Συχνά επίσης γίνεται λόγος και για την κληρονομική προδιάθεση στην εμφάνιση του νοσήματος (Αρβανιτάκης και συν., 2012). Τέλος βασική παράμετρος στην οποία ρόλο

έχουν και οι νοσηλευτές είναι η πρόληψη της νόσου. Σήμερα το μόνο γνωστό αίτιο που θεωρείται ότι προκαλεί στην κύστη καρκίνο, είναι το κάπνισμα. Ο μηχανισμός είναι απλός: οι καρκινικές ουσίες αποβάλλονται από τα ούρα και έτσι παραμένοντας στην κύστη για αρκετό διάστημα δρουν ερεθιστικά στο βλεννογόνο προκαλώντας εξαλλαγή. Επομένως η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στην κύστη. Όπως αναφέρθηκε υπάρχουν και μερικά επαγγέλματα που εκθέτουν τον άνθρωπο σε κίνδυνο. Βέβαια ο χρόνος έκθεσης πρέπει να είναι μεγάλος και κυμαίνεται από 15-40 χρόνια. Στις ομάδες αυτές γίνεται προληπτικός έλεγχος κάθε χρόνο για έγκυρη διάγνωση και θεραπεία. Σαν συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι η διακοπή του καπνίσματος και ο έλεγχος κάθε αιματοουρίας είναι τα δύο βασικά σημεία για την πρόληψη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου της κύστεως.

ΜΕΡΟΣ 1° :

1.Ανατομία ουροποιητικού συστήματος

Το ουροποιητικό σύστημα χρησιμεύει για την παραγωγή και την αποβολή των ούρων από τον οργανισμό όπου αποβάλλονται άχρηστα προϊόντα του οργανισμού. Η συμβολή κάθε οργάνου είναι καθοριστική για τη συνολική λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος. Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους νεφρούς, τον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα (Newman, 2014).

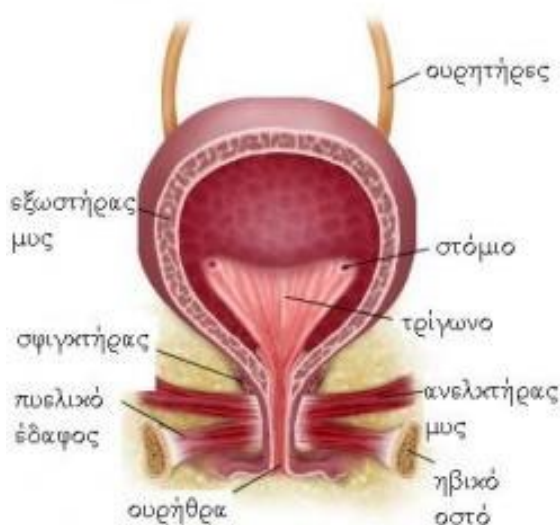


ΕΙΚΟΝΑ 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1.Ανατομία νεφρών : Οι δύο νεφροί βρίσκονται έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης, από τον Θ-12 μέχρι τον Θ-3. Τα όργανα αυτά έχουν μεγάλη αιμάτωση, σχήμα φασολιού και περίπου 11,5 εκ μήκος και 6,5εκ. πλάτος. Το έξω χείλος του νεφρού είναι κυρτό, ενώ το έσω είναι κοίλο και σχηματίζει μια εσοχή, την πύλη. Ο ουρητήρας, η νεφρική αρτηρία, η νεφρική φλέβα, τα λεμφικά αγγεία και τα νεύρα εισέρχονται ή εξέρχονται από την πύλη του νεφρού. Εσωτερικά, κάθε νεφρός έχει 3 διαφορετικές περιοχές: τον φλοιό, τον μυελό και την πύελο. Η εξωτερική περιοχή, ο νεφρικός φλοιός, είναι ανοιχτόχρωμη και έχει κοκκιώδη εμφάνιση. Αυτή η μοίρα του νεφρού περιέχει τα σπειράματα, μικρά σύνολα τριχοειδών. Τα σπειράματα φέρνουν αίμα και μεταφέρουν άχρηστα προϊόντα από τους νεφρώνες, τις λειτουργικές μονάδες του νεφρού. Η νεφρική πύελος καταλήγει στον ουρητήρα, ο οποίος εξέρχεται από την πύλη. Κλάδοι της πυέλου, γνωστοί ως μεγάλοι και μικροί κάλυκες, εκτείνονται προς τον μυελό για να συλλέγουν τα ούρα και να τα μεταφέρουν προς την πύελο. Από την πύελο, τα ούρα οδηγούνται μέσω του ουρητήρα προς την κύστη, όπου αποθηκεύονται (Newman, 2014).

1.2.Ανατομία ουρητήρων: Οι ουρητήρες είναι δύο σωλήνες μήκους 25-30 εκ. περίπου. Παροχετεύουν τα ούρα από τους νεφρούς στην κύστη με περισταλτικές κινήσεις που ξεκινούν από τη νεφρική πύελο. Το τοίχωμα του ουρητήρα έχει 3 στιβάδες: μια εσωτερική βλεννογόνο, μια μέση στιβάδα από λείες μυϊκές ίνες και μια εξωτερική από ινώδη συνδετικό ιστό (Newman, 2014).

1.3.Ανατομία ουροδόχου κύστης : Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση και χρησιμεύει ως αποθηκευτικός χώρος για τα ούρα. Στους άνδρες, η κύστη βρίσκεται ακριβώς μπροστά από το ορθό, ενώ στις γυναίκες η κύστη βρίσκεται μπροστά και πάνω από τον κόλπο και τη μήτρα. Η βάση της ουροδόχου κύστης αποτελείται από ένα τριγωνικού σχήματος ινο-ελαστικό σύνολο μυών, γνωστό ως τρίγωνο της κύστης, το οποίο περιέχει τα αισθητήρια νεύρα της κύστης. Η βάση του τριγώνου συνδέεται με τους ουρητήρες από τα δεξιά και αριστερά των νεφρών. Στην κορυφή του τριγώνου είναι η διασταύρωση όπου ο μυς της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας συναντιούνται (αυχένας της ουροδόχου κύστης). Οι στιβάδες του τοιχώματος της κύστης (από έσω προς τα έξω) είναι η βλεννογόνο, η υποβλεννογόνο από συνδετικό ιστό, η μυϊκή από λείες μυϊκές ίνες και η εξωτερική ινώδης. Η μυϊκή στιβάδα, που λέγεται εξώστηρας μυς, συνίσταται από μυϊκές ίνες κατανεμημένες σε έσω και έξω επιμήκειες στιβάδες και σε μια μέση κυκλοτερή στοιβάδα. Η διάταξη αυτή επιτρέπει στην κύστη να διατείνεται και να συσπάται ανάλογα με την ποσότητα των ούρων που περιέχει (Newman, 2014).



ΕΙΚΟΝΑ 2. ΤΜΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Το μέγεθος της κύστης ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα των ούρων που περιέχει. Σε υγιείς ενηλίκους, η κύστη είναι δυνατόν να χωρέσει 300-500 ml ούρων έως ότου αυξηθεί η εσωτερική πίεση και σημάνει την ανάγκη κένωσης της κύστης με την ούρηση. Πάντως, η κύστη έχει τη δυνατότητα να χωρέσει υπερδιπλάσια από αυτή την ποσότητα ούρων, αν χρειαστεί. Η κύστη έχει έναν έσω ουρηθρικό σφιγκτήρα, που χαλαρώνει όταν η κύστη είναι γεμάτη και δίνει το αίσθημα της έπειξης για ούρηση. Ένας δεύτερος εξωτερικός ουρηθρικός σφιγκτήρας, που σχηματίζεται από γραμμωτές μυϊκές ίνες, υπόκειται σε εκούσιο έλεγχο (Newman, 2014).

1.4 Ανατομία ουρήθρας:

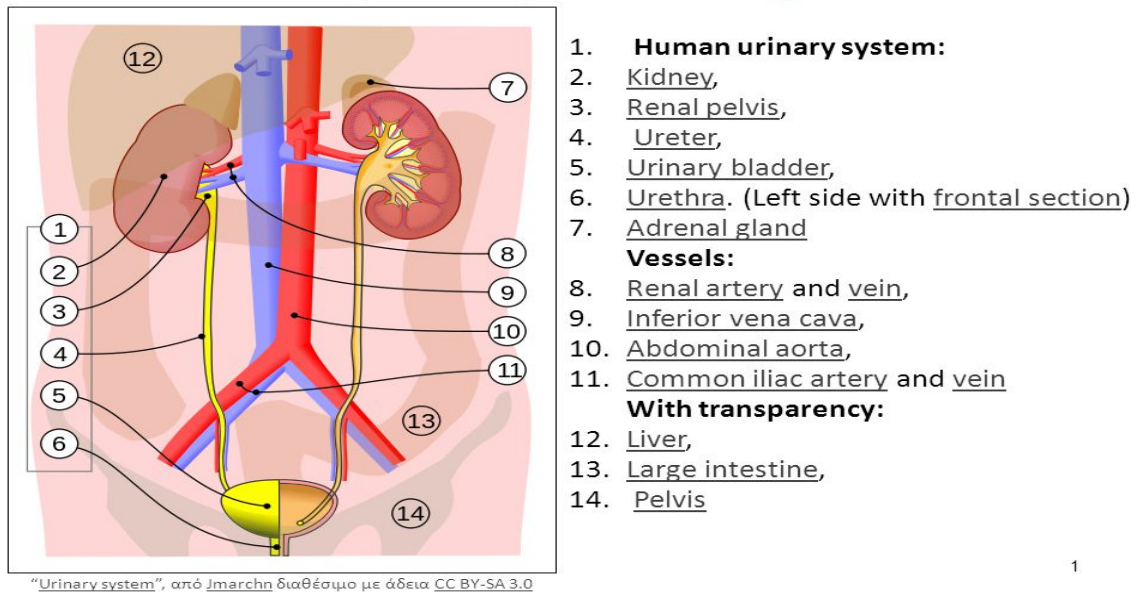
Η ουρήθρα είναι ένας μυϊκός σωλήνας με λεπτό τοίχωμα που οδηγεί τα ούρα έξω από το σώμα. Εκτείνεται από τη βάση της κύστης μέχρι το έξω ουρηθρικό στόμιο. Στις γυναίκες, η ουρήθρα έχει μήκος περίπου 3-5 εκ. και το ουρηθρικό στόμιο είναι μπροστά από το άνοιγμα του κόλπου. Στους άνδρες, η ουρήθρα έχει μήκος περίπου 20 εκ. και χρησιμεύει ως εκφορητική οδός των ούρων αλλά και για το σπέρμα(Newman, 2014).

2.Φυσιολογία ουροποιητικού συστήματος

Η φυσιολογική λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος είναι να επεξεργάζεται το ανθρώπινο αίμα. Αφού αυτό πρώτα έχει πάρει όλα τα χρήσιμα συστατικά από τις τροφές, τα φρούτα και το νερό και τα έχει μοιράσει στα διάφορα όργανα για να μπορέσουν να λειτουργήσουν μέσα από ειδικές διαδικασίες, το ουροποιητικό σύστημα παίρνει όλα τα άχρηστα συστατικά, αυτά που θέλει και πρέπει να αποβάλλει ο οργανισμός, και τα διώχνει από αυτόν με την μορφή των ούρων. Έτσι ο οργανισμός συνεχώς θα έχει κενό χώρο για καινούρια συστατικά και ουσίες που είναι απαραίτητες για την φυσιολογική λειτουργία του. Οι λειτουργίες του ουροποιητικού συστήματος είναι η παραγωγή, η απέκκριση, η μεταφορά, η αποθήκευση, η αποβολή, η

ομοίωση και η παραγωγή ορμονών (Butcher,2008).

Ουροποιητικό σύστημα



1

ΕΙΚΟΝΑ 3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. Νεφροί –2.2 Υγρά σώματος :

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη ζωή και τη καλή λειτουργία των κυττάρων του οργανισμού είναι η διατήρηση του ισοζυγίου του νερού και των ηλεκτρολυτών σε 12 σταθερά επίπεδα. Το νερό προσλαμβάνεται αυτούσιο ή με τις τροφές ή με την καύση των διαφόρων συστατικών της τροφής και ιδιαίτερα των υδατανθράκων. Νερό χάνεται από τον οργανισμό μέσω αναπνοής από το δέρμα, με τη μορφή ιδρώτα, με τα κόπρανα από τον γαστρεντερικό σωλήνα και με τα ούρα από τους νεφρούς. Η πρόσληψη του νερού ρυθμίζεται από το αίσθημα της δίψας, που εμφανίζεται σε περίπτωση αρνητικού ισοζυγίου του νερού στον οργανισμό. Η δίψα είναι το αίσθημα της ανάγκης για την πρόσληψη του νερού και οφείλεται σε ένα αντανακλαστικό, το οποίο ενεργοποιείται από το κέντρο της δίψας που βρίσκεται στον υποθάλαμο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες η απώλεια νερού με την άδηλο αναπνοή και με τα κόπρανα είναι περισσότερο ή λιγότερο σταθερές. Μεγαλύτερες διακυμάνσεις παρατηρούνται στην απώλεια υγρών από το δέρμα με τη μορφή ιδρώτα κατά τη θερμορύθμιση σε θερμό περιβάλλον και από τον γαστρεντερικό σωλήνα σε περίπτωση εμετών

ή διάρροιας. Τον κύριο ρόλο στη ρύθμιση της ισορροπίας του νερού στον οργανισμό τον έχουν οι νεφροί. Οι νεφροί έχουν την ικανότητα να συμπυκνώνουν ή να αραιώνουν σε μεγάλο βαθμό τα ούρα που αποβάλλουν, καθώς αποτελούν τον κύριο ρυθμιστικό παράγοντα στην ισορροπία των υγρών του σώματος (McGeown 2006).

2.3. Μηχανισμοί παραγωγής ούρων:

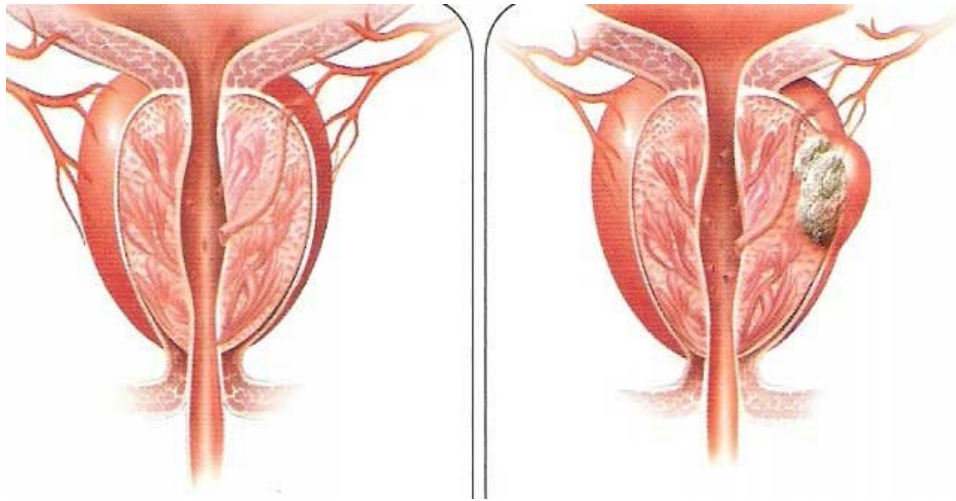
Η πρώτη φάση της παραγωγής ούρων γίνεται στα νεφρικά σωματίδια. Εκεί ένα υδατικό διήθημα (πρόουρο) μετακινείται έξω από το αίμα που κυκλοφορεί μέσα στο σφαιροειδές αγγειώδες σπείραμα του νεφρικού σωματίου και μεταφέρεται στη νεφρική κοιλότητα του ελύτρου του Bowman που συνδέεται με αυτό. Στη συνέχεια αυτό το πρωτογενές ούρο κυκλοφορεί στα νεφρικά σωληνάκια, που ως ελέχθη περιβάλλονται από πλέγμα πολύ μικρών αιμοφόρων αγγείων, (τριχοειδικό δίκτυο) ώστε να είναι δυνατή η σταθερή ανταλλαγή ουσιών μεταξύ του πρόουρο και του αίματος (δεύτερη φάση παραγωγής ούρων). Τα αθροιστικά σωληνάκια των νεφρικών σωματίων σχηματίζουν ένα σύστημα σωληναρίων που μεταφέρουν ούρα στη νεφρική πύελο, από όπου οδηγούνται μέσω του ουρητήρα στην ουροδόχο κύστη. Τα νεφρικά σωματίδια διηθούνται και ουσίες που το σώμα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει ακόμη, όπως πρωτεΐνες και γλυκόζη. Για να μπορέσουν αυτές οι ουσίες να παραμείνουν στο σώμα, καθώς το πρόουρο κυκλοφορεί μέσα στα νεφρικά σωληνάκια, οι ουσίες μετακινούνται από τα νεφρικά σωληνάκια στο δίκτυο 13 αιμοφόρων αγγείων που τα περιβάλλουν. Από εκείνο το σημείο και στη συνέχεια τα ούρα δεν περιέχουν ούτε πρωτεΐνες ούτε γλυκόζη (McGeown 2006).



ΕΙΚΟΝΑ 4. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΟΥΡΩΝ

3.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

3.1.Ορισμός :Είναι μια νόσος στην οποία ανώμαλα κύτταρα πολλαπλασιάζονται χωρίς έλεγχο στην κύστη. Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα είναι τα λεγόμενα καρκινικά κύτταρα και σχηματίζονται μέσα στους ιστούς της ουροδόχου κύστης. Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο, μυϊκό όργανο που αποθηκεύει τα ούρα. Βρίσκεται στην πύελο. Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι γνωστός ως καρκίνος από μεταβατικά κύτταρα ή πιο σωστά ουροθηλιακό καρκίνωμα . Άλλοι τύποι περιλαμβάνουν το πλακώδες καρκίνωμα, έναν καρκίνο της ουροδόχου κύστης που ξεκινά από λεπτά, επίπεδα κύτταρα στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και το αδενοκαρκίνωμα, έναν καρκίνο που ξεκινάει από κύτταρα από την επένδυση της κύστης και τα οποία εκκρίνουν βλέννα (Αρβανιτάκης, 2010).



ΕΙΚΟΝΑ 5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

3.2 Αιτιολογία της νόσου - 3.3 Παράγοντες Κινδύνου:

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι από τους καλύτερα μελετημένους αιτιολογικά καρκίνους. Πλήθος παραγόντων έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη και εμφάνιση της νόσου. Η πρώτη περιγραφή αιτιολογικής συσχέτισης της νόσου με επαγγελματικούς παράγοντες έγινε το 1896 από τον Γερμανό Rehn ο οποίος παρατήρησε την ιδιαίτερα συχνή εμφάνιση της νόσου σε βιομηχανικούς εργάτες. Μετά από πειράματα διατυπώθηκαν θεωρίες οι οποίες έχουν αποσαφηνίσει τον ακριβή ρόλο που διαδραματίζουν στην καρκινογένεση οι αρωματικές αμίνες. Πρόκειται για ουσίες οι οποίες βρίσκονται στη βιομηχανία και η χρήση των οποίων έχει περιοριστεί ή ανακληθεί. Όμως δεν γνωρίζουμε εάν κάποιες από τις υπάρχουσες σήμερα σε χρήση μπορούν να χαρακτηρισθούν ως τέτοιες. Ιδιαίτερα επικίνδυνες θεωρούνται οι βιομηχανίες αρωμάτων, οι μονάδες παραγωγής αερίων και καλωδίων, υφαντουργίες, διυλιστήρια, κομμωτήρια. Η χρονική περίοδος που μεσολαβεί από την έκθεση ως την εμφάνιση της νόσου υπολογίζεται από 15-40 χρόνια (Dewit, 2009). Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι από τους καλύτερα μελετημένους αιτιολογικά καρκίνους. Πλήθος παραγόντων έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη και εμφάνιση της νόσου. Οι κυριότεροι είναι:

- Φύλο-φυλή
- Ηλικία

- Κληρονομικότητα
- Κάπνισμα
- Επαγγελματικοί παράγοντες και χημικές ουσίες
- Χρόνιοι ερεθιστικοί παράγοντες
- Διατροφή
- Χρήση Αναλγητικών
- Ακτινοβολία

Παράγοντες Κινδύνου

	Ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Κάπνισμα ✓ Αλκοόλ ✓ Διατροφή υψηλή σε λίπη και χαμηλή σε φυτικές ίνες ✓ Έλλειψη φυσικής άσκησης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ηλικία άνω των 45 ετών ✓ Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (Crohn κοιλίτιδα ή ελκώδης κοιλίτιδα) ✓ Γενετικές παθήσεις (Σύνδρομο Lynch) ✓ Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή παρουσία πολυπόδων (άτομα που έχουν έστω και ένα συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο παχέος εντέρου) ✓ Διαβήτης Τύπου 2 ή αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.4 Κλινική εικόνα :

Τα συμπτώματα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης διακρίνονται σε:

A. Πρώιμα συμπτώματα : Τα πιο συχνά πρώιμα συμπτώματα καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι:

- **Αιματουρία:** Η αιματουρία εμφανίζεται σε 8 ή 9 από τα 10 άτομα που έχουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης και είναι το πιο κοινό σύμπτωμα. Συνήθως δεν είναι επώδυνη. Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής αποβάλλει ούρα που περιέχουν αίμα. Διακρίνεται σε μικροσκοπική και μακροσκοπική και συχνά είναι διαλείπουσα, γεγονός που οδηγεί σε καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας.

Στη μικροσκοπική αιματουρία, τα ούρα φαίνονται φυσιολογικά στο μάτι αλλά η εξέτασή τους στο μικροσκόπιο δείχνει υψηλό αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων. Στη μακροσκοπική αιματουρία, τα ούρα φαίνονται κόκκινα με το μάτι. Μπορεί να προέρχεται από οποιοδήποτε σημείο του ουροποιητικού συστήματος και ανεξαρτήτως της βαρύτητάς της μπορεί να οφείλεται σε σοβαρά αίτια, όπως ο καρκίνος. Η μακροσκοπική αιματουρία, κατά κανόνα θορυβεί τον ασθενή και τον αναγκάζει να αναζητήσει έγκυρα ιατρική βοήθεια. Η μικροσκοπική αιματουρία, όταν δεν συνοδεύεται από αξιολογη συμπτωματολογία, συνήθως αποτελεί τυχαίο εργαστηριακό εύρημα, που όχι σπάνια δεν αξιολογείται σωστά ή και παραβλέπεται (ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς), με αποτελέσματα συχνά οδυνηρά λόγω καθυστερημένης διάγνωσης. Η παρουσία αίματος στα ούρα μπορεί να διαγνωστεί με την επισκόπηση των ούρων (σε περιπτώσεις μακροσκοπικής αιματουρίας), τη χρήση των ειδικών ταινιών και τη μικροσκοπική ανάλυση του ιζήματος των ούρων (Τσουφάκης & Τζανέτου, 2012).

• **Δυσουρία:** Είναι η δυσκολία στην έξοδο των ούρων από την ουροδόχο κύστη και συχνά συνοδεύεται από πόνο. Μπορεί να εμφανίζεται στην αρχή ή κατά τη διάρκεια της ούρησης. Συχνά, εμφανίζεται με τη μορφή διακοπών της ούρησης, με αποτέλεσμα να παρατείνεται ο συνολικός χρόνος της ούρησης. (Τσουφάκης & Τζανέτου, 2012).

• **Ολιγουρία :** Είναι η μείωση της ποσότητας των ούρων που αποβάλλει ο οργανισμός εντός ενός 24ωρου. Παρόλο που δεν υπάρχει σαφές όριο κάτω από το οποίο τεκμηριώνεται η διάγνωση της ολιγουρίας, συμβατικά θεωρείται ότι ένας ασθενής είναι ολιγουρικός όταν η ημερήσια ποσότητα των ούρων του είναι μικρότερη από 500 ml (Lemone & Burke, 2006).

• **Ουρολοιμώξεις :** Με τον γενικό όρο ουρολοίμωξη εννοούμε την ύπαρξη βακτηρίων στα ούρα του ασθενούς. Η μεγάλη πλειονότητα των ουρολοιμώξεων και στα δύο φύλα είναι αποτέλεσμα της αυξήσεως του αριθμού των μικροβίων που αποικίζουν το έξω στόμιο της ουρήθρας και της εγκαταστάσεως τους στην κύστη. Η ύπαρξη αποφράξεως σε οποιοδήποτε σημείο του ουροποιητικού και από οποιοδήποτε λόγο (λιθίαση, υπερτροφία του προστάτη, στενώματα ουρήθρας) είναι ο κύριος λόγος ατελούς κενώσεως του ουροποιητικού που αποτελεί και το σπουδαιότερο

προδιαθεσικό λόγο. Οι ουρολοιμώξεις διακρίνονται σε λοιμώξεις του ανωτέρου ουροποιητικού και λοιμώξεις του κατωτέρου ουροποιητικού. Οι λοιμώξεις του ανωτέρου ουροποιητικού μπορεί να είναι οξεία πυελονεφρίτιδα, χρόνια πυελονεφρίτιδα, νεκρωτική θηλίτιδα ή ενδονεφρικό απόστημα. Οι λοιμώξεις του κατωτέρου ουροποιητικού μπορεί να είναι κυστίτιδα, ουρηθρικό σύνδρομο (ή σύνδρομο δυσουρίας-πυουρίας) στις γυναίκες και οξεία ουρηθρίτιδα στους άνδρες. Στις λοιμώξεις του κατωτέρου ουροποιητικού ανήκει και η προστατίτιδα είτε ως οξεία είτε ως χρόνια (Grabe et al., 2010).

• **Συχνουρία** : Είναι η διαταραχή της ούρησης, στην οποία ο άρρωστος παρουσιάζει συχνές ουρήσεις, με κύριο χαρακτηριστικό ότι , σε καθεμιά από αυτές, βγαίνει μικρό ποσό ούρων, σε αντίθεση με την πολυουρία, που και αυτή συνοδεύεται από αύξηση του αριθμού των ουρήσεων, αλλά σε καθεμιά από αυτές βγαίνει φυσιολογικό ποσό ούρων. Στην τελευταία κατάσταση το ποσό των ούρων στο 24ωρο είναι μεγαλύτερο από 2000 ml. Έτσι, ο αριθμός των ουρήσεων στο 24ωρο είναι πάνω από 8 και το ποσό των ούρων κάθε ούρησης πολύ μικρότερο από 200 ml. Η συχνουρία ακόμα χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ουρήσεων και στο διάστημα της νύχτας (νυχτουρίας), ενώ το φυσιολογικό άτομο δε διακόπτει ,παρά μόνο πολύ σπάνια , τον ύπνο του για να ουρήσει. (Τσουφάκης & Τζανέτου, 2012).

B. Μεταγενέστερα συμπτώματα: Σε περίπτωση που ο καρκίνος έχει περάσει το πρώτο στάδιο, τότε εκδηλώνονται κατά κανόνα τα ακόλουθα συμπτώματα:

• **Πόνος** : Ο πόνος αρχικά εκδηλώνεται στο κάτω μέρος της πλάτης, γύρω από τα νεφρά (πόνος στα πλευρά) και στη συνέχεια στα οστά, στην περιοχή του ορθού, του πρωκτού, ή στην πυελική περιοχή.

• **Οίδημα** : Εμφανίζεται στο κάτω μέρος των ποδιών.

• **Αύξηση του όγκου της πυέλου** : Εμφανίζεται πυελική μάζα κοντά στην ουροδόχο κύστη.

• **Απώλεια βάρους**

• **Αναιμία** : Τα συμπτώματα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορεί να είναι παρόμοια με τα συμπτώματα άλλων ασθενειών της ουροδόχου κύστης. (Τσουφάκης & Τζανέτου, 2012).

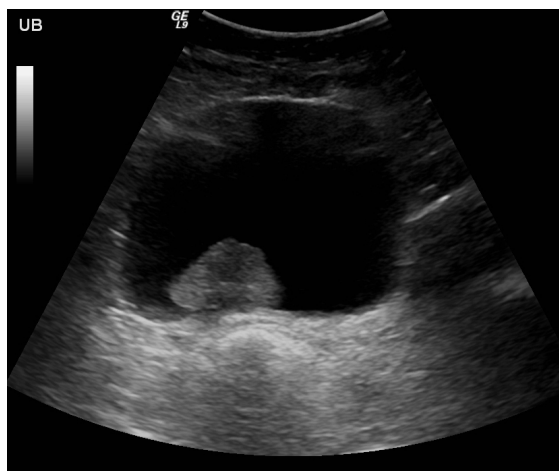
3.5 Διάγνωση – Διαγνωστικές εξετάσεις:

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της νόσου , γίνεται χρήση τόσο επεμβατικών όσο και μη επεμβατικών μεθόδων όπως:

Εξέταση ούρων: Με την εξέταση των ούρων ελέγχονται το χρώμα και η περιεκτικότητα σε διάφορες ουσίες, όπως σάκχαρο, πρωτεΐνες ή λευκώματα, ερυθρά αιμοσφαίρια και πτυοσφαίρια (Μουτζούρης, 2017).

Κυτταρολογική εξέταση ούρων: Η κυτταρολογική ανάλυση των ούρων είναι η εξέταση των ούρων στο μικροσκόπιο για τον έλεγχο ύπαρξης καρκινικών κυττάρων (Μουτζούρης, 2017).

Υπερηχογράφημα: Το υπερηχογράφημα ως απλή, μη επεμβατική μέθοδος, που δε χρειάζεται σκιαγραφικές ουσίες, χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην απεικόνιση του ουροποιητικού. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα επιτρέπει τη διαπίστωση της υδρονέφρωσης και την απεικόνιση ενδοκυστικών υπερηχογενών μαζών (Μουτζούρης, 2017).



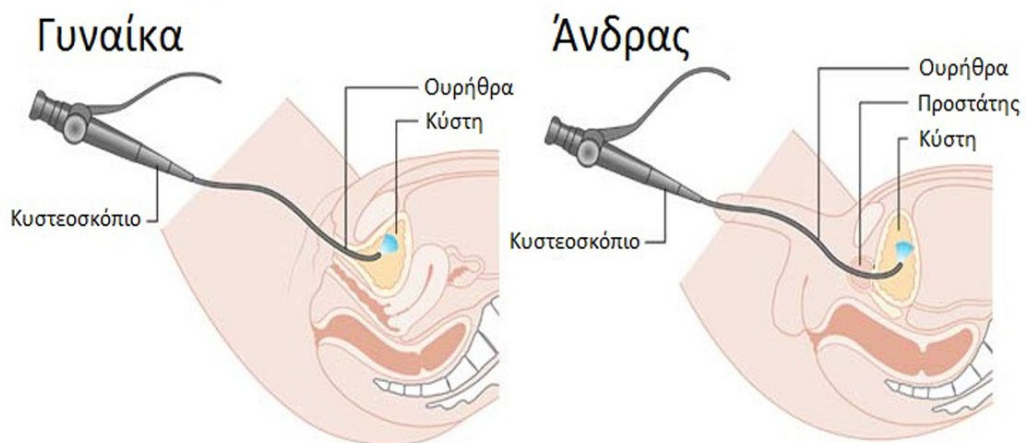
Εικόνα 6. Υπερηχογράφημα ουροδόχου κύστης

Κλινική εξέταση: Περιλαμβάνει την λεγόμενη αμφίχειρη εξέταση του κόλπου και/ή του ορθού. Ο ουρολόγος εισάγει τα δάκτυλα του ενός χεριού στον κόλπο ή στο ορθό και με το άλλο χέρι ψηλαφεί την ουροδόχο κύστη από το κοιλιακό τοίχωμα. Έτσι ελέγχεται η ύπαρξη όγκων στην κύστη και η κινητικότητα της. Εάν η κύστη ψηλαφάται κινητή και δεν είναι καθηλωμένη στους γύρω ιστούς σημαίνει πιθανόν ότι ο όγκος δεν έχει διηθήσει και στα γειτονικά όργανα και είναι ίσως χειρουργικά εξαιρέσιμος (Μουτζούρης, 2017).

Αξονική τομογραφία: Με την αξονική τομογραφία λαμβάνεται μία σειρά από λεπτομερείς εικόνες των εσωτερικών οργάνων του σώματος υπό διαφορετικές γωνίες. Οι εικόνες αυτές δημιουργούνται από έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή που είναι συνδεδεμένος με μία μηχανή παραγωγής ακτίνων Χ. Γι' αυτόν τον λόγο ονομάζεται η αξονική τομογραφία και αξονική υπολογιστική τομογραφία. Ένα ειδικό σκιαγραφικό μέσο χορηγείται ενδοφλέβια ή και από το στόμα για να βοηθήσει στην σαφέστερη απεικόνιση των οργάνων και στον ακριβή διαχωρισμό τους από τους γύρω ιστούς (Μουτζούρης, 2017).

Ενδοφλέβια Πυελογραφία: Η ενδοφλέβια πυελογραφία είναι μία σειρά από ακτινογραφίες των νεφρών, ουρητήρων και της ουροδόχου κύστης για την διαπίστωση ύπαρξης όγκων σ' αυτά τα όργανα. Επειδή τα όργανα του ουροποιητικού συστήματος δεν μπορούν να γίνουν εμφανή με τις απλές ακτινογραφίες ένα σκιαγραφικό μέσο χορηγείται ενδοφλεβίως και καθώς το σκιαγραφικό απορροφάται και αποβάλλεται από τους νεφρούς γεμίζει το εσωτερικό των νεφρών, των ουρητήρων και της κύστης και τα απεικονίζει καλύτερα. Έτσι μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη όγκων ή λίθων στο εσωτερικό αυτών των οργάνων ή την ύπαρξη οποιουδήποτε κωλύματος στην πορεία αποχέτευσης των ούρων (Μουτζούρης, 2017).

Κυστεοσκόπηση: Με την κυστεοσκόπηση, που είναι η επισκόπηση της κύστης διαμέσου της ουρήθρας, βλέπουμε μέσα στην ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη για να ελέγξουμε την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων σ' αυτά τα όργανα. Το κυστεοσκόπιο εισέρχεται διαμέσου της ουρήθρας στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης. Το κυστεοσκόπιο είναι ένα λεπτό, σωληνοειδές όργανο σαν τηλεσκόπιο εξοπλισμένο με φως και ειδικούς φακούς. Έχει ειδικά κανάλια εργασίας για την είσοδο ειδικών λαβίδων για την λήψη υπό όραση δειγμάτων ιστών, που θα εξετασθούν στο μικροσκόπιο για την ύπαρξη καρκίνου (Μουτζούρης, 2017).



Εικόνα 7. Κυστεοσκόπηση

Βιοψία ή και διουρηθρική αφαίρεση του όγκου της κύστης: Βιοψία είναι η λήψη ιστών που μπορούν να εξετασθούν στο μικροσκόπιο από τον παθολογοανατόμο για τυχόν ύπαρξη καρκίνου. Η βιοψία για τον έλεγχο του καρκίνου της ουροδόχου κύστης εκτελείται συνήθως κατά την διάρκεια της κυστεοσκόπησης. Μερικές φορές είναι δυνατόν ν' αφαιρεθεί ολόκληρος ο όγκος κατά την βιοψία.

3.6 Διαφορική Διάγνωση :

Κάθε ασθενής με μικροσκοπική ή μακροσκοπική αιματουρία θα πρέπει να υποβληθεί σε ουρολογική αξιολόγηση. Η παρουσίαση στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης μπορεί να μοιάζει με λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος (ουρολοίμωξη), όταν συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα. Τόσο οι ουρολοιμώξεις όσο και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης προκαλούν αιματουρία, και βακτηριουρία. Οι ουρολοιμώξεις συνήθως συνδέονται με ερεθιστικά συμπτώματα κένωσης (π.χ., δυσουρία, συχνότητα, επείγουσα ούρηση). Το ίδιο και οι ασθενείς με καρκίνο της κύστης μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα ερεθιστικά της κένωσης των ούρων. Η διαφορική διάγνωση πρέπει επίσης να γίνει από:

- Κυστίτιδα στις γυναίκες
- Αιμορραγική κυστίτιδα
- Νεφρολιθίαση
- Καρκίνωμα νεφρών
- Τραύμα ουρητήρα (Steinberg, 2016).

3.7 Στάδια της νόσου :

Μετά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστης, με το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης, γίνεται ο καθορισμός του σταδίου της νόσου. Αυτό θα καθορίσει και την κλινική πορεία της διακρίνοντας τον καρκίνο σε Επιφανειακό - Μη διηθητικό και Διηθητικό.

• **Επιφανειακός, μη διηθητικός καρκίνος.** (75-80%) Εντοπίζεται στο εσωτερικό της κύστης και διηθεί μόνο την εσωτερική στιβάδα του βλεννογόνου.

• **Διηθητικός Καρκίνος.** (25%) Το 50% αυτών έχει κάνει ήδη λανθάνουσες μεταστάσεις, διηθεί βαθύτερα και καταλαμβάνει τον μυϊκό χιτώνα, μπορεί να επεκτείνεται έξω από την ουροδόχο κύστη στους παρακείμενους ιστούς (περικυστικό λίπος), μπορεί να διηθεί τον προστάτη στον άνδρα ή την μήτρα στην γυναίκα ή να έχει διαφύγει στους λεμφαδένες της πυέλου ή σε παρεγχυματικά όργανα, όπως οι πνεύμονες, τα οστά ή το συκώτι.

• **Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος.** Αποτελεί μια ξεχωριστή, ιδιαίτερη οντότητα μη διηθητικού καρκίνου, που εντοπίζεται στο επιθήλιο. Αποτελεί μια πρόδρομη μορφή διηθητικού καρκίνου (το 54% των περιπτώσεων εξελίσσεται σε διηθητικό). Συνοδεύεται με διηθητικούς καρκίνους στο 75% των περιπτώσεων (Babjuk et al., 2011). Το σύστημα σταδιοποίησης δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί και σε ποια έκταση. Η σταδιοποίηση περιγράφει την έκταση και την σοβαρότητα του καρκίνου βασιζόμενοι στο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και στην έκτασης της επέκτασης μέσα στο σώμα ή στα προσβεβλημένα όργανα. Για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης το στάδιο του καρκίνου αναφέρεται στην θέση του όγκου μέσα στην κύστη ή ειδικότερα στην ταχύτητα ανάπτυξης και στο βαθμό διεύδυσης του όγκου μέσα στο τοίχωμα της κύστης (Stenzl et al., 2011).

Οι τύποι του καρκίνου είναι:

• Επιφανειακός καρκίνος:

Η θεραπεία απαιτεί έγκυρη διάγνωση και η έγκυρη διάγνωση, έγκυρη επίσκεψη στον ουρολόγο με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Οποιαδήποτε καθυστέρηση είναι σε βάρος του ασθενή. Ο επιφανειακός καρκίνος της κύστης αντιμετωπίζεται με τη διουρηθρική αφαίρεση του όγκου από την κύστη. Εάν η διουρηθρική αφαίρεση αποτελέσει τη μοναδική θεραπεία τότε ο κίνδυνος υποτροπής του όγκου τα αμέσως επόμενα χρόνια υπολογίζεται

στο 30-70%. Για αυτόν ακριβώς το λόγο θεωρείται επιβεβλημένη η συμπληρωματική θεραπεία (Stenzl et al., 2011).

•Διηθητικός καρκίνος: Η θεραπεία του διηθητικού καρκίνου είναι περισσότερο επιθετική. Η φιλοσοφία της θεραπευτικής προσέγγισης για αυτούς τους ασθενείς εστιάζεται στην ευρύτερη αφαίρεση του όγκου η οποία συνεπάγεται τη μερική ή ολική αφαίρεση του οργάνου (κυστεκτομή). Αυτό θα εξαρτηθεί κυρίως από την τοπογραφική εντόπιση του όγκου μέσα στην κύστη. Για όγκους που βρίσκονται σε κινητά σημεία της κύστης μπορεί να γίνει μερική κυστεκτομή (Stenzl et al., 2011).

• Μεταστατικός καρκίνος: Μεταστατικός καρκίνος θεωρείται ο καρκίνος ο οποίος έχει εμφανείς μεταστάσεις σε λεμφαδένες η άλλα όργανα. Η ανεπάρκεια της χειρουργικής αντιμετώπισης των όγκων αυτών επιβάλλει τη χρήση της χημειοθεραπείας με συμπληρωματικές δόσεις ακτινοβολίας. Περίπου 15% των ασθενών με καρκίνο της κύστης κατά τη διάγνωση έχουν τοπικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις ενώ το 30-40% των ασθενών με διηθητικό θα αναπτύξουν μεταστάσεις παρά τη ριζική κυστεκτομή ή την ακτινοβολία (Stenzl et al., 2011).

Τα στάδια του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι:

• Στάδιο 0 – Καρκινικά κύτταρα έχουν προσβάλει επιφανειακά μόνο το στρώμα κυττάρων που καλύπτει το εσωτερικό της κύστης. Αυτός ο επιφανειακός καρκίνος μπορεί να γίνει διηθητικός και μετά να επεκταθεί και σε γειτονικούς φυσιολογικούς ιστούς. Το στάδιο 0 μπορεί να διακριθεί σε στάδιο 0a και σε στάδιο 0is ανάλογα με το τύπο του όγκου. Το στάδιο 0a ονομάζεται επίσης και θήλωμα ή θηλώδες καρκίνωμα, αναπτύσσεται στο εσωτερικό του αυλού της κύστης σαν μανιτάρι χωρίς να έχει “ρίζες” στο εσωτερικό του τοιχώματος της κύστης. Το στάδιο 0is είναι ένας επίπεδος όγκος χωρίς επίσης ρίζες αλλά

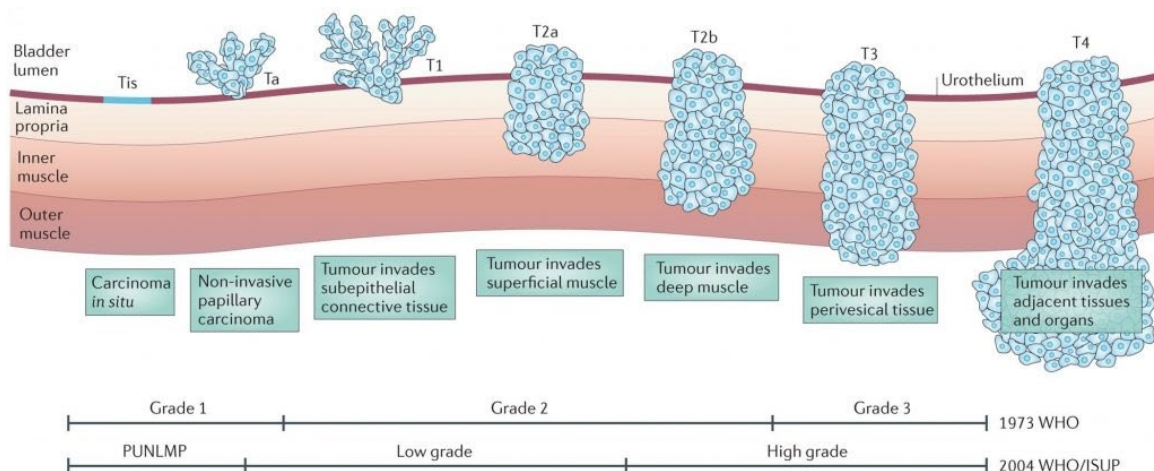
αποτελείται από κύτταρα που έχουν έντονη επιθετικότητα και γι' αυτό μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε διηθητικό και να επεκταθεί σε γειτονικούς υγιείς ιστούς ή όργανα (Babjuk et al., 2011).

• **Στάδιο I** – Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στο στρώμα του συνδετικού ιστού που βρίσκεται ακριβώς κάτω από το ουροθήλιο – το εσωτερικό στρώμα κυττάρων που καλύπτει τον αυλό της κύστης (Babjuk et al., 2011). 26

• **Στάδιο II** – Ο καρκίνος έχει επεκταθεί είτε στο εσωτερικό είτε στο εξωτερικό μισό του μυϊκού χιτώνα της ουροδόχου κύστης (Babjuk et al., 2011).

• **Στάδιο III** – Ο καρκίνος έχει επεκταθεί από την ουροδόχο κύστη στον λιπώδη ιστό που περιβάλλει το εξωτερικό της κύστης και μπορεί να έχει προσβάλει τα όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος (προστάτης, κόλπος, μήτρα) (Babjuk et al., 2011).

• **Στάδιο IV** – Επέκταση του καρκίνου από την ουροδόχο κύστη στο τοίχωμα της κοιλιάς ή της πυέλου. Ο καρκίνος μπορεί να έχει επεκταθεί σ' έναν ή περισσότερους λεμφαδένες ή και σ' άλλα απομακρυσμένα όργανα του σώματος, όπως στους πνεύμονες (Babjuk et al., 2011).



Εικόνα 8. Στάδια καρκίνου

3.8 Θεραπεία :

Η αποτελεσματική θεραπεία έγκειται στην έγκυρη και ορθή διάγνωση. Είναι ανάγκη ο ασθενής να απευθύνεται στον θεράπων ιατρό με τα πρώτα κιάλας συμπτώματα όσο ανώδυνα και αν είναι αυτά.

Η αντιμετώπιση της ασθένειας λαμβάνει υπόψη διάφορους παράγοντες πού βέβαια οι κυριότεροι είναι τόσο ο τύπος του καρκίνου, το στάδιο πού βρίσκεται αλλά δεν παραγνωρίζει και άλλους παράγοντες όπως την γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου, καθώς και τις επιθυμίες του όταν του προσφέρονται εναλλακτικές λύσεις (Μουτζούρης, 2017). Διάφοροι τύποι θεραπείας υπάρχουν για τον ασθενή με καρκίνο της κύστης. Το καταλληλότερο σχήμα για τη κάθε περίπτωση το αποφασίζει ο ουρολόγος, αφού ενημερώσει με ακρίβεια και σαφήνεια τον ασθενή.

Σήμερα οι βασικοί τρόποι θεραπείας είναι: η χειρουργική θεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και ο συνδυασμός των ανωτέρω θεραπειών (Runger, Geganti & Netter, 2006).

Η χειρουργική θεραπεία στο πρώιμο στάδιο αφορά τον επιφανειακό καρκίνο της κύστεως. Σε αυτή την περίπτωση ή καρκινική βλάβη είναι μικρή ή είναι επιφανειακή δηλαδή δεν έχει διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα της κύστης, και υπάρχουν δύο δυνατότητες παρέμβασης: 1) Χειρουργική απομάκρυνση του όγκου και 2) Χειρουργική απομάκρυνση του όγκου και ενός μικρού τμήματος της ουροδόχου κύστεως (Runger, Geganti & Netter, 2006). Η χειρουργική θεραπεία σε προχωρημένο στάδιο περιλαμβάνει ριζική κυστεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρη η ουροδόχος κύστη και ο προστάτης με τις σπερματοδόχους κύστες στον άντρα, ενώ στις γυναίκες γίνεται αφαίρεση της μήτρας, των εξαρτημάτων και τμήματος του κόλπου. Είναι μία βαριά επέμβαση με πολλές ημέρες νοσηλείας (Runger, Geganti & Netter, 2006).

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα τα οποία σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα. Οι ενδοκυτταρικές χημειοθεραπείες χρησιμοποιούνται μετά από τις διουρηθικές εκτομές των όγκων, είτε ως μονοθεραπείες είτε σε συνδυασμούς για καλύτερα αποτελέσματα. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται και πριν την επέμβαση προκειμένου να βοηθήσουν στην συρρίκνωση του όγκου και στην ευκολότερη εξαίρεση του χειρουργικά. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν και σαν θεραπεία για την μείωση ή και την εξαφάνιση μικρών θηλωματωδών όγκων ,αφού βέβαια έχουμε βεβαιωθεί μακροσκοπικά (με την κυστεοσκόπηση) για το στάδιο εξέλιξης τους. Σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να συνδυασθεί και με την ακτινοβολία (Μουτζούρης, 2017).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες που στοχεύουν τον καρκίνο και σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα. Αυτό επιτυγχάνεται με ένα μηχάνημα που στοχευμένα ακτινοβολεί τα καρκινικά κύτταρα , βοηθώντας στην συρρίκνωση ή και εξαφάνιση του όγκου και μπορεί να συνδυασθεί με την χημειοθεραπεία ή και με το χειρουργείο όταν κρίνεται ότι πρέπει να υπάρχει κάποιος υπολειμματικός καρκινικός ιστός (Μουτζούρης, 2017).

3.9 Άλλες θεραπευτικές μορφές

Ενδοκυτταρική θεραπεία: Εδώ έχουμε να κάνουμε με τοπικές θεραπείες στο επίπεδο της ουροδόχου κύστεως που ενεργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και με σχετικά διαφορετικά αποτελέσματα σε σχέση με την δραστηριότητα τους στην δυνατότητα επανεμφάνισης ή όχι του όγκου αλλά ακόμα και στον χρόνο που μεσολαβεί μέχρι την επανεμφάνιση της καρκινικής βλάβης (Αρβανιτάκης, 2010).

Ανοσοθεραπείες: Η ανοσολογική θεραπεία έχει σαν στόχο να προκαλέσει και να ενδυναμώσει την αντίδραση των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού προκειμένου να καταπολεμήσουν την καρκινική βλάβη (Αρβανιτάκης, 2010).

Σε αυτή την φάση έχουμε την δυνατότητα για τις ακόλουθες θεραπείες:

• **Ενδοκυστική θεραπεία με τον Βάκιλο Calmette - Guerin.** Συνήθως χρησιμοποιούνται στους επιφανειακούς καρκίνους κύστεως και ιδιαίτερα στο καρκίνωμα in situ, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα αλλά επί αποτυχίας αποφασίζονται άλλοι τρόποι αντιμετώπισης. Αυτό επιτυγχάνεται με τακτικές ενδοκυστικές εγχύσεις με τον εν λόγω Βάκιλο, όμως έχουμε σε κάποιες περιπτώσεις μερικές παρενέργειες όπως ικανού βαθμού ερεθισμό της κύστεως ή αιματουρία, ενώ σε κάποιες άλλες συμπτώματα γριπώδους συνδρομής. Όταν τα ενοχλήματα είναι έντονα και δεν υποχωρούν, αναγκαστικά θα μας οδηγήσουν στην διακοπή της θεραπείας (Αρβανιτάκης, 2010).

• **Ενδοκυστική θεραπεία με Ιντερφερόνη.** Η ιντερφερόνη είναι μια πρωτεΐνη που κατασκευάζει και χρησιμοποιεί το ανοσολογικό σύστημα για να καταπολεμήσει τις μολύνσεις και τις φλεγμονές. Η συνθετική παραγωγή της ουσίας μας έδωσε την δυνατότητα χρησιμοποίησης της σε ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος κύστεως και όχι μόνο, έτσι μπορεί η ενδοκυστική της έγχυση μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή με τον βάκιλο Calmett - Guerin να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα, κυρίως όταν χρησιμοποιείται μετά από τις διουρηθρικές εκτομές των κυστικών όγκων (Αρβανιτάκης, 2010). Η φωτοδυναμική θεραπεία χρησιμοποιεί ένα φωτοευαισθητοποιητή σε συνδυασμό με ένα laser κόκκινης ακτίνας που καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα. Ο φωτοευαισθητοποιητής δίνεται ενδοφλέβια και πηγαίνει και ενσωματώνεται στα καρκινικά κύτταρα. Όταν το laser στοχεύσει τον καρκίνο, ο φωτοευαισθητοποιητής στα καρκινικά κύτταρα, συλλαμβάνει την ακτίνα από το laser η οποία και σκοτώνει το κύτταρο. Η PDT φαίνεται ότι είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για το ανθεκτικό Cis της κύστεως. Κλινικές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη για να αποφασισθεί αν αυτή η θεραπεία είναι ανώτερη από την θεραπεία με BCG ή την χημειοθεραπεία (Αρβανιτάκης, 2010).

3.10 Ανεπιθύμητες ενέργειες από την θεραπεία :

Χειρουργική θεραπεία: 1) Γενικοί κίνδυνοι και παρενέργειες που υπάρχουν σε κάθε χειρουργική επέμβαση. 2) Απώλεια της λειτουργίας της ουροδόχου

κύστης μετά από κυστεκτομή, η συνέπεια της κυστεκτομής είναι ότι η λειτουργία της κύστης έχει χαθεί. Υπάρχουν διάφορες χειρουργικές επιλογές για την εκτροπή και τη συλλογή των ούρων, είτε εντός είτε στο εξωτερικό του σώματος όπως η ορθότοπη νεοκύστη, η κοιλιακή εκτροπή και η ορθοσιγμοειδής εκτροπή. 3) Η σεξουαλική δυσλειτουργία και / ή απώλεια της αναπαραγωγικής λειτουργίας (AnBilliau, 2016).

Ακτινοθεραπεία: Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας μπορεί να υπάρξουν σε όργανα που στοχεύονται άμεσα, αλλά επίσης και σε υγιή όργανα που βρίσκονται κοντά στην ουροδόχο κύστη και τα οποία δεν μπορούν να αποφύγουν τις ακτίνες Χ. Για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοβολίας είναι πολύ ασφαλείς και εμφανίζονται σημαντικές επιπλοκές σε λιγότερο από το 5% των ασθενών. Οι επιδράσεις στο ουροποιητικό σύστημα περιλαμβάνουν πόνο κατά την ούρηση, επιτακτική ανάγκη για ούρηση, αίμα στα ούρα, παρεμπόδιση της ροής των ούρων, και εξέλκωση του εσωτερικού τοιχώματος της κύστεως (AnBilliau, 2016).

Χημειοθεραπεία: Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι συχνές, αλλά στις μέρες μας καλά ελεγχόμενες με τη χρήση κατάλληλων υποστηρικτικών μέτρων. Οι παρενέργειες θα εξαρτηθούν από το χορηγούμενο φάρμακο, από την δόση και από ατομικούς παράγοντες. Εάν ένας ασθενής έπασχε από άλλα ιατρικά προβλήματα, στο παρελθόν, θα πρέπει να λαμβάνονται κάποιες προφυλάξεις και / ή θα πρέπει να γίνονται αλλαγές στη θεραπεία. Οι παρενέργειες είναι πιο σοβαρές όταν η χημειοθεραπεία χορηγείται συστηματικά (συνήθως ενδοφλεβίως) από ότι όταν δίνεται τοπικά, απευθείας στην κύστη (AnBilliau, 2016).

3.11 Πρόγνωση:

Ο καρκίνος μπορεί να επεκταθεί μέσα στο σώμα με τρεις τρόπους:

1) να εισβάλει και να διηθήσει τους γύρω φυσιολογικούς ιστούς και όργανα,

2) να εισέλθει στο λεμφικό σύστημα και να μεταφερθεί με τα λεμφικά αγγεία σ' άλλες απομακρυσμένες περιοχές του σώματος και

3) να διηθήσει και να εισέλθει στις φλέβες και τα τριχοειδή αγγεία και να μεταφερθεί με την κυκλοφορία του αίματος σ' άλλες απομακρυσμένες περιοχές του σώματος (Γκέκας, Παπατσώρης & Δάρρας, 2002).

Όταν τα καρκινικά κύτταρα ξεφεύγουν από τον αρχικό ή πρωτοπαθή όγκο και μεταφέρονται με την λέμφο ή το αίμα σ' άλλες περιοχές του σώματος σχηματίζουν μία δευτεροπαθή εστία καρκίνου που ονομάζεται μετάσταση. Οι δευτεροπαθείς ή μεταστατικοί όγκοι αποτελούνται από τον ίδιο τύπο κυττάρων όπως ο αρχικός ή πρωτοπαθής όγκος. Για παράδειγμα εάν ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης επεκταθεί στα οστά τα καρκινικά κύτταρα των οστών είναι ουσιαστικά καρκινικά κύτταρα της ουροδόχου κύστης. Αυτή η νόσος είναι μεταστατικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης στα οστά και όχι καρκίνος των οστών (Γκέκας, Παπατσώρης & Δάρρας, 2002).

Η πρόγνωση ή η πιθανότητα ανάρρωσης εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου, τον τύπο και την εμφάνιση των καρκινικών κυττάρων της κύστης και από την ηλικία και την γενική κατάσταση υγείας του ασθενούς. Η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική αφού τα αρχικά στάδια του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι ιάσιμα (Γκέκας, Παπατσώρης & Δάρρας, 2002).

3.12 Πρόληψη:

Για τη μείωση του κίνδυνου εμφάνισης καρκίνου στην ουροδόχο κύστη σημαντικά είναι τα παρακάτω προληπτικά μέτρα:

1) Η διακοπή του καπνίσματος. Ίσως το πιο σημαντικό βήμα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Οι χημικές ουσίες του καπνού απορροφώνται από το αίμα, περνούν στα νεφρά και συγκεντρώνονται στα ούρα. Τα χημικά αυτά μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης και να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

2) Η αποφυγή της έκθεσης σε χημικές ουσίες. Ιδιαίτερα εάν το άτομο εργάζεται σε περιβάλλον με επικίνδυνα χημικά είναι απαραίτητο να λαμβάνει διαρκώς όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας .

3) Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής που θα προάγει τη γενική υγεία.

4) Ο τακτικός προληπτικός έλεγχος (Chung, 2013).

3.13 Μεταστάσεις :

Εάν ο καρκίνος επανέλθει, αυτό ονομάζεται υποτροπή. Η έκταση της υποτροπής θα κατευθύνει την απόφαση της θεραπείας και αυτό θα πρέπει να προσδιορίζεται προσεκτικά για κάθε μεμονωμένο ασθενή. Για τους ασθενείς που θεραπεύθηκαν με θεραπεία συντήρησης οργάνου, υπολειπόμενος όγκος μπορεί να ανιχνευθεί στο 20% των περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της επανασταδιοποίησης. Ένα επιπλέον ποσοστό 20-30% των ασθενών με αρχική πλήρη ανταπόκριση θα αναπτύξει νέα νόσο η υποτροπή στο τμήμα της κύστης που διατηρήθηκε. Περίπου το 70% των ασθενών είναι απαλλαγμένοι από όγκο μετά τον πρώτο έλεγχο κυστεοσκόπησης. Ένα τέταρτο από αυτούς θα αναπτύξουν μια νέα βλάβη στην μετέπειτα πορεία, που θα απαιτήσει συμπληρωματική θεραπεία. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης μπορεί να δώσει μεταστάσεις κυρίως στους λεμφαδένες, στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στα οστά (Shinagare et al, 2011).

ΜΕΡΟΣ 2° :

1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη :

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως δεν μπορεί να προληφθεί ή να αποφευχθεί αλλά μπορούν να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό του κινδύνου ή την μείωση της ταχύτητας ανάπτυξης της νόσου. Τα κυριότερα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την διατήρηση της υγείας της ουροδόχου κύστεως και της υγείας ολόκληρου του σώματος γενικότερα, είναι υιοθέτηση υγιεινής διατροφής, καλή

φυσική κατάσταση και τακτική ιατρική παρακολούθηση, ιδίως μετά την ηλικία των 50 ετών (NHS, 2019). Ο ρόλος των νοσηλευτών περιλαμβάνει την εκπαίδευση και την ενημέρωση των ασθενών, των οικογενειακών φροντιστών και του κοινού, την χορήγηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της θεραπείας, την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και την διαχείριση των συμπτωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της τροχιάς της φροντίδας από την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα (NHS, 2019).

2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση για τη νόσο και στη θεραπεία

∴

Η ενημέρωση των ασθενών έχει αποτελέσει, στη σύγχρονη εποχή, αντικείμενο πολλών ερευνητικών μελετών σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες ασθενών. Οι πρακτικές ενημέρωσης στις διάφορες χώρες, αλλά και στην Ελλάδα, ποικίλλουν, καθώς και οι ανάγκες ενημέρωσης των ασθενών, οι οποίες σύμφωνα με μελέτες εξατομικεύονται και σαφώς επηρεάζονται από διάφορους δημογραφικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Αλαμάνου, Φώτος & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη 2017).

Τις τελευταίες δεκαετίες, παρ' όλο που σε πολλές χώρες έχει αναγνωριστεί πλέον η σπουδαιότητα της λεπτομερούς ενημέρωσης των ασθενών με καρκίνο ή έχει κατοχυρωθεί με νόμο, εν τούτοις στην καθημερινή κλινική πράξη η παροχή ενημέρωσης δεν είναι συστηματική ή υπερισχύει η τάση απόκρυψης της αλήθειας (Αλαμάνου, Φώτος & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη 2017).

Οι πηγές ενημέρωσης των ασθενών και των οικείων τους ποικίλλουν διεθνώς. Η ενημέρωση από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας ακόμη και σήμερα, καθώς δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως εάν οι νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θεωρούνται καταλληλότεροι για την παροχή πληροφόρησης. Στην Ελλάδα, βασική πηγή ενημέρωσης θεωρείται ο θεράπων ιατρός του ασθενούς και σπανιότερα οι νοσηλευτές (Αλαμάνου, Φώτος & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη 2017). Δυστυχώς, στην Ελλάδα το θέμα της ενημερωμένης συναίνεσης, καθώς και της γενικότερης ενημέρωσης και επιθυμίας του ασθενούς με καρκίνο να συμμετέχει στη

θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξέλιξη της νόσου του, δεν έχει μελετηθεί αρκετά και δεν υπάρχουν σαφή και αναλυτικά δεδομένα για την καθημερινή κλινική πράξη (Αλαμάνου, Φώτος & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη 2017).

Ωστόσο, η ενσωμάτωση των σύγχρονων προτύπων του σεβασμού στα δικαιώματα των ασθενών, η αποφυγή της τακτικής απόκρυψης της αλήθειας και η διατήρηση της ευεργετικής επίδρασης της οικογένειας κατά την ενημέρωση και τη διαδικασία συναίνεσης, σε συνδυασμό με την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την αποφυγή των σχετιζόμενων εμποδίων, θα οδηγούσε σε μια αποτελεσματική πρακτική ενημέρωσης των ασθενών με καρκίνο που θα άρμοζε περισσότερο στην ελληνική νοοτροπία (Αλαμάνου, Φώτος & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη 2017).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του ασθενούς με καρκίνο ουροδόχου κύστης είναι να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες και τα προβλήματα που βιώνει ο ασθενής κατά την χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο καθώς και να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την σωστή φροντίδα του και να παρέχει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή (Tariman & Szubski., 2015).

Μερικές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά την θεραπεία του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι η συχνή εκτίμηση του ασθενούς για τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος λοίμωξης η οποία αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των ογκολογικών ασθενών. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει όταν υπάρχει μείωση της άνεσης του ασθενούς, αλλαγή του σωματικού του ειδώλου που οφείλεται και στην προβλεπόμενη αλωπεκία, βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων που είναι αποτέλεσμα της κακοήθειας και της θεραπείας, όταν υπάρχει θρεπτικό ανισοζύγιο, όταν μειώνονται οι δραστηριότητες και όταν ο ασθενής αισθάνεται κόπωση. Καθώς επίσης και όταν ο ασθενής αισθάνεται πόνο, δυσχέρεια και θλίψη (Tariman & Szubski., 2015).

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή που υποβάλλεται σε κυστεκτομή για να αντιμετωπίσει τον καρκίνο της ουροδόχου

κύστης γιατί ο ασθενής καλείται να προσαρμοσθεί στην απώλεια ενός μείζονος οργάνου και ταυτόχρονα έρχεται αντιμέτωπος με μια απειλητική για τη ζωή του κατάσταση (Tariman & Szubski., 2015).

3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική παρέμβαση :

3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά:

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ξεκινά με την απόφαση ότι η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη και διαρκεί μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο κρεβάτι του χειρουργείου. Η ευθύνη του νοσηλευτή είναι να αναγνωρίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κινδύνων από τη χειρουργική διαδικασία, να αξιολογήσει τις σωματικές και τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας, να αναπτύξει ένα σχέδιο φροντίδας και να διευκολύνει τη νοσηλεία του ασθενή κατά της προεγχειρητικής περιόδου (Osborn, 2013). Κατά τη προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να διαγνώσει αν ο ασθενής έχει: θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις που σχετίζονται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και στη συνήθη λειτουργία του σώματος, έλλειμα γνώσεων που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση, διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με φόβο και άγχος για τη χειρουργική επέμβαση και τον κίνδυνο λοίμωξης που σχετίζεται με την ηλικία, τη παχυσαρκία και το χειρουργικό τραύμα (Osborn, 2013).

3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητικά : Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα διαχωρίζεται στην άμεση που παρέχεται στη μονάδα ανάνηψης και στη συνεχιζόμενη που διαρκεί από τη στιγμή που ο ασθενής θα επιστρέψει από την ανάνηψη στο θάλαμο νοσηλείας μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να προάγουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς, να γίνεται πρόληψη των επιπλοκών και της αντιμετώπισης τους και να διδάσκει τους ασθενείς και τους συγγενείς ώστε να αποκτούν δεξιότητες για φροντίδα στο σπίτι (Liddle, 2013). Κατά τη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να διαγνώσει αν: ο πόνος

σχετίζεται με το χειρουργικό τραύμα, διαταραχή της θρέψης / θερμιδικό ισοζύγιο που μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία σίτισης από το στόμα, ανησυχία λόγω διάτασης της κοιλίας που μπορεί να οφείλεται σε παραλυτικό ειλεό ή επίσχεση ούρων, αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής και καθαρισμού των αεροφόρων οδών, διαταραχή αιμάτωσης των ιστών που οφείλεται σε αγγειοσύσπασση λόγω ρίγους, κόπωση που πιθανό να οφείλεται σε αναιμία, άγχος όσον αφορά τα διεγχειρητικά ευρήματα και τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς και κίνδυνος λοιμώξεων που σχετίζεται με την παρουσία χειρουργικού τραύματος (Liddle, 2013).

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία :

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χορήγηση της χημειοθεραπείας αναπτύσσεται συνεχώς. Η σημασία της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του προσωπικού που διαχειρίζεται αυτές τις θεραπείες αναγνωρίζεται ευρέως, δεδομένου ότι η ασφάλεια του ασθενή και του προσωπικού είναι ουσιαστική. Οι κίνδυνοι που συνδέονται με το χειρισμό της χημειοθεραπείας συνδέονται με το χρόνο, τη δόση και τις οδούς έκθεσης. Τα κυτταροστατικά φάρμακα μπορούν να απορροφηθούν μέσω του δέρματος και αυτό μπορεί να είναι μέσω του χειρισμού του φαρμάκου ή μέσω της έκθεσης στις απεκκρίσεις των ασθενών ως αποτέλεσμα του μεταβολισμού του φαρμάκου (Kearney et al., 2011).

Οι κίνδυνοι του χειρισμού των φαρμάκων χημειοθεραπείας είναι ευρέως γνωστοί, και είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα ασφαλείας για να προστατευθεί το προσωπικό που χειρίζεται τη χημειοθεραπεία. Αυτό περιλαμβάνει την εκτίμηση της ασφάλειας του περιβάλλοντος και την ανάγκη διάλυσης των φαρμάκων σε ένα θάλαμο βιολογικής ασφάλειας. Η ασφάλεια περιλαμβάνει επίσης τον προστατευτικό ιματισμό όπως γάντια και ρόμπες μία χρήσης, τόσο για την διάλυση όσο και για το χειρισμό. Τα προστατευτικά γυαλιά πρέπει να χρησιμοποιούνται για την διάλυση και μάσκες όπου υπάρχει πιθανότητα εισπνοής (Kearney et al., 2011).

Τα ιδρύματα υγείας στα οποία χορηγούνται κυτταροστατικά φάρμακα έχουν την ευθύνη να σιγουρευτούν ότι υπάρχουν πρωτόκολλα διαθέσιμα για να εξασφαλιστεί συνεχώς η ασφάλεια του ασθενή. Υπάρχει επίσης η ανάγκη για

ύπαρξη διαθέσιμων πολιτικών για να εξασφαλίζεται η ασφάλεια για όλο το προσωπικό που μπορεί να έρθει σε επαφή με αυτά τα φάρμακα. Ο χειρισμός και η απόρριψη πρέπει να γίνονται σωστά για να προστατεύσουν τους ανθρώπους που τα χειρίζονται και τα λαμβάνουν. Μπορεί επίσης να υπάρχουν και διεθνής οδηγίες που να καθορίζουν τον τρόπο που αποθηκεύονται, διαλύονται και χειρίζονται κάποια φάρμακα που θεωρούνται επικίνδυνα (Kearney et al., 2011).

Η ασφάλεια της χορήγησης περιλαμβάνει επίσης την ασφάλεια του ασθενή μέσω της συνειδητοποίησης και της αντιμετώπισης της εξαγγείωσης από τους νοσηλευτές. Αυτή είναι μία κατάσταση όπου κατά την χορήγηση της χημειοθεραπείας καυστικά φάρμακα εισρέουν ακούσια στους γύρω ιστούς. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση στο σημείο της έγχυσης. Ο έγκυρος εντοπισμός και η θεραπεία είναι σημαντικά για να αποτρέψουν μελλοντικά προβλήματα, όπως ο πόνος, η φυσική ανεπάρκεια, οι καθυστερήσεις στη θεραπεία και ενδεχομένως νομικές αγωγές. Ο κίνδυνος που προκαλείται ως αποτέλεσμα της εξαγγείωσης είναι ψηλός και για τον ασθενή και για το νοσηλευτή/τρια επομένως, είναι σημαντικό να εστιάζεται η προσοχή στην ασφαλή ενδοφλέβια τεχνική. Είναι σημαντικό να αναφερθεί και να τεκμηριωθεί πλήρως οποιοδήποτε περιστατικό εξαγγείωσης, εφόσον ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω φροντίδα (Kearney et al., 2011).

Ο νοσηλευτής/τρια που χορηγεί αυτές τις θεραπείες πρέπει να σιγουρευτεί ότι χορηγούνται και όλα τα φάρμακα που πρέπει να δοθούν παράλληλα με τα κυτταροστατικά φάρμακα. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν το περιεχόμενο των θεραπευτικών προγραμμάτων χημειοθεραπείας, τα οποία πρέπει να τυποποιηθούν μέσα στο περιβάλλον εργασίας τους μέσω της χρήσης πρωτοκόλλων για να διασφαλιστεί η ασφάλεια και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα πρωτόκολλα πρέπει επίσης να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για να ενημερώσουν τους νοσηλευτές για τα αποδεκτά κλινικά στοιχεία όπως πλήρεις αιματολογικές παράμετροι και άλλα μέτρα ευημερίας των πελατών για να συνεχίσουν τη συγκεκριμένη θεραπεία (Kearney et al., 2011).

Οι διαδικασίες που σχετίζονται με τη χορήγηση της χημειοθεραπείας πρέπει να ελέγχονται με προσοχή για να εξασφαλιστεί ποιότητα. Πρέπει να ακολουθούνται ακριβείς πολιτικές για να διασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή και να δοθεί επίσης η ευκαιρία στο προσωπικό να γνωρίσει της ασφαλείς παραμέτρους σύμφωνα με τις οποίες μπορούν να δοθούν αυτές οι θεραπείες. Με τη χρήση πολιτικών και πρωτοκόλλων, οι νοσηλευτές μπορούν να διασφαλίσουν ότι η πρακτική τους είναι ασφαλής και επίσης ότι οι πελάτες λαμβάνουν τα ίδια επίπεδα φροντίδας στο ογκολογικό κέντρο ανεξάρτητα με το ποιος χορηγεί τη θεραπεία (Kearney et al., 2011).

Η πλειονότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων για τα κακοήθη νεοπλασμάτα προκαλούν μια σειρά από συμπτώματα όπως: ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλον. Ορισμένα από αυτά προκαλούν διάρροια και άλλα δυσκοιλιότητα (Kearney et al., 2011).

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η μείωση του ψυχικού τραύματος και η έγκυρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών για την άμεση αντιμετώπιση τους (Kearney et al., 2011).

5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία :

Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει αρχικά την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία ή απώλεια συνείδησης. Η νοσηλευτική φροντίδα κυρίως εστιάζει στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους. Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση, οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια), η βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι οι ινώσεις ιστών ή δέρματος, οι νεκρώσεις ιστών, τα συρίγγια (ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά), η χρόνια περικαρδίτιδα, η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση, τις αντιδράσεις του δέρματος, τη μετακτινική εντερίτιδα, αλλά και τη βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους. Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα δύο είδη θεραπειών, όταν χορηγούνται ταυτόχρονα, έχουν συνεργική δράση ή επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος του είδους των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς και να τηρεί τους κανόνες ασφάλειας, όπως είναι η απόρριψη εκκρινμάτων του ασθενούς και οποιοδήποτε άλλου εξοπλισμού χρησιμοποιήθηκε στα ειδικά κυτία (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή και ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενούς :

Παρ' ότι είναι συζητήσιμο και αμφιλεγόμενο το εάν και κατά πόσο ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν αιτιολογικά στη γένεση και την εξέλιξη

ενός κακοήθους νεοπλάσματος, ουδείς αμφιβάλλει σήμερα για το αντίθετο: ότι δηλαδή ο καρκίνος ευθύνεται για την πρόκληση ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μεγάλη αναλογία ασθενών. Εκτιμάται ότι οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με καρκίνο θα εμφανίσουν κατά τη διαδρομή της νόσου και ψυχιατρική σημειολογία (Mcillmurrat, 2001).

Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι ποσοστό 53% δεν εμφανίζει ενδείξεις διαγνώσιμης ψυχικής νόσου. Το υπόλοιπο 47% εμφανίζει κλινική ψυχιατρική διαταραχή. Από αυτούς 68% εμφανίζουν αντιδραστικό άγχος και κατάθλιψη (συναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτική ή αγχώδη διάθεση), ενώ 13% εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη και 8% οργανικό ψυχοσύνδρομο. Από τις διαταραχές του συναισθήματος σε καρκινοπαθείς σημαντικότερη είναι η κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται ως «διαταραχή του συναισθήματος, που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση» (Mcillmurrat, 2001).

Όλοι οι ασθενείς και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους. Μερικοί είναι ξαφνικοί και πρόωροι (θάνατος ή η καταστροφή), ενώ άλλοι αναμένονται (διαζύγιο ή αποχώρηση). Ο καρκίνος σε ένα μέλος μιας οικογένειας θα αλλάξει τη συναισθηματική ισορροπία, τους πόρους χρηματοδότησης, το τμήμα της ευθύνης, και τις κοινωνικές δραστηριότητες του συζύγου ή του συνεργάτη, καθώς επίσης και το υπόλοιπο της οικογένειας (Mcillmurrat, 2001).

7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση και στην κοινωνική επανένταξη :

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα της αποκατάστασης του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Είναι μια αναγκαιότητα που προκύπτει μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων της νόσου και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερων νόσου (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, έννοια, η οποία σχεδόν ταυτίζεται

με το σκοπό της Νοσηλευτικής και αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου, από τη διάγνωση και τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης, την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Όταν ο ασθενής διαγνωσθεί ότι έχει καρκίνο ουροδόχου κύστης κυριεύεται από μια σειρά συναισθημάτων όπως το άγχος, ο φόβος και η αγωνία. Επομένως χρειάζεται υποστήριξη και βοήθεια τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από την οικογένεια του. Η ψυχική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου και να συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και της θεραπείας της (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Αξιολογείται το επίπεδο κατανόησης του ασθενή σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη χειρουργική πορεία και την μετέπειτα φαρμακευτική αγωγή. Ενθαρρύνεται να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματα του, το φόβο για τον θάνατο, του πόνου, της νάρκωσης, της αναπηρίας και της απόρριψης από τους φίλους και τους συγγενείς. Παρέχονται πληροφορίες για τις όποιες απορίες που μπορεί να έχει και γίνονται προσπάθειες να δοθούν λύσεις στις παρεξηγημένες αντιλήψεις του (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Τα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο νιώθουν άγχος, δυσφορία, πόνο και απομόνωση και επομένως χρειάζονται κοινωνική και οικονομική υποστήριξη με σαφείς πληροφορίες για τη νόσο και τη θεραπεία της για να μπορέσουν να υποστηρίξουν κατάλληλα τόσο τον εαυτό τους όσο και τις οικογένειες τους. Για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις καταστάσεις χρειάζονται υποστήριξη μέσω της ενημέρωσης (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Είναι απαραίτητο να αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή για να μπορέσει να εκφράσει τα συναισθήματα του και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει ενεργητική ακρόαση και να επιδεικνύεται μια στάση φροντίδας. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να μιλήσει ελεύθερα για τους φόβους του και να ονομάσει καθένα από αυτούς με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να μειώσει την επίδραση τους πάνω του (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

Η επανένταξη των καρκινοπαθών στην κοινωνία συμφέρει. Απαιτεί όμως οργάνωση, σωστό προγραμματισμό, εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, ευαισθητοποίηση του κράτους και του κοινωνικού συνόλου, ειδικούς ασφαλιστικούς κανονισμούς, κατάλληλους νόμους και χρηματοδότηση. Και κυρίως απαιτεί ηθική, επιστημονική, κοινωνική και οικονομική συνείδηση των ιατρών κι άλλων επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών , ώστε με τις παρεμβάσεις τους στο όνομα του προσωπικού οικονομικού συμφέροντος να μην καταδικάσουν ανθρώπους που μπορεί να θεραπευθούν και μπορούν να μας προσφέρουν την παραγωγικότητά τους, τις ικανότητές τους και τις εμπειρίες της ζωής τους (Reigle, Campbell & Murphy, 2017).

ΜΕΡΟΣ 3^ο :

Έρευνα – Νεότερα Δεδομένα

Άρθρο 1^ο

Liu C, Ren H, Li J, et al. Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs.* 2016; 21:168-173.

Purpose: To assess quality of life (QOL) and its influencing factors of bladder cancer patients after ileal conduit.

Methods: From January 2012 to December 2013, a cross-sectional survey with questionnaires was performed in West China hospital, in which the effect of patient characteristics on their QOL was evaluated, and then the correlation of stomal self-management, social support and QOL of the patients were also explored.

Results: A total of 188 patients were included. Poor sexual life satisfaction was common among responders. There was a positive correlation between QOL and social support as well as the stomal self-management (all $p \leq 0.002$). Additionally, the patients who were female, aged less than 60, participated in work, family income more than 4000¥ per month, a longer postoperative period, and without any stomal complications (all $p < 0.05$) would have a better QOL.

Conclusions: The overall QOL of the patients was good except the satisfaction with sexual life. The better the stomal self-management and social support, the better the QOL. Personalized nursing care and health guidance should be provided to the patients, to improve their QOL and promote their health.

Περίληψη

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (QOL) και των παραγόντων που την επηρεάζουν σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης μετά από ειλεικό αγωγό.

Μέθοδοι: Από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Δεκέμβριο του 2013, πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική έρευνα με ερωτηματολόγια στο νοσοκομείο της Δυτικής Κίνας, στην οποία αξιολογήθηκε η επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους και στη συνέχεια η συσχέτιση της αυτοδιαχείρισης του στομίου, της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 188 ασθενείς. Η κακή ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή ήταν κοινό στοιχείο μεταξύ των ερωτηθέντων. Υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης καθώς και της αυτοδιαχείρισης στις στομίες ($p \leq 0,002$). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που ήταν γυναίκες, ηλικίας κάτω των 60 ετών, συμμετείχαν στην εργασία, οικογενειακό εισόδημα πάνω από 4000¥ το μήνα, μεγαλύτερη μετεγχειρητική περίοδο και χωρίς στοματικές επιπλοκές (όλοι $p < 0,05$) είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν καλή εκτός από την ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή. Όσο καλύτερη είναι η αυτοδιαχείριση στις στομίες και η κοινωνική υποστήριξη, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής. Θα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και υγειονομική καθοδήγηση, ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους και να προάγεται η υγεία τους (Liu et al., 2016).

Άρθρο 2^ο

Chau C, Wheeler M, Geldart T, Crabb SJ. Clinical outcomes following neoadjuvant cisplatin-based chemotherapy for bladder cancer in elderly compared with younger patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;24(2):155-162

Introduction: Bladder cancer is a disease of the elderly. Older patients might potentially be undertreated due to assumptions about benefit versus risk.

Objective: Our objective was to determine outcomes in older patients receiving neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer (MIBC).

Method: We hypothesized that appropriately selected elderly patients (≥ 70 years) with MIBC could have similar clinical outcomes, and be safely treated, with standard neoadjuvant chemotherapy prior to definitive cystectomy or radiotherapy. We utilized a single institution case series analysis of patients with T2-4a N0 M0 transitional cell carcinoma of the bladder treated with cisplatin-based neoadjuvant chemotherapy between 2005 and 2011. Eighty-three patients were eligible.

Results: Median age was 68 (range 48-80), 33 patients (40%) were ≥ 70 years. Overall survival at 3 years was 65.8% (≥ 70) and 63.2% (< 70) ($P = 0.653$), relapse-free survival at 3 years was 61.6% and 54.8% respectively ($P = 0.471$). The rates going forward to definitive local therapy (87.9% ≥ 70 and 84.0% < 70) and the pathological complete response rate (31.3% ≥ 70 and 40% < 70) were similar. Disease relapse rate was also similar (63.6% ≥ 70 vs. 60% < 70 , $P = 0.906$). Elderly patients with good functional status and limited comorbidities diagnosed with MIBC receiving standard neoadjuvant chemotherapy followed by cystectomy or radiotherapy can have similar clinical outcomes as their

younger counterparts. Prospective studies evaluating the optimum curative management in this elderly population are warranted (Chau et al., 2018).

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι νόσος των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ενδέχεται να υποβληθούν σε υποθεραπεία λόγω υποθέσεων σχετικά με το όφελος έναντι του κινδύνου.

Στόχος: Ο στόχος ήταν να προσδιορίσουμε τα αποτελέσματα σε ηλικιωμένους ασθενείς που λαμβάνουν νεοεπικουρική χημειοθεραπεία για μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης (MIBC).

Μέθοδος: Υποθέσαμε ότι οι κατάλληλα επιλεγμένοι ηλικιωμένοι ασθενείς (≥ 70 ετών) με μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης θα μπορούσαν να έχουν παρόμοια κλινικά αποτελέσματα και να αντιμετωπίζονται με ασφάλεια, με τυπική νεοεπικουρική χημειοθεραπεία πριν από την οριστική κυστεκτομή ή ακτινοθεραπεία. Χρησιμοποιήθηκε μια ανάλυση σειρών περιπτώσεων μεμονωμένου ιδρύματος ασθενών με μεταβατικό κυτταρικό καρκίνωμα T2-4a N0 M0 της ουροδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία με βάση τη σισπλατίνη μεταξύ 2005 και 2011. Ογδόντα τρεις ασθενείς ήταν επιλέξιμοι.

Αποτελέσματα : Η διάμεση ηλικία ήταν 68 (εύρος 48-80), 33 ασθενείς (40%) ήταν ≥ 70 ετών. Η συνολική επιβίωση στα 3 χρόνια ήταν 65,8% (≥ 70) και 63,2% (< 70) ($P = 0,653$), η επιβίωση χωρίς υποτροπή στα 3 χρόνια ήταν 61,6% και 54,8% αντίστοιχα ($P = 0,471$). Τα ποσοστά μετά την οριστική τοπική θεραπεία (87,9% ≥ 70 και 84,0% < 70) και το ποσοστό παθολογικής πλήρους ανταπόκρισης (31,3% ≥ 70 και 40% < 70) ήταν παρόμοια. Το ποσοστό υποτροπής της νόσου ήταν επίσης παρόμοιο (63,6% ≥ 70 έναντι 60% < 70 , $P = 0,906$). Ηλικιωμένοι ασθενείς με καλή λειτουργική κατάσταση και περιορισμένες συννοσηρότητες που έχουν διαγνωστεί με MIBC που λαμβάνουν τυπική νεοεπικουρική χημειοθεραπεία ακολουθούμενη από κυστεκτομή ή ακτινοθεραπεία μπορεί να έχουν παρόμοια κλινικά αποτελέσματα με τους νεότερους ομολόγους τους. Προοπτικές μελέτες που αξιολογούν τη βέλτιστη θεραπευτική διαχείριση σε αυτόν τον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι δικαιολογημένες (Chau et al., 2018).

Άρθρο 3^ο

Wulff-Burchfield, E. M., Potts, M., Glavin, K., & Mirza, M. (2021). A qualitative evaluation of a nurse-led pre-operative stoma education program for bladder cancer patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(10), 5711–5719.

Introduction: Radical cystectomy remains the standard of care for muscle-invasive bladder cancer and high-risk non-muscle-invasive bladder cancer. Postoperative ostomy education is common, but patients struggle to maintain self-management practices. A preoperative ostomy education program was developed to meet this need, and we conducted a qualitative study with participating patient-caregiver dyads to evaluate the educational and psychosocial impacts of the program and examine alignment with program objectives.

Materials and methods: A qualitative descriptive study was conducted utilizing a thematic analysis approach. Sixteen patients, eighteen caregivers, and three program educators completed semi-structured interviews from 3 to 18 months post the program. Interviews were audio-recorded and transcribed. Thirteen end-of-course surveys from the initial educational program cohort were transcribed, coded, analyzed; this data was triangulated with patient, caregiver, and educator interviews.

Results: Analysis uncovered three themes: (1) Patient and caregiver motivation to attend the program, (2) attitudes toward this life-changing event, and (3) education. For theme 1, patients and caregivers cited lack of knowledge, fear, and concern about ostomy surgery and care as motivation. For theme 2, there were a variety of attitudes toward the ostomy, ranging from avoidance to acceptance, and a similar breadth of attitudes toward caregiving, with some patients and caregivers describing ongoing dependence and other patients seeking complete independence. For theme 3, the interactive curriculum was determined to be effective, and the patient advocate was cited as the most memorable program component.

Conclusions: A formal preoperative ostomy education program employing an interactive educational approach and featuring a patient advocate can prepare bladder cancer patients and caregivers for ostomy self-management and post-ostomy life.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ριζική κυστεκτομή παραμένει το πρότυπο φροντίδας για τον μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης και τον μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης υψηλού κινδύνου. Η μετεγχειρητική εκπαίδευση στομίας είναι κοινή, αλλά οι ασθενείς αγωνίζονται να διατηρήσουν πρακτικές αυτοδιαχείρισης. Αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης προεγχειρητικής στομίας για να καλύψει αυτή την ανάγκη και πραγματοποιήσαμε μια ποιοτική μελέτη με συμμετέχουσες δυάδες ασθενών-φροντιστών για να αξιολογήσουμε τις εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του προγράμματος και να εξετάσουμε την ευθυγράμμιση με τους στόχους του προγράμματος.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική περιγραφική μελέτη με χρήση θεματικής ανάλυσης. Δεκαέξι ασθενείς, δεκαοκτώ φροντιστές και τρεις εκπαιδευτές προγράμματος ολοκλήρωσαν ημιδομημένες συνεντεύξεις από 3 έως 18 μήνες μετά το πρόγραμμα. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν. Δεκατρείς έρευνες στο τέλος του μαθήματος από την αρχική κόρτη του εκπαιδευτικού προγράμματος μεταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν. Αυτά τα δεδομένα τριγωνοποιήθηκαν με συνεντεύξεις ασθενών, φροντιστών και εκπαιδευτικών.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση αποκάλυψε τρία θέματα: (1) Κίνητρα ασθενών και φροντιστών να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα, (2) στάσεις απέναντι σε αυτό το γεγονός που αλλάζει τη ζωή και (3) εκπαίδευση. Για το θέμα 1, οι ασθενείς και οι φροντιστές ανέφεραν ως κίνητρο την έλλειψη γνώσης, το φόβο και την ανησυχία σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση στομίας και τη φροντίδα. Για το θέμα 2, υπήρχαν ποικίλες στάσεις απέναντι στο στόμιο, που κυμαίνονταν από την αποφυγή έως την αποδοχή, και παρόμοιο εύρος στάσεων ως προς τη φροντίδα, με ορισμένους ασθενείς και φροντιστές να περιγράφουν τη

συνεχιζόμενη εξάρτηση και άλλους ασθενείς να αναζητούν πλήρη ανεξαρτησία. Για το θέμα 3, το διαδραστικό πρόγραμμα σπουδών προσδιορίστηκε ως αποτελεσματικό και ο συνήγορος του ασθενούς αναφέρθηκε ως το πιο αξιωματικό στοιχείο του προγράμματος.

Συμπεράσματα: Ένα επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης προεγχειρητικής στομίας που χρησιμοποιεί μια διαδραστική εκπαιδευτική προσέγγιση και διαθέτει έναν συνήγορο ασθενών μπορεί να προετοιμάσει τους ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης και τους φροντιστές για αυτοδιαχείριση στομίας και ζωή μετά τη στομία.

Άρθρο 4^ο

Weinstein Dunn M. Bladder cancer: a focus on sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2018;19(1):68-73.

Background: A bladder cancer diagnosis and the effects of treatment can have a significant impact on a patient's physical, emotional, and psychological well-being. Because healthcare providers tend to focus on these aspects of care, a patient's concerns with changes regarding sexual health are often overlooked.

Objectives: The purpose of this article is to provide oncology nurses with an overview of causes of and treatment for sexual dysfunction as it relates to patients with bladder cancer.

Methods: Data were extracted using key words and phrases such as bladder cancer, cystoscopy, cystectomy, pelvic exenteration, and sexual dysfunction.

Findings: Oncology nurses are ideal healthcare providers to assess the sexual health concerns of patients with bladder cancer. Oncology nurses can be valuable resources for patients by giving them permission to discuss sexual health, educating them and their partners about potential implications of treatment on sexuality, reviewing treatment options, and facilitating referrals to other providers who specialize in treating sexual dysfunction (Weinstein Dunn, 2018).

Περίληψη

Ιστορικό: Η διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης και τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία του ασθενούς. Επειδή οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να εστιάζουν σε αυτές τις πτυχές της περίθαλψης, οι ανησυχίες ενός ασθενούς σχετικά με τις αλλαγές που αφορούν τη σεξουαλική υγεία συχνά παραβλέπονται.

Στόχοι: Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παρέχει στους ογκολογικούς νοσηλευτές μια επισκόπηση των αιτιών και της θεραπείας για τη σεξουαλική δυσλειτουργία, καθώς σχετίζεται με ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα εξήχθησαν με χρήση λέξεων-κλειδιών και φράσεων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, η κυστεκτομή, η κυστεκτομή, η διεύρυνση της πυέλου και η σεξουαλική δυσλειτουργία.

Ευρήματα: Οι νοσηλευτές που εργάζονται στον κλάδο της ογκολογίας είναι ιδανικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης για την αξιολόγηση των ανησυχιών για τη σεξουαλική υγεία των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Οι νοσηλευτές αυτοί μπορούν να είναι πολύτιμοι βοηθοί για τους ασθενείς δίνοντάς τους την άδεια να συζητήσουν τη σεξουαλική υγεία, εκπαιδεύοντάς τους και αυτούς και τους συντρόφους τους σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της θεραπείας στη σεξουαλικότητα, αναθεωρώντας τις επιλογές θεραπείας και διευκολύνοντας τις παραπομπές σε άλλους παρόχους που ειδικεύονται στη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Weinstein Dunn, 2018).

Άρθρο 5^ο

Pozzar RA, Berry DL. Gender Differences in Bladder Cancer Treatment Decision Making. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(2):204-209.

Purpose/objectives: To explore gender differences in bladder cancer treatment decision making.

Research approach: Secondary qualitative analysis of interview transcripts.

Setting: One multidisciplinary genitourinary oncology clinic (Dana-Farber Cancer Institute) and two urology clinics (Brigham and Women's Hospital and Beth Israel Deaconess Medical Center) in Boston, MA.

Participants: As part of the original study, 45 men and 15 women with bladder cancer participated in individual interviews. Participants were primarily Caucasian, and most had at least some college education.

Methodologic approach: Word frequency reports were used to identify thematic differences between the men's and women's statements. Line-by-line coding of constructs prevalent among women was then performed on all participants in NVivo 9. Coding results were compared between genders using matrix coding queries.

Findings: The role of family in the decision-making process was found to be a dominant theme for women but not for men. Women primarily described family members as facilitators of bladder cancer treatment-related decisions, but men were more likely to describe family in a nonsupportive role.

Conclusions: The results suggest that influences on the decision-making process are different for men and women with bladder cancer. Family may play a particularly important role for women faced with bladder cancer treatment-related decisions.

Interpretation: Clinical nurses who care for individuals with bladder cancer should routinely assess patients' support systems and desired level of family participation in decision making. For some people with bladder cancer, family may serve as a stressor. Nurses should support the decision-making processes of all patients and be familiar with resources that can provide support to patients who do not receive it from family (Pozzar & Berry, 2017).

Περίληψη

Σκοπός/στόχοι: η διερεύνηση διαφορών μεταξύ των φύλων στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Ερευνητική προσέγγιση: Δευτερεύουσα ποιοτική ανάλυση μεταγραφών συνεντεύξεων.

Περιβάλλον: Μία πολυεπιστημονική ογκολογική κλινική ουρογεννητικών (Dana-Farber Cancer Institute) και δύο ουρολογικές κλινικές (Brigham and Women's Hospital και Beth Israel Deaconess Medical Center) στη Βοστώνη, MA. .

Συμμετέχοντες: Ως μέρος της αρχικής μελέτης, 45 άνδρες και 15 γυναίκες με καρκίνο της ουροδόχου κύστης συμμετείχαν σε ατομικές συνεντεύξεις. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως Καυκάσιοι και οι περισσότεροι είχαν τουλάχιστον κάποια κολεγιακή εκπαίδευση.

Μεθοδολογική προσέγγιση: Οι αναφορές συχνότητας λέξεων χρησιμοποιήθηκαν για τον εντοπισμό θεματικών διαφορών μεταξύ των δηλώσεων ανδρών και γυναικών. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η κωδικοποίηση γραμμή προς γραμμή των δομών που επικρατούσαν μεταξύ των γυναικών σε όλους τους συμμετέχοντες στο NVivo 9. Τα αποτελέσματα κωδικοποίησης συγκρίθηκαν μεταξύ των φύλων χρησιμοποιώντας ερωτήματα κωδικοποίησης μήτρας.

Ευρήματα: Ο ρόλος της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων βρέθηκε να είναι κυρίαρχο θέμα για τις γυναίκες αλλά όχι για τους άνδρες. Οι γυναίκες περιέγραψαν κυρίως τα μέλη της οικογένειας ως διευκολυντές των αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης, αλλά οι άνδρες ήταν πιο πιθανό να περιγράψουν την οικογένεια ως μη υποστηρικτικό ρόλο. . **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι επιρροές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι διαφορετικές για άνδρες και γυναίκες με καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Η οικογένεια μπορεί να παίξει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν αποφάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Οι κλινικοί νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα με καρκίνο της ουροδόχου κύστης θα πρέπει να αξιολογούν τακτικά τα συστήματα υποστήριξης των ασθενών και το επιθυμητό επίπεδο συμμετοχής της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων. Για ορισμένα άτομα με καρκίνο της ουροδόχου κύστης, η οικογένεια μπορεί να

χρησιμεύσει ως στρεσογόνος παράγοντας. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να υποστηρίζουν τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων όλων των ασθενών και να είναι εξοικειωμένοι με πόρους που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε ασθενείς που δεν τη λαμβάνουν από την οικογένεια (Pozzar & Berry, 2017).

Άρθρο 6^ο

Paterson C, Jensen BT, Jensen JB, Nabi G. Unmet informational and supportive care needs of patients with muscle invasive bladder cancer: A systematic review of the evidence. *Eur J Oncol Nurs.* 2018; 35:92-101

Background: Little is known about the unmet supportive care needs of patients affected by muscle invasive bladder cancer (MIBC). We set out to determine the different domains of unmet supportive care needs for patients affected by MIBC.

Literature search: A systematic review was conducted according to the PRISMA Statement Guidelines. A sensitive search was performed in electronic databases (DARE, Cochrane, MEDLINE, BNI, PsychINFO, EMBASE and CIHAHL) from the earliest date available to January 2017.

Data evaluation: 1405 references were retrieved; 8 articles met the eligibility criteria and were appraised and ranked by strength using the levels of evidence.

Synthesis: Individual unmet needs were classified into the following domains: patient-clinician communication, daily living needs, health system/information needs, practical needs, family-related needs, social needs, psychological needs, physical needs and intimacy needs. Patients reported high unmet needs at diagnosis and into survivorship.

Conclusions: This review contributes to a greater understanding of the unmet supportive care needs of patients affected by MIBC. Findings reflect a paucity of research, but existing studies indicated needs commonly related to intimacy, informational, physical and psychological needs. Despite the emerging evidence-base, the current within study limitations precludes our understanding about how the needs of patients evolve over time (Paterson et al., 2018).

Περίληψη

Ιστορικό: Λίγα είναι γνωστά για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας ασθενών που έχουν προσβληθεί από μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης (MIBC). Ξεκινήσαμε να προσδιορίσουμε τους διαφορετικούς τομείς των ανεκπλήρωτων αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας για ασθενείς που επηρεάζονται από MIBC.

Βιβλιογραφική αναζήτηση: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της δήλωσης PRISMA. Πραγματοποιήθηκε μια ευαίσθητη αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (DARE, Cochrane, MEDLINE, BNI, PsychINFO, EMBASE και CINAHL) από την παλαιότερη διαθέσιμη ημερομηνία έως τον Ιανουάριο του 2017.

Αξιολόγηση δεδομένων: Ανακτήθηκαν 1405 αναφορές, 8 άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια καταλληλότητας και αξιολογήθηκαν και ταξινομήθηκαν κατά δύναμη χρησιμοποιώντας τα επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων.

Σύνθεση: Οι ατομικές ακάλυπτες ανάγκες ταξινομήθηκαν στους ακόλουθους τομείς: επικοινωνία ασθενή-ιατρού, καθημερινές ανάγκες διαβίωσης, ανάγκες συστήματος υγείας/πληροφοριακών αναγκών, πρακτικές ανάγκες, ανάγκες που σχετίζονται με την οικογένεια, κοινωνικές ανάγκες, ψυχολογικές ανάγκες, σωματικές ανάγκες και ανάγκες οικειότητας. Οι ασθενείς ανέφεραν υψηλές ανεκπλήρωτες ανάγκες κατά τη διάγνωση και κατά την επιβίωση.

Συμπεράσματα: Αυτή η ανασκόπηση συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας των ασθενών που επηρεάζονται από MIBC. Τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν την έλλειψη έρευνας, αλλά υπάρχουσες μελέτες έδειξαν ανάγκες που συνήθως σχετίζονται με την οικειότητα, τις πληροφορίες, τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες. Παρά την αναδυόμενη βάση στοιχείων, οι τρέχοντες περιορισμοί εντός της μελέτης αποκλείουν την κατανόησή μας για το πώς οι ανάγκες των ασθενών εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου (Paterson et al., 2018).

Αρθρο 7°

Chung J, Kulkarni GS, Morash R, et al. Assessment of quality of life, information, and supportive care needs in patients with muscle and non-muscle invasive bladder cancer across the illness trajectory. *Support Care Cancer*. 2019;27(10):3877-3885.

Background: To date, little research has examined the quality of life and cancer-associated needs of bladder cancer patients. The objective of the current study was to assess the quality of life (QoL), informational needs, and supportive care needs (SCN) in a large sample of muscle invasive (MIBC) and non-muscle invasive (NMIBC) bladder cancer survivors across the treatment trajectory (newly diagnosed and undergoing treatment, post-treatment follow-up, and treatment for advanced/recurrent disease).

Methods: Questionnaires were distributed to a convenience sample of patients registered with Bladder Cancer Canada, the Princess Margaret Cancer Centre, or The Ottawa Hospital. Eligibility criteria included being > 18 years of age, English-speaking, and diagnosed with bladder cancer. The questionnaire included an adapted tool to measure informational needs, and validated measures for QoL (Bladder Utility Symptom Scale, BUSS) and SCN (Cancer Survivors' Unmet Needs Measure, CaSUN). QoL scores and unmet needs were calculated and compared between disease groups and cancer trajectory groups.

Results and limitations: Of the 1126 surveys distributed, 586 were completed (response = 52%). Mean age was 67.3 ± 10.2 years, and 401 participants (68.7%) were male. The mean QoL score (BUSS) for the sample was 78.1 ± 17.9 (median 81.7). Respondents with MIBC had significantly lower QoL scores compared to NMIBC. Further, scores differed across the cancer phase groups with the follow-up surveillance group having significantly higher QoL scores compared to the newly diagnosed and advance/recurrent disease groups. The ten most highly ranked informational needs were from the medical, physical, and practical domains. Eighty-eight percent (95% CI 85-91%) of respondents reported at least one SCN, with a median of 12. Over half of the participants

(54%, 95% CI 49-59%) had at least one unmet need and 15% had ≥ 10 unmet needs. Newly diagnosed participants had the highest number of unmet needs.

Conclusion: We found that the number of unmet supportive care needs and quality of life differed across cancer trajectory and disease groups. Future efforts should focus on the development and evaluation of tailored resources and programs to address the needs of people diagnosed and treated for BC (Chung et al., 2019).

Περίληψη

Ιστορικό: Μέχρι σήμερα, λίγες έρευνες έχουν εξετάσει την ποιότητα ζωής και τις ανάγκες που σχετίζονται με τον καρκίνο των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Στόχος : Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (QoL), των αναγκών πληροφόρησης και των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας (SCN) σε ένα μεγάλο δείγμα επιζώντων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης (MIBC) και μη μυοδιηθητικού (NMIBC) τροχιάς θεραπείας (προσφάτως διαγνωσθείσα και υπό θεραπεία, παρακολούθηση μετά τη θεραπεία και θεραπεία για προχωρημένη/υποτροπιάζουσα νόσο).

Μέθοδοι: Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα ασθενών που ήταν εγγεγραμμένοι στο κέντρο καρκίνου της ουροδόχου κύστης του Καναδά, στο Κέντρο Καρκίνου Queen Margaret ή στο Νοσοκομείο της Οττάβα. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας περιελάμβαναν την ηλικία > 18 ετών, την αγγλόφωνη γλώσσα και τη διάγνωση καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ένα προσαρμοσμένο εργαλείο για τη μέτρηση των ενημερωτικών αναγκών και επικυρωμένα μέτρα για την ποιότητα ζωής (Bladder Utility Symptom Scale, BUSS) και SCN (Cancer Survivors' Unmet Needs Measure, CaSUN). Οι βαθμολογίες ποιότητας ζωής και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υπολογίστηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ ομάδων ασθενειών και ομάδων τροχιάς καρκίνου.

Αποτελέσματα και περιορισμοί: Από τα 1126 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, ολοκληρώθηκαν οι 586 (απόκριση = 52%). Η μέση ηλικία ήταν $67,3 \pm 10,2$ έτη και 401 συμμετέχοντες (68,7%) ήταν άνδρες. Η μέση

βαθμολογία ποιότητας ζωής (BUSS) για το δείγμα ήταν $78,1 \pm 17,9$ (διάμεσος 81,7). Οι ερωτηθέντες με διηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με μη διηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Επιπλέον, οι βαθμολογίες διέφεραν μεταξύ των ομάδων φάσης καρκίνου, με την ομάδα παρακολούθησης να έχει σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τις ομάδες που διαγνώστηκαν πρόσφατα και οι ομάδες προχωρημένης/υποτροπιάζουσας νόσου. Οι δέκα ενημερωτικές ανάγκες με την υψηλότερη κατάταξη ήταν από τον ιατρικό, τον φυσικό και τον πρακτικό τομέα. Το ογδόντα οκτώ τοις εκατό (95% CI 85-91%) των ερωτηθέντων ανέφεραν τουλάχιστον ένα SCN, με διάμεσο 12. Πάνω από το ήμισυ των συμμετεχόντων (54%, 95% CI 49-59%) είχαν τουλάχιστον μία ανικανοποίητη ανάγκη και το 15% είχε ≥ 10 ανεκπλήρωτες ανάγκες. Οι νεοδιαγνωσθέντες συμμετέχοντες είχαν τον μεγαλύτερο αριθμό μη ικανοποιημένων αναγκών.

Συμπέρασμα: Βρέθηκε ότι ο αριθμός των ανεκπλήρωτων αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας και η ποιότητα ζωής διέφεραν μεταξύ της τροχιάς του καρκίνου και των ομάδων ασθενειών. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη και αξιολόγηση προσαρμοσμένων πόρων και προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων που έχουν διαγνωστεί και υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο της ουροδόχου κύστεως (Chung et al., 2019).

Άρθρο 8^ο

Bessa A, Martin R, Häggström C, et al. Unmet needs in sexual health in bladder cancer patients: a systematic review of the evidence. *BMC Urol.* 2020;20(1):64.

Background: Bladder cancer (BC) treatment can have a detrimental effect on the sexual organs of patients and yet assessment of sexual health needs has been greatly overlooked for these patients compared to those who have undergone other cancer therapies.

Methods: This review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) guidelines in July 2019. Studies were identified by conducting searches for Medline (using the PubMed interface), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and Ovid Gateway (Embase and Ovid) using a list of defined search terms.

Results: 15 out of 37 studies included men only, 10 studies women only and 11 both sexes. Most participants were aged 50 to 65 years. Most studies (n = 34) focused on muscle invasive BC and only three on non-muscle invasive BC. Measurements of sexual dysfunction, including erection, ejaculation, firmness and desire, were the most commonly used measurements to report sexual health in men. In women, lubrication/dryness, desire, orgasm and dyspareunia were the most reported. Twenty-one studies evaluated sexual dysfunction based on validated questionnaires, two with a non-validated questionnaire and through interviewing participants.

Conclusion: While recognition of the importance of the inclusion of psychometric measurements to assess sexual health is growing, there is a lack of consistent measures to assess sexual health in BC. With the focus on QoL arising in cancer survivorship, further studies are needed to develop, standardize and implement use of sexual health questionnaires with appropriate psychometrics and social measures to evaluate QoL in BC patients (Bessa et al., 2020).

Περίληψη

Ιστορικό: Η θεραπεία για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (BC) μπορεί να έχει επιζήμια επίδραση στα γεννητικά όργανα των ασθενών και ωστόσο η εκτίμηση των αναγκών σεξουαλικής υγείας έχει παραβλεφθεί σε μεγάλο βαθμό για αυτούς τους ασθενείς σε σύγκριση με εκείνους που έχουν υποβληθεί σε άλλες θεραπείες καρκίνου.

Μέθοδοι: Αυτή η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές για τα Προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (PRISMA) τον Ιούλιο του

2019. Οι μελέτες εντοπίστηκαν πραγματοποιώντας αναζητήσεις για το Medline (χρησιμοποιώντας τη διεπαφή PubMed), το Κεντρικό Μητρώο Ελεγχόμενων Δοκιμών του Cochrane (CENTRAL) και Ovid Gateway (Embase και Ovid) χρησιμοποιώντας μια λίστα καθορισμένων όρων αναζήτησης.

Αποτελέσματα: 15 από τις 37 μελέτες περιελάμβαναν μόνο άνδρες, 10 μελέτες μόνο γυναίκες και 11 και τα δύο φύλα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 50 έως 65 ετών. Οι περισσότερες μελέτες (n = 34) επικεντρώθηκαν σε μυοδιηθητικό BC και μόνο τρεις σε μη μυοδιηθητικό BC. Οι μετρήσεις της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, συμπεριλαμβανομένης της στύσης, της εκσπερμάτισης, της σφριγηλότητας και της επιθυμίας, ήταν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μετρήσεις για την αναφορά της σεξουαλικής υγείας στους άνδρες. Στις γυναίκες, η λίπανση/ξηρότητα, η επιθυμία, ο οργασμός και η δυσπαρεούνια ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα. Είκοσι μία μελέτες αξιολόγησαν τη σεξουαλική δυσλειτουργία με βάση επικυρωμένα ερωτηματολόγια, δύο με ένα μη επικυρωμένο ερωτηματολόγιο και μέσω συνεντεύξεων από τους συμμετέχοντες.

Συμπέρασμα: Ενώ η αναγνώριση της σημασίας της συμπερίληψης ψυχομετρικών μετρήσεων για την αξιολόγηση της σεξουαλικής υγείας αυξάνεται, υπάρχει έλλειψη συνεπών μέτρων για την αξιολόγηση της σεξουαλικής υγείας στην π.Χ. Με επίκεντρο την ποιότητα ζωής που προκύπτει από την επιβίωση του καρκίνου, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την ανάπτυξη, την τυποποίηση και την εφαρμογή της χρήσης ερωτηματολογίων σεξουαλικής υγείας με κατάλληλα ψυχομετρικά και κοινωνικά μέτρα για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με BC (Bessa et al., 2020).

Άρθρο 9^ο

Jung A, Nielsen ME, Crandell JL, et al. Quality of Life in Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2019;42(3): E21-E33.

Background: Non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) represents approximately 75% of newly diagnosed patients with bladder cancer. Non-muscle-invasive bladder cancer survivors have unique chronic burdens

including frequent recurrences, repeated surveillance cystoscopies and treatments, and the highest lifetime medical cost per person among all cancers.

Objective: The purpose of this study was to summarize studies assessing quality of life (QOL) in NMIBC survivors.

Methods: The literature from January 2005 to March 2017 found in PubMed, CINAHL, and PsycINFO databases was reviewed systematically. Inclusion criteria were as follows: (1) research about NMIBC survivors, (2) outcomes included QOL, (3) original research article published in peer-reviewed journals, and (4) published in English.

Results: A total of 15 studies were included: 14 quantitative studies and 1 mixed-methods study. Non-muscle-invasive bladder cancer survivors had significantly lower QOL compared with the general population, especially in fatigue, physical and role functioning, and mental health. Repeated transurethral resections and intravesical treatments were associated with impaired physical function and mental health. Most NMIBC survivors had concerns of urinary and bowel problems and sexual function.

Conclusion: Despite a good prognosis, NMIBC and its treatment have a significant impact on QOL in survivors. The findings showed large burdens in NMIBC survivors and suggest that further research is needed to better understand potential opportunities to improve QOL in this population.

Implications for practice: Oncology nurses are in the critical position for assessing symptoms and concerns. Oncology nurses should pay special attention to NMIBC survivors who have unique symptoms and burden with the aim of improving survivors' QOL.

Περίληψη

Ιστορικό: Ο μη διηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης (NMIBC) αντιπροσωπεύει περίπου το 75% των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Οι επιζώντες του καρκίνου της ουροδόχου κύστης που δεν είναι διηθητικός μυς έχουν μοναδικές χρόνιες επιβαρύνσεις,

συμπεριλαμβανομένων συχνών υποτροπών, επαναλαμβανόμενων κυστεοσκοπήσεων και θεραπειών επιτήρησης και το υψηλότερο ιατρικό κόστος ζωής ανά άτομο μεταξύ όλων των καρκίνων.

Στόχος: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να συνοψίσει τις μελέτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (QOL) σε επιζώντες NMIBC.

Μέθοδοι: Η βιβλιογραφία από τον Ιανουάριο του 2005 έως τον Μάρτιο του 2017 που βρέθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, CINAHL και PsycINFO αναθεωρήθηκε συστηματικά. Τα κριτήρια συμπερίληψης ήταν τα εξής: (1) έρευνα σχετικά με επιζώντες του NMIBC, (2) τα αποτελέσματα περιελάμβαναν QOL, (3) πρωτότυπο ερευνητικό άρθρο που δημοσιεύτηκε σε περιοδικά με κριτές και (4) δημοσιεύτηκε στα αγγλικά.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 15 μελέτες: 14 ποσοτικές μελέτες και 1 μελέτη μικτών μεθόδων. Οι μη μυοδιηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ειδικά σε ό,τι αφορά την κόπωση, τη σωματική λειτουργία και τη λειτουργικότητα των ρόλων και την ψυχική υγεία. Οι επαναλαμβανόμενες διουρηθρικές εκτομές και οι ενδοκυστικές θεραπείες συσχετίστηκαν με εξασθενημένη σωματική λειτουργία και ψυχική υγεία. Οι περισσότεροι επιζώντες του NMIBC είχαν ανησυχίες για προβλήματα ουροποιητικού και εντέρου και σεξουαλικής λειτουργίας.

Συμπέρασμα: Παρά την καλή πρόγνωση, το NMIBC και η θεραπεία του έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των επιζώντων. Τα ευρήματα έδειξαν μεγάλες επιβαρύνσεις στους επιζώντες του NMIBC και υποδηλώνουν ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση των πιθανών ευκαιριών βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό.

Επιπτώσεις για την πρακτική: Οι ογκολογικοί νοσηλευτές βρίσκονται στην κρίσιμη θέση για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των ανησυχιών. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στους επιζώντες του NMIBC που έχουν μοναδικά συμπτώματα και επιβάρυνση με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επιζώντων.

Αρθρο 10°

Jung A, Nielsen ME, Crandell JL, et al. Health-related quality of life among non-muscle-invasive bladder cancer survivors: a population-based study. *BJU Int.* 2020;125(1):38-48.

Objective: To examine the effect of non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) diagnosis and treatment on survivors' quality of life (QoL).

Patients and methods: Of the 5979 patients with NMIBC diagnosed between 2010 and 2014 in North Carolina, 2000 patients were randomly selected to be invited to enroll in this cross-sectional study. Data were collected by postal mail survey. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core (QLQ-C30) and the NMIBC-specific module were included in the survey to measure QoL. Descriptive statistics, t-tests, anova, and Pearson's correlation were used to describe demographics and to assess how QoL varied by sex, cancer stage, time since diagnosis, and treatment.

Results: A total of 398 survivors returned questionnaires (response rate: 23.6%). The mean QoL score for QLQ-C30 (range 0-100, higher = better QoL in all domains but symptoms) for global health status was 73.6, function domain scores ranged from 83.9 to 86.5, and scores for the top five symptoms (insomnia, fatigue, dyspnoea, pain, and financial difficulties) ranged from 14.1 to 24.3. The lowest NMIBC-specific QoL domain was sexual issues including sexual function, enjoyment, problems, and intimacy. Women had worse bowel problems, sexual function, and sexual enjoyment than men but better sexual intimacy and fewer concerns about contaminating their partner. Stage Ta had the highest global health status, followed by T1 and Tis. QoL did not vary by time since diagnosis except for sexual function. The cystectomy group (n = 21) had worse QoL in sexual function, discomfort with sexual intimacy, sexual enjoyment, and male sexual problems than the non-cystectomy group (n = 336).

Conclusion: Survivors of NMIBC face a unique burden associated with their diagnosis and the often-lifelong surveillance and treatment regimens. The finding has important implications for the design of tailored supportive care interventions to improve QoL for NMIBC survivors (Jung et al., 2020).

Στόχος: Να εξεταστεί η επίδραση της διάγνωσης και θεραπείας του μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (NMIBC) στην ποιότητα ζωής των επιζώντων (QoL).

Ασθενείς και μέθοδοι: Από τους 5979 ασθενείς με NMIBC που διαγνώστηκαν μεταξύ 2010 και 2014 στη Βόρεια Καρολίνα, 2000 ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία για να εγγραφούν σε αυτή τη συγχρονική μελέτη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ταχυδρομική έρευνα. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου Quality of Life Questionnaire-Core (QLQ-C30) και η ειδική ενότητα NMIBC συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Για την περάτωση της έρευνας αξιοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, t-test, άνονα και συσχέτιση Pearson ώστε να επιτευχθεί η περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων και να αξιολογηθεί ο τρόπος με τον οποίο η ποιότητα ζωής ποικίλλει ανά φύλο, στάδιο καρκίνου, χρόνο από τη διάγνωση και θεραπεία.

Αποτελέσματα: Συνολικά 398 επιζώντες επέστρεψαν ερωτηματολόγια. Η έρευνα είχε ποσοστό ανταπόκρισης: 23,6%. Η μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής για το QLQ-C30 (εύρος 0-100, υψηλότερη = καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς εκτός από τα συμπτώματα) για την παγκόσμια κατάσταση υγείας ήταν 73,6, οι βαθμολογίες στον τομέα λειτουργίας κυμαίνονταν από 83,9 έως 86,5 και οι βαθμολογίες για τα πέντε κορυφαία συμπτώματα (αϋπνία, κόπωση, δύσπνοια, πόνος και οικονομικές δυσκολίες) κυμαίνονταν από 14,1 έως 24,3. Ο χαμηλότερος τομέας ποιότητας ζωής για το NMIBC ήταν σεξουαλικά ζητήματα όπως η σεξουαλική λειτουργία, η απόλαυση, τα προβλήματα και η οικειότητα. Οι γυναίκες είχαν χειρότερα προβλήματα με το έντερο, τη σεξουαλική λειτουργία και τη σεξουαλική απόλαυση σε σχέση με τους άνδρες, αλλά καλύτερη σεξουαλική οικειότητα και λιγότερες ανησυχίες για

τη μόλυνση του συντρόφου τους. Η ποιότητα ζωής δεν διέφερε ανάλογα με το χρόνο από τη διάγνωση, εκτός από τη σεξουαλική λειτουργία. Η ομάδα κυστεκτομής (n = 21) είχε χειρότερη ποιότητα ζωής στη σεξουαλική λειτουργία, δυσφορία με τη σεξουαλική οικειότητα, τη σεξουαλική απόλαυση και τα σεξουαλικά προβλήματα των ανδρών από την ομάδα χωρίς κυστεκτομή (n = 336).

Συμπέρασμα: Οι επιζώντες του NMIBC αντιμετωπίζουν ένα μοναδικό “φορτίο” που σχετίζεται με τη διάγνωσή τους και τα συχνά δια βίου σχήματα επιτήρησης και θεραπείας. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έχει σημαντικές επιπτώσεις για το σχεδιασμό προσαρμοσμένων παρεμβάσεων υποστηρικτικής φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους επιζώντες NMIBC (Jung et al., 2020).

Άρθρο 11^ο

Tan WS, Teo CH, Chan D, et al. Exploring patients' experience and perception of being diagnosed with bladder cancer: a mixed-methods approach. *BJU Int.* 2020;125(5):669-678.

Objective: To determine patient experience and perception following a diagnosis of non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC).

Patient and methods: Patients were part of a prospective multicentre observational study recruiting patients with NMIBC for a urine biomarker study. A mixed-methods approach comprising: (i) the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) and (ii) semi-structured interviews to explore patients' experience of having haematuria, and initial and subsequent experience with a NMIBC diagnosis. Both assessments were completed at 6 months after NMIBC diagnosis.

Results: A total of 213 patients completed the Brief-IPQ. Patients felt that they had minimal symptoms (median [interquartile range, IQR] score 2 [0-5]) and were not particularly affected emotionally (median [IQR] score 3 [1-6]) with a minimal effect to their daily life (median [IQR] score 2 [0-5]). However, they

remained concerned about their cancer diagnosis (median [IQR] score 5 [3-8]) and felt that they had no personal control over the cancer (median [IQR] score 2 [2-5]) and believed that their illness would affect them for some time (median [IQR] score 6 [3-10]). A significant association with a lower personal control of the disease ($P < 0.05$) and a poorer understanding of the management of NMIBC ($P < 0.05$) was seen in patients aged >70 years. Many patients were uncertain about the cause of bladder cancer. Qualitative analysis found that at initial presentation of haematuria, most patients were not aware of the risk of bladder cancer. Patients were most anxious and psychologically affected between the interval of cystoscopy diagnosis and transurethral resection of bladder tumour (TURBT). Following TURBT, most patients were positive about their cancer prognosis.

Conclusion: Patients with NMIBC have a poor perception of disease control and believe that their disease will continue over a prolonged period. This is particularly more pertinent in the elderly. Patients are most psychologically affected during the interval between cancer diagnosis following cystoscopy and TURBT. Health awareness about bladder cancer remained poor with a significant number of patients unaware of the causes of bladder cancer. Psychological support and prompt TURBT following bladder cancer diagnosis would help improve the mental health of patients with NMIBC (Tan et al., 2020).

Περίληψη

Στόχος: Να προσδιοριστεί η εμπειρία και η αντίληψη των ασθενών μετά από διάγνωση μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (NMIBC).

Ασθενής και μέθοδοι: Οι ασθενείς συμμετείχαν σε μια προοπτική πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης στην οποία λάμβαναν μέρος ασθενείς με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης για μια μελέτη βιοδεικτών ούρων. Πρόκειται για μια προσέγγιση μικτών μεθόδων που περιλαμβάνει: (i) το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Ασθένειας (Brief-IPQ) και (ii) ημι-δομημένες συνεντεύξεις για τη διερεύνηση της εμπειρίας των ασθενών με αιματουρία και την αρχική και επακόλουθη εμπειρία με διάγνωση μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Και οι δύο αξιολογήσεις

ολοκληρώθηκαν 6 μήνες μετά τη διάγνωση του μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης

Αποτελέσματα: Συνολικά 213 ασθενείς ολοκλήρωσαν το Brief-IPQ. Οι ασθενείς ένιωσαν ότι είχαν ελάχιστα συμπτώματα και δεν επηρεάστηκαν ιδιαίτερα συναισθηματικά. Ωστόσο έδειξαν ελάχιστη επίδραση στην καθημερινή τους ζωή Επιπλέον, παρέμεναν ανήσυχοι για τη διάγνωσή τους για καρκίνο και θεώρησαν ότι δεν είχαν προσωπικό έλεγχο επί του καρκίνου και πίστευαν ότι ασθένεια θα τους επηρεάσει για κάποιο χρονικό διάστημα. Σημαντική συσχέτιση με χαμηλότερο προσωπικό έλεγχο της νόσου ($P < 0,05$) και φτωχότερη κατανόηση της διαχείρισης του μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε σε ασθενείς ηλικίας >70 ετών. Πολλοί ασθενείς ήταν αβέβαιοι για την αιτία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Η ποιοτική ανάλυση διαπίστωσε ότι κατά την αρχική εμφάνιση της αιματοουρίας, οι περισσότεροι ασθενείς δεν γνώριζαν τον κίνδυνο καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Οι ασθενείς ήταν περισσότερο ανήσυχοι και ψυχολογικά επηρεασμένοι μεταξύ του μεσοδιαστήματος της διάγνωσης της κυστεοσκόπησης και της διουρηθρικής εκτομής του όγκου της ουροδόχου κύστης. Μετά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστης οι περισσότεροι ασθενείς ήταν θετικοί ως προς την πρόγνωση του καρκίνου τους.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης έχουν κακή αντίληψη για τον έλεγχο της νόσου και πιστεύουν ότι η νόσος τους θα συνεχιστεί για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα στους ηλικιωμένους. Οι ασθενείς επηρεάζονται περισσότερο ψυχολογικά κατά το διάστημα μεταξύ της διάγνωσης του καρκίνου μετά την κυστεοσκόπηση και το TURBT. Η ευαισθητοποίηση για την υγεία σχετικά με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης παρέμεινε φτωχή με σημαντικό αριθμό ασθενών να αγνοούν τις αιτίες του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Η ψυχολογική υποστήριξη και η άμεση TURBT μετά τη διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης θα βοηθούσαν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης (Tan et al., 2020).

Άρθρο 12^ο

Lopes M, Nascimento LC, Zago MM. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):224-231.

Objective: To interpret the meanings attributed to the experience of bladder cancer among survivors in therapeutic follow-up.

Method: Qualitative methodological approach, based on medical anthropology and narrative methodology. After approval by the research ethics committee of a public university hospital, data were collected from January 2014 to February 2015, by means of recorded semi-structured interviews, direct observation and field journal entries on daily immersion with a group of six men and six women, aged between 57 and 82 years, in therapeutic follow-up. Narratives were analyzed by means of inductive thematic analysis.

Results: The meanings revealed difficulties with the processes of disease and treatment, such as breakdown of normal life, uncertainty about the future due to possible recurrence of the disease, difficulty with continuity of care and emotional control, relating it to conflicting ways of understanding the present life. Thus, the meaning of this narrative synthesis is paradox.

Conclusion: Interpretation of the meaning of experience with bladder cancer among patients provides nurses with a comprehensive view of care, which encompasses biological, psychological and social dimensions, and thereby systematizes humanized care (Lopes et al., 2016).

Περίληψη

Στόχος: Η ερμηνεία των νοημάτων που αποδίδονται στην εμπειρία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης μεταξύ των επιζώντων στη θεραπευτική παρακολούθηση.

Μέθοδος: Επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση, βασισμένη στην ιατρική ανθρωπολογία και την αφηγηματική μεθοδολογία. Μετά από έγκριση από την επιτροπή δεοντολογίας της έρευνας ενός δημόσιου πανεπιστημιακού

νοσοκομείου, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Ιανουάριο του 2014 έως τον Φεβρουάριο του 2015, μέσω ηχογραφημένων ημιδομημένων συνεντεύξεων, άμεσης παρατήρησης και εγγραφών στο ημερολόγιο πεδίου για την καθημερινή εμπάππιση με μια ομάδα έξι ανδρών και έξι γυναικών, ηλικίας μεταξύ 57 και 82 ετών, σε θεραπευτική παρακολούθηση. Οι αφηγήσεις αναλύθηκαν μέσω επαγωγικής θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Οι έννοιες αποκάλυψαν δυσκολίες με τις διαδικασίες της νόσου και της θεραπείας, όπως η κατάρρευση της κανονικής ζωής, η αβεβαιότητα για το μέλλον λόγω πιθανής υποτροπής της νόσου, η δυσκολία στη συνέχεια της φροντίδας και ο συναισθηματικός έλεγχος, η συσχέτισή της με αντικρουόμενους τρόπους κατανόησης του παρούσα ζωή. Έτσι, το νόημα αυτής της αφηγηματικής σύνθεσης είναι παράδοξο.

Συμπέρασμα: Η ερμηνεία της έννοιας της εμπειρίας με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης μεταξύ των ασθενών παρέχει στους νοσηλευτές μια ολοκληρωμένη άποψη της φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις και έτσι συστηματοποιεί την εξανθρωπισμένη φροντίδα (Lopes et al., 2016).

Άρθρο 13^ο

Skrzypczyk MA, Nyk Ł, Szostek P, Szempliński S, Borówka A, Dobruch J. The role of endoscopic bladder tumour assessment in the management of patients subjected to transurethral bladder tumour resection. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2):10.

Introduction: Despite complete resection, non-muscle invasive bladder cancers tend to recur. Therefore, their risk stratification was implemented to select adjuvant therapy. Immediate intravesical chemotherapeutic instillations were shown to decrease the risk of recurrence in those with low-risk disease.

Purpose: The purpose of the study was to determine the role of endoscopic assessment in the management of patients subjected to transurethral resection of the bladder tumour (TURBT).

Method – material: In 262 patients submitted to TURBT due to primary bladder tumour, the size and the number of the lesion(s) were noted and the stage as

well as the grade of the tumour(s) were typed. The individual features were then scored according to the European Organisation of Research and Treatment of Cancer 'Bladder Calculator' and the lesions were classified into the low, intermediate and high risk of recurrence group.

Results: Clinical evaluation was then compared with pathological report and final triage. Based on the clinical data, 95 (36.25%), 105 (40.07%) and 3 (1.14%) patients were endoscopically assigned to the groups of low, intermediate and high risk of recurrence respectively. After pathological report, correct risk stratification was confirmed in 86 (90.5%), 95 (90.5%) and 3 (100%) patients respectively.

Conclusion: Endoscopic assessment of bladder cancers allows to accurately establish the risk of recurrence and may facilitate implementation of adjuvant therapy before histological evaluation (Skrzypczyk et al., 2017).

Περίληψη

Εισαγωγή: Παρά την πλήρη εκτομή, οι ασθενείς με μη μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης τείνουν να υποτροπιάζουν. Ως εκ τούτου, εφαρμόστηκε η διαστρωμάτωση κινδύνου για την επιλογή της επικουρικής θεραπείας. Οι άμεσες ενδοκυστικές χημειοθεραπευτικές ενσταλάξεις αποδείχθηκε ότι μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής σε άτομα με νόσο χαμηλού κινδύνου.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο ρόλος της ενδοσκοπικής αξιολόγησης στη διαχείριση ασθενών που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστης (TURBT).

Μέθοδος – υλικό: Σε 262 ασθενείς που υποβλήθηκαν στο TURBT λόγω πρωτοπαθούς όγκου της ουροδόχου κύστης, σημειώθηκε το μέγεθος και ο αριθμός των βλαβών και το στάδιο καθώς και ο βαθμός του όγκου. Στη συνέχεια, τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά βαθμολογήθηκαν σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου «Bladder Calculator» και οι βλάβες ταξινομήθηκαν στην ομάδα χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου υποτροπής.

Αποτελέσματα: Η κλινική αξιολόγηση στη συνέχεια συγκρίθηκε με την παθολογική αναφορά και την τελική διαλογή. Με βάση τα κλινικά δεδομένα, 95 (36,25%), 105 (40,07%) και 3 (1,14%) ασθενείς κατατάχθηκαν ενδοσκοπικά

στις ομάδες χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου υποτροπής αντίστοιχα. Μετά την παθολογική αναφορά, η σωστή διαστρωμάτωση κινδύνου επιβεβαιώθηκε σε 86 (90,5%), 95 (90,5%) και 3 (100%) ασθενείς αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Η ενδοσκοπική αξιολόγηση των καρκίνων της ουροδόχου κύστης επιτρέπει τον ακριβή προσδιορισμό του κινδύνου υποτροπής και μπορεί να διευκολύνει την εφαρμογή της επικουρικής θεραπείας πριν από την ιστολογική αξιολόγηση (Skrzypczyk et al., 2017).

Άρθρο 14^ο

Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Atención de enfermería a un paciente en tratamiento intravesical [NURSING CARE TO A PATIENT WITH INTRAVESICAL TREATMENT]. *Rev Enferm.* 2018;38(12):60-67.

Introduction: Bladder cancer is one of the most frequent in developed countries. It is the 4th most frequent cancer in men and the 9th in women. The main risk factor is the smoking habit, and its main symptom is hematuria. One of the therapies used in its treatment is the Bacillus Calmette-Guerin intravesical (BCG).

Objective: TO carry out a specific care plan to a patient treated with BCG and improve the information delivered to the patient and family.

Material and methods: An observational study of a nursing plan of care through a clinical case. A bibliographical research was carried out in the main Spanish and English databases to collect articles published in the last 5 years. Subsequently, the studies of the Spanish M.a T Luis, C. Ferndndez and M.a V. Navarro were adopted in the model suggested by V. Henderson and NANDA, NIC and NOC taxonomy.

Results: The nursing assessment is performed through V. Henderson's 14 needs and the Collaboration Problem was detected: Hematuria, secondary to bladder cancer and the nursing diagnosis: <<Disposition to improve the management of the own health expressed by the wish of managing the disease>>. For the planning and execution the following NOC were selected:

Knowledge: management of the cancer and Knowledge: therapeutic procedure, and the NIC and its corresponding activities and their evaluation.

Conclusion: The Nursing Care Process application with a personalized and standardized language, guarantees a quality healthcare and continuity. Moreover, it sets common targets for the nursing team. It tries to show how an appropriate control of the symptoms can be carried out at home, when the cares are taught and organized by adapting the oral or written information to each patient (Marcos Espino et al., 2018).

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι ένας από τους πιο συχνούς στις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι ο 4ος πιο συχνός καρκίνος στους άνδρες και ο 9ος στις γυναίκες. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου είναι η συνήθεια του καπνίσματος και το κύριο σύμπτωμα είναι η αιματουρία. Μία από τις θεραπείες που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του είναι ο ενδοκυστικός Bacillus Calmette-Guerin (BCG).

Στόχος: Η εκτέλεση ενός συγκεκριμένου σχεδίου φροντίδας σε έναν ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία με BCG και η βελτίωση των πληροφοριών που παρέχονται στον ασθενή και την οικογένειά του.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια παρατηρητική μελέτη νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας μέσα από μια κλινική περίπτωση. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα στις κύριες ισπανικές και αγγλικές βάσεις δεδομένων για τη συλλογή άρθρων που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία 5 χρόνια. Στη συνέχεια, οι μελέτες των Ισπανών M.a T Luis, C. Ferndndez και M.a V. Navarro υιοθετήθηκαν στο μοντέλο που πρότειναν οι V. Henderson και NANDA, NIC και NOC ταξινόμηση.

Αποτελέσματα: Η νοσηλευτική αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε μέσω των 14 αναγκών του V. Henderson και εντοπίστηκε το πρόβλημα συνεργασίας. Για το σχεδιασμό και την εκτέλεση επιλέχθηκαν οι ακόλουθες υποκλίμακες: Γνώση: διαχείριση του καρκίνου και Γνώση: θεραπευτική διαδικασία, και το NIC και οι αντίστοιχες δραστηριότητες του και η αξιολόγησή τους.

Συμπέρασμα: Η εφαρμογή Nursing Care Process με εξατομικευμένη και τυποποιημένη γλώσσα, εγγυάται ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και συνέχεια. Επιπλέον, θέτει κοινούς στόχους για τη νοσηλευτική ομάδα, προσπαθώντας να δείξει πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί κατάλληλος έλεγχος των συμπτωμάτων στο σπίτι, όταν η φροντίδα και τα συναφή της, διδάσκονται και οργανώνονται προσαρμόζοντας τις προφορικές ή γραπτές πληροφορίες σε κάθε ασθενή (Marcos Espino et al., 2018).

Άρθρο 15^ο

Merandy, K., Morgan, M. A., Lee, R., & Scherr, D. S. (2017). Improving Self-Efficacy and Self-Care in Adult Patients With a Urinary Diversion: A Pilot Study. *Oncology nursing forum*, 44(3), E90–E100.

Purpose/Objectives: To evaluate the feasibility and acceptability of a multimodality educational intervention for improving self-efficacy (SE) and self-care in patients with a new urinary diversion (UD).

Design: Two-arm randomized, controlled trial.

Setting: Academic medical center in New York.

Sample: 8 adults diagnosed with bladder cancer requiring UD.

Methods: A multimodality educational intervention consisting of video, Microsoft PowerPoint® slides, and medical illustrations was developed. SE was assessed pre- and postintervention related to care of the UD. Education scale scores provided evidence for intervention acceptability and assessment of UD self-care skills.

Main Research Variables: Feasibility, acceptability, results of SE, and self-care scales.

Findings: Enrollment and retention was 100%. All participants took part in every aspect of the study. No issues were apparent with administration of the

study; however, a lack of self-care independence was noted between the study arms. The control group was younger in age than the intervention group.

Conclusions: A supplemental multimethod educational intervention is acceptable in this population and feasible to integrate into hospital care or into an appropriately powered study.

Implications for Nursing: A need exists for ongoing postdischarge support and education in this population. Additional studies are needed to determine the best approach for this (Merandy et al., 2017).

Περίληψη

Σκοπός/Στόχοι: Να αξιολογηθεί η σκοπιμότητα και η αποδοχή μιας πολυτροπικής εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας (SE) και της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με νέα εκτροπή ούρων εξαιτίας του καρκίνου ουροδόχου κύστεως (UD).

Σχεδιασμός: Τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή δύο σκελών.

Περιβάλλον: Ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο στη Νέα Υόρκη.

Δείγμα: 8 ενήλικες που διαγνώστηκαν με καρκίνο της ουροδόχου κύστης και απαιτούσαν UD.

Μέθοδοι: Αναπτύχθηκε μια πολυτροπική εκπαιδευτική παρέμβαση που αποτελείται από βίντεο, διαφάνειες Microsoft PowerPoint® και ιατρικές απεικονίσεις. Η αυτοαποτελεσματικότητα αξιολογήθηκε πριν και μετά την παρέμβαση που σχετίζεται με τη φροντίδα του UD. Οι βαθμολογίες της εκπαιδευτικής κλίμακας παρείχαν στοιχεία για την αποδοχή της παρέμβασης και την αξιολόγηση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης της UD.

Κύριες Μεταβλητές Έρευνας: Εφικτότητα, αποδοχή, αποτελέσματα SE και κλίμακες αυτοφροντίδας.

Ευρήματα: Η εγγραφή και η διατήρηση ήταν 100%. Όλοι οι συμμετέχοντες συμμετείχαν σε κάθε πτυχή της μελέτης. Δεν ήταν εμφανή προβλήματα με τη διαχείριση της μελέτης. Ωστόσο, παρατηρήθηκε έλλειψη ανεξαρτησίας αυτοφροντίδας μεταξύ των σκελών της μελέτης. Η ομάδα ελέγχου ήταν νεότερη σε ηλικία από την ομάδα παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Μια συμπληρωματική πολυμεθοδική εκπαιδευτική παρέμβαση είναι αποδεκτή σε αυτόν τον πληθυσμό και είναι εφικτή να ενσωματωθεί στη νοσοκομειακή περίθαλψη ή σε μια κατάλληλη μελέτη. Υπάρχει ανάγκη για συνεχή υποστήριξη και εκπαίδευση μετά την έξοδο σε αυτόν τον πληθυσμό. Απαιτούνται πρόσθετες μελέτες για να καθοριστεί η καλύτερη προσέγγιση για αυτό (Merandy et al., 2017).

Άρθρο 16°

Kim, H., Ryu, E. & Kim, J., 2020. A Narrative Inquiry into the Adjustment Experiences of Male Bladder Cancer Survivors with a Neobladder. *Int J Environ Res Public Health*, 17(21), 8260.

This study aimed to explore three male bladder cancer survivors' adjustment experiences after neobladder reconstruction. A narrative inquiry method was adopted to closely investigate the individual experiences of bladder cancer survivors and the meaning of their experiences. Three themes emerged regarding physical and mental changes resulting from neobladder reconstruction: difficulty urinating or holding urine, sexual dysfunction and sexlessness, and stress resulting from urinary incontinence. Life changes following surgery varied across each participant and included 'unwanted retirement', 'quitting drinking and leaving work', and 'beginning of a restrained life'. The theme of adjustment experience emerged, comprising 'active exploration of resolutions', 'accepting change and partial return to daily life', and 'living in line with the health condition and family wishes'. Bladder cancer survivors with a neobladder, in this study, continue to adjust to changes in the voiding mechanism, various symptoms including incontinence, and life changes even after surgical cancer resection. The findings suggest that not only therapeutic interventions, but additional interventions are also needed to assist

bladder cancer survivors with adjustment, rehabilitation, and return to society. These findings are also expected to be used both to educate bladder cancer survivors with a neobladder and to develop policies to help them (Kim et al., 2020).

Περίληψη

Αυτή η μελέτη στόχευε να διερευνήσει τις εμπειρίες προσαρμογής τριών επιζώντων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης μετά την ανακατασκευή της νεοκύστης. Υιοθετήθηκε μια αφηγηματική μέθοδος διερεύνησης για τη στενή διερεύνηση των ατομικών εμπειριών των επιζώντων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και της σημασίας των εμπειριών τους. Τρία θέματα προέκυψαν σχετικά με τις σωματικές και ψυχικές αλλαγές που προκύπτουν από την ανακατασκευή της νεοκύστης: δυσκολία στην ούρηση ή συγκράτηση των ούρων, σεξουαλική δυσλειτουργία και έλλειψη φύλου και στρες που προκύπτει από ακράτεια ούρων. Οι αλλαγές στη ζωή μετά από χειρουργική επέμβαση διέφεραν σε κάθε συμμετέχοντα και περιελάμβαναν «ανεπιθύμητη συνταξιοδότηση», «παράλειψη αλκοόλ και εγκατάλειψη της εργασίας» και «έναρξη μιας περιορισμένης ζωής». Προέκυψε το θέμα της εμπειρίας προσαρμογής, το οποίο περιελάμβανε «ενεργητική εξερεύνηση αποφάσεων», «αποδοχή αλλαγής και μερική επιστροφή στην καθημερινή ζωή» και «ζωή σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας και τις επιθυμίες της οικογένειας». Οι επιζώντες του καρκίνου της ουροδόχου κύστης με νεοκύστη, σε αυτή τη μελέτη, συνεχίζουν να προσαρμόζονται στις αλλαγές στον μηχανισμό της ούρησης, σε διάφορα συμπτώματα συμπεριλαμβανομένης της ακράτειας και στις αλλαγές της ζωής ακόμη και μετά από χειρουργική εκτομή του καρκίνου. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι απαιτούνται όχι μόνο θεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά και πρόσθετες παρεμβάσεις για να βοηθηθούν οι επιζώντες από καρκίνο της ουροδόχου κύστης με προσαρμογή, αποκατάσταση και επιστροφή στην κοινωνία. Αυτά τα ευρήματα αναμένεται επίσης να χρησιμοποιηθούν τόσο για την εκπαίδευση των επιζώντων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης με νεοκύστη όσο και για την ανάπτυξη πολιτικών που θα τους βοηθήσουν (Kim et al., 2020).

Άρθρο 17°

Sonobe, H., Sabino Ravana, R., Moreno, F., Scatralhe Buetto, L., Silva de Oliveira, M., 2016. Perioperative nursing care to patients with bladder cancer. *Avances en Enfermería*,34, n.2, pp.159-169

Objective: The perioperative nursing care planning for patients with bladder cancer needs scientific knowledge and incorporation of technology. Our study aimed to characterize the profile of bladder cancer population in a surgical unit of a hospital specializing in oncology in São Paulo State, and to analyze the nursing care made for this population.

Methodology: Retrospective exploratory study, whose data were collected in 80 medical records of patients undergoing urology surgical treatment from January to September of 2008.

Results: There were prevalence of male gender, in the age group from 60 to 80 years-old, with incomplete elementary school education, white people, staging cancer I and tumor resection. The perioperative nursing care includes educational interventions of self-care, procedural care as antivenin therapy, bowels prepare, patient position, administration of drugs, monitoring of vital signs, care with catheters and drains, water control, change of shift, and routing of medical records and exams. In the specific case of patients with urostomy it is important to evaluate clinical situation and ostomy conditions; to teach the specific action of self-care, to plan hospital discharge; and to give equipment routing it to community resources.

Conclusion: To give perioperative care to this population, it is necessary a planning based on scientific knowledge, permanent education and job supervision by a nurse (Sonobe et al., 2016).

Περίληψη

Στόχος: Ο σχεδιασμός περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας για ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης χρειάζεται επιστημονική γνώση και ενσωμάτωση τεχνολογίας. Η μελέτη μας είχε ως στόχο να χαρακτηρίσει το προφίλ του πληθυσμού του καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε μια χειρουργική

νοσηλευτική μονάδα ενός νοσοκομείου που ειδικεύεται στην ογκολογία στην Πολιτεία του Σάο Πάολο και να αναλύσει τη νοσηλευτική φροντίδα που έγινε για αυτόν τον πληθυσμό.

Μεθοδολογία: πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική διερευνητική μελέτη, τα δεδομένα της οποίας συλλέχθηκαν σε 80 ιατρικά αρχεία ασθενών που υποβλήθηκαν σε ουρολογική χειρουργική θεραπεία από τον Ιανουάριο έως τον Σεπτέμβριο του 2008.

Αποτελέσματα: Υπήρξε επιπολασμός ανδρικού φύλου, στην ηλικιακή ομάδα από 60 έως 80 ετών, με ελλιπή δημοτική εκπαίδευση, λευκά άτομα, σταδιοποίηση καρκίνου I και εκτομή όγκου. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αυτοεξυπηρέτησης, διαδικαστική φροντίδα ως αντιφλεβική θεραπεία, προετοιμασία εντέρου, θέση ασθενούς, χορήγηση φαρμάκων, παρακολούθηση ζωτικών σημείων, φροντίδα με καθετήρες και παροχετεύσεις, έλεγχο νερού, αλλαγή βάρδιας και δρομολόγηση της ιατρικής ρεκόρ και εξετάσεις. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ασθενών με ουροστομία είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η κλινική κατάσταση και οι καταστάσεις στομίας. να διδάξει τη συγκεκριμένη δράση της αυτοφροντίδας, να σχεδιάσει το εξιτήριο από το νοσοκομείο. και να δώσει εξοπλισμό που τον δρομολογεί στους πόρους της κοινότητας.

Συμπέρασμα: Για να δοθεί περιεγχειρητική φροντίδα σε αυτόν τον πληθυσμό, είναι απαραίτητος ένας σχεδιασμός βασισμένος σε επιστημονικές γνώσεις, μόνιμη εκπαίδευση και εποπτεία εργασίας από νοσηλευτή (Sonobe et al., 2016).

Άρθρο 18°

Luo, J., Zhou, L., Lin, S., Yan, W., Huang, M., Liang, S., 2020. Beneficial effect of fluid warming in elderly patients with bladder cancer undergoing Da Vinci robotic- assisted laparoscopic radical cystectomy. CLINICS, 75: e1639

Objectives: The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol recommends prevention of intraoperative hypothermia. However, the beneficial effect of maintaining normothermia after radical cystectomy has not been

evaluated. This study aimed to investigate the efficacy of fluid warming nursing in elderly patients undergoing Da Vinci robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy.

Methods: A total of 108 patients with bladder cancer scheduled to undergo DaVinci robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy were recruited and randomly divided into the control group (n=55), which received a warming blanket (43°C) during the intraoperative period and the warming group (n=53), in which all intraoperative fluids were administered via a fluid warmer (41°C). The surgical data, body temperature, coagulation function indexes, and postoperative complications were compared between the two groups.

Results: Compared to the control group, the warming group had significantly less intraoperative transfusion ($p=0.028$) and shorter hospitalization days ($p<0.05$). During the entire intraoperative period (from 1 to 6h), body temperature was significantly higher in the warming group than in the control group. There were significant differences in preoperative fibrinogen level, white blood cell count, total bilirubin level, intraoperative lactose level, postoperative thrombin time (TT), and platelet count between the control and warming groups. Multivariate linear regression analysis demonstrated that TT was the only significant factor, suggesting that the warming group had a lower TT than the control group.

Conclusion: Fluid warming nursing can effectively reduce transfusion requirement and hospitalization days, maintain intraoperative normothermia, and promote postoperative coagulation function in elderly patients undergoing Da Vinci robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy (Luo et al., 2020).

Περίληψη

Στόχοι: Το πρωτόκολλο ενισχυμένης αποκατάστασης μετά από χειρουργική επέμβαση (ERAS) συνιστά την πρόληψη της διεγχειρητικής υποθερμίας. Ωστόσο, η ευεργετική επίδραση της διατήρησης της νορμοθερμίας μετά από ριζική κυστεκτομή δεν έχει αξιολογηθεί. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής θέρμανσης υγρών σε

ηλικιωμένους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική ριζική κυστεκτομή με ρομποτική υποβοήθηση Da Vinci.

Μέθοδοι: Συνολικά 108 ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που είχαν προγραμματιστεί να υποβληθούν σε λαπαροσκοπική ριζική κυστεκτομή με ρομποτική βοήθεια DaVinci επιλέχθηκαν και χωρίστηκαν τυχαία στην ομάδα ελέγχου (n=55), η οποία έλαβε θερμαντική κουβέρτα (43°C) κατά τη διάρκεια της διεγχειρητικής περιόδου και την ομάδα θέρμανσης (n=53), στην οποία όλα τα διεγχειρητικά υγρά χορηγήθηκαν μέσω θερμαντήρα υγρών (41°C). Τα χειρουργικά δεδομένα, η θερμοκρασία του σώματος, οι δείκτες πήξης και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η θερμαντική ομάδα είχε σημαντικά λιγότερη διεγχειρητική μετάγγιση ($p=0,028$) και μικρότερες ημέρες νοσηλείας ($p<0,05$). Κατά τη διάρκεια ολόκληρης της διεγχειρητικής περιόδου (από 1 έως 6 ώρες), η θερμοκρασία του σώματος ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα που θερμάνθηκε από ότι στην ομάδα ελέγχου. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στο προεγχειρητικό επίπεδο ινωδογόνου, τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, το επίπεδο ολικής χολερυθρίνης, το διεγχειρητικό επίπεδο λακτόζης, τον μετεγχειρητικό χρόνο θρομβίνης (TT) και τον αριθμό των αιμοπεταλίων μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας θέρμανσης. Η πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το TT ήταν ο μόνος σημαντικός παράγοντας, υποδηλώνοντας ότι η ομάδα που θερμαινόταν είχε χαμηλότερο TT από την ομάδα ελέγχου.

Συμπέρασμα: Η νοσηλευτική θέρμανση υγρών μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τις απαιτήσεις μετάγγισης και τις ημέρες νοσηλείας, να διατηρήσει τη διεγχειρητική νορμοθερμία και να προάγει τη μετεγχειρητική λειτουργία πήξης σε ηλικιωμένους ασθενείς που υποβάλλονται σε ρομποτική υποβοηθούμενη από Da Vinci λαπαροσκοπική ριζική κυστεκτομή (Luo et al., 2020).

Αρθρο 19°

Li, X., Zhang, Y., Gao, H., Sun, X., Lv, W., & Xu, G. (2016). The Value of Extended Nursing Services on Patients with Bladder Cancer after Endoscopic Bladder Resection. *Iranian journal of public health*, 45(1), 48–53.

Background: In this study, specific measures of extended nursing services and its values on patients with bladder cancer after endoscopic bladder electrosection were examined.

Methods: Sixty-six patients diagnosed with bladder cancer in Laiwu People's Hospital (NO. 001, Xueyehu Street, Changshao Road, Laiwu, Shandong, China) between February 2012 and February 2014, and underwent endoscopic bladder electrosection were enrolled in the study. Patients were randomly allocated into the control group (n=30 cases) or the observation group (n=36 cases) according to the order of hospitalization. Conventional nursing measures were given to the control group while extended nursing service measures were given to the observation group, and the differences of nursing effect were compared.

Results: The occurrence rate of postoperative complications within the hospital for the observation group was significantly lower than that of the control group, as was the length of hospital stay. The nursing service satisfaction was also significantly improved within the observation group. These differences were statistically significance ($P<0.05$). The anxiety and depression scores for the observation group were significantly lower than that of control group and these differences were also of statistical significance ($P<0.05$). The follow-up compliance after hospitalization for the observation group was significantly enhanced, quality of life scores was significantly improved, and both differences were of statistical significance ($P<0.05$).

Conclusion: Extended nursing service improves the effect and long-term prognosis of patients with bladder cancer after undergoing endoscopic bladder electrosection (Li et al., 2016).

Περίληψη

Ιστορικό: Σε αυτή τη μελέτη εξετάστηκαν συγκεκριμένες μετρήσεις των εκτεταμένων νοσηλευτικών υπηρεσιών και οι αξίες της σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης μετά από ενδοσκοπική ηλεκτροτομή κύστης.

Μέθοδοι: Εξήντα έξι ασθενείς που διαγνώστηκαν με καρκίνο της ουροδόχου κύστης στο Νοσοκομείο Laiwu στην Κίνα μεταξύ Φεβρουαρίου 2012 και Φεβρουαρίου 2014, εγγράφηκαν στη μελέτη και υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική ηλεκτροτομή κύστης. Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν τυχαία στην ομάδα ελέγχου (n=30 περιπτώσεις) ή στην ομάδα παρατήρησης (n=36 περιπτώσεις) σύμφωνα με τη σειρά νοσηλείας. Τα συμβατικά νοσηλευτικά μέτρα δόθηκαν στην ομάδα ελέγχου ενώ τα μέτρα εκτεταμένης νοσηλευτικής υπηρεσίας δόθηκαν στην ομάδα παρατήρησης και συγκρίθηκαν οι διαφορές της νοσηλευτικής επίδρασης.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών εντός του νοσοκομείου για την ομάδα παρατήρησης ήταν σημαντικά χαμηλότερο από αυτό της ομάδας ελέγχου, όπως και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική υπηρεσία βελτιώθηκε επίσης σημαντικά εντός της ομάδας παρατήρησης. Αυτές οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές ($P < 0,05$). Οι βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης για την ομάδα παρατήρησης ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές της ομάδας ελέγχου και αυτές οι διαφορές ήταν επίσης στατιστικής σημασίας ($P < 0,05$). Η συμμόρφωση παρακολούθησης μετά τη νοσηλεία για την ομάδα παρατήρησης βελτιώθηκε σημαντικά, οι βαθμολογίες ποιότητας ζωής βελτιώθηκαν σημαντικά και οι δύο διαφορές ήταν στατιστικής σημασίας ($P < 0,05$).

Συμπέρασμα: Η εκτεταμένη νοσηλευτική υπηρεσία βελτιώνει την επίδραση και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης μετά από ενδοσκοπική ηλεκτροτομή της κύστης (Li et al., 2016).

Άρθρο 20^ο

Zhang, P., Zhang, Y., Han, X., Zhang, X., Zhu, X., & Li, T. (2021). Effect of individualized psychological intervention on negative emotion and sleep

quality of patients after bladder cancer surgery: a randomized controlled trial. *Translational andrology and urology*, 10(7), 3021–3029.

Background: Bladder surgery has a negative impact on patients' mental health, sleep quality. Conventional nursing interventions failed to meet the clinical needs. Therefore, this parallel-group RCT was performed to assess the effect of individualized psychological intervention on patients' negative emotions and sleep quality after bladder cancer surgery.

Methods: Patients with bladder cancer admitted to our hospital (from September 2018 to October 2020) and underwent surgical treatment were selected as the research objects. They were randomly allocated to a parallel control group or observation group based on a computer-generated random numbers table. Because our study included behavioral intervention, blinding was not possible for participants and care givers. The control group received conventional nursing care, and the observation group received strengthened individualized psychological intervention under the nursing measures of the control group. Sleep quality, anxiety, depression, nursing compliance, and the occurrence of bladder spasm were compared between the two groups.

Results: Seventy-eight eligible patients were included and randomly divided in two groups (n=39 for each group). The intervention procedure was completed without losses and exclusions of patients after randomization. Before the intervention, the Pittsburgh Sleep Quality Index Scale and the anxiety and depression scores were comparable between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, the data of the two groups were significantly improved. The sleep quality, sleep time, sleep efficiency, the time to fall asleep, hypnotic drugs, sleep disorders, daytime dysfunction, anxiety score, and depression score of the observation group were lower than those of the control group, with significant differences ($P<0.05$). The total nursing compliance rate of the observation group reached 100.00%, which was higher than the control group. The difference between the groups was significant ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of bladder spasm between the two groups ($P>0.05$).

Conclusions: Individualized psychological intervention applied to bladder cancer surgery can effectively improve patients' negative emotions and improve their sleep quality (Zhang et al., 2021).

Περίληψη

Ιστορικό: Η χειρουργική της ουροδόχου κύστης έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ασθενών, στην ποιότητα του ύπνου. Οι συμβατικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις απέτυχαν να καλύψουν τις κλινικές ανάγκες. Επομένως, αυτή η έρευνα παράλληλης ομάδας πραγματοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η επίδραση της εξατομικευμένης ψυχολογικής παρέμβασης στα αρνητικά συναισθήματα και την ποιότητα του ύπνου των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Μέθοδοι: Ως αντικείμενο της έρευνας επιλέχθηκαν ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που εισήχθησαν στο νοσοκομείο από τον Σεπτέμβριο του 2018 έως τον Οκτώβριο 2020 και υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία. Κατανεμήθηκαν τυχαία σε μια παράλληλη ομάδα ελέγχου ή ομάδα παρατήρησης με βάση έναν πίνακα τυχαίων αριθμών που δημιουργήθηκε από υπολογιστή. Επειδή η μελέτη περιελάμβανε παρέμβαση συμπεριφοράς, η τύφλωση δεν ήταν δυνατή για τους συμμετέχοντες και τους φροντιστές. Η ομάδα ελέγχου έλαβε συμβατική νοσηλευτική φροντίδα και η ομάδα παρατήρησης έλαβε ενισχυμένη εξατομικευμένη ψυχολογική παρέμβαση υπό τα νοσηλευτικά μέτρα της ομάδας ελέγχου. Η ποιότητα του ύπνου, το άγχος, η κατάθλιψη, η συμμόρφωση στη νοσηλεία και η εμφάνιση σπασμών της κύστης συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα οχτώ ασθενείς συμπεριλήφθηκαν και χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες (n=39 για κάθε ομάδα). Η διαδικασία παρέμβασης ολοκληρώθηκε χωρίς απώλειες και αποκλεισμούς ασθενών μετά από τυχαιοποίηση. Πριν από την παρέμβαση, η κλίμακα δείκτη ποιότητας ύπνου του Pittsburgh (Sleep Quality Index Scale) και οι βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των δύο ομάδων ($P>0,05$). Μετά την παρέμβαση, τα δεδομένα των δύο ομάδων βελτιώθηκαν σημαντικά. Η ποιότητα ύπνου, ο χρόνος ύπνου, η αποτελεσματικότητα ύπνου, ο χρόνος ύπνου, τα

υπνωτικά φάρμακα, οι διαταραχές ύπνου, η ημερήσια δυσλειτουργία, η βαθμολογία άγχους και η βαθμολογία κατάθλιψης της ομάδας παρατήρησης ήταν χαμηλότερα από αυτά της ομάδας ελέγχου, με σημαντικές διαφορές ($P < 0,05$). Το συνολικό ποσοστό νοσηλευτικής συμμόρφωσης της ομάδας παρατήρησης έφτασε το 100,00%, το οποίο ήταν υψηλότερο από την ομάδα ελέγχου. Η διαφορά μεταξύ των ομάδων ήταν σημαντική ($P < 0,05$). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη συχνότητα του σπασμού της ουροδόχου κύστης μεταξύ των δύο ομάδων ($P > 0,05$).

Συμπεράσματα: Η εξατομικευμένη ψυχολογική παρέμβαση που εφαρμόζεται στη χειρουργική επέμβαση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορεί να βελτιώσει αποτελεσματικά τα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών και να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου τους (Zhang et al., 2021).

Άρθρο 21ο

Dohn LH, Omland LH, Stormoen DR, Pappot H. Status of Metastatic Bladder Cancer Treatment Illustrated by a Case. Semin Oncol Nurs. 2021 37(1):151113.

Objective: This study aims to provide an overview of current treatment guidelines within the context of metastatic bladder cancer illustrated by a case report.

Data sources: International guidelines from The American Society of Clinical Oncology (ASCO), The European Society of Medical Oncology (ESMO), and scientific references supporting these clinical guidelines. To illustrate the implementation of current evidence-based guidelines a patient case report was presented.

Conclusion: Historically, there have been limited treatment options available for metastatic bladder cancer for three decades. However, with the introduction of immunotherapy and emergent targeted therapies for metastatic bladder cancer increasing survival rates are expected. To achieve improved treatment

outcome in people affected by metastatic bladder cancer it is important that both doctors and nurses are aware of contemporary evidence-based treatment options in keeping with ESMO and ASCO international clinical guidelines. Nurses play an important role in educating patients about the potential side effects of therapy and in offering timely, tailored, and supported self-management (Dohn et al., 2021).

Περίληψη

Στόχος: Αυτή η μελέτη στοχεύει στην παροχή μιας επισκόπησης των τρεχουσών κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας στο πλαίσιο του μεταστατικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης που απεικονίζεται από μια αναφορά περιστατικού.

Πηγές δεδομένων: Διεθνείς οδηγίες από την Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ASCO), την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας (ESMO) και επιστημονικές αναφορές που υποστηρίζουν αυτές τις κλινικές οδηγίες. Για να καταδειχθεί η εφαρμογή των τρεχουσών κατευθυντήριων γραμμών που βασίζονται σε στοιχεία, παρουσιάστηκε μια αναφορά περίπτωσης ασθενούς.

Συμπέρασμα: Ιστορικά, υπάρχουν περιορισμένες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τον μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης εδώ και τρεις δεκαετίες. Ωστόσο, με την εισαγωγή της ανοσοθεραπείας και των επείγουσών στοχευμένων θεραπειών για τον μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης αναμένεται να αυξηθούν τα ποσοστά επιβίωσης. Για την επίτευξη βελτιωμένου θεραπευτικού αποτελέσματος σε άτομα που πάσχουν από μεταστατικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης, είναι σημαντικό τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές που βασίζονται σε στοιχεία, σύμφωνα με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες γραμμές της ESMO και της ASCO. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας και στην προσφορά έγκαιρης, προσαρμοσμένης και υποστηριζόμενης αυτοδιαχείρισης (Dohn et al., 2021).

Άρθρο 22ο

Heyes, SM, Prior KN, Whitehead D, Bond MJ. Toward an Understanding of Patients' and Their Partners' Experiences of Bladder Cancer. Cancer Nurs. 2020 Sep/Oct;43(5): E254-E263.

Background: Bladder cancer is characterized by recurrence and progression, ongoing surveillance and treatment, adverse effects, and complications and is associated with chronic ill health that may compromise relationships, social activities, and employment.

Objective: The aim of this study was to gain an understanding of quality-of-life disruptions among both those diagnosed with bladder cancer and their supportive partners (spouses or other family members).

Interventions/methods: Couples were recruited from a tertiary care public hospital database. Nine heterosexual couples (married/de facto) and another comprising a clinical participant and her daughter-in-law were interviewed for approximately 60 minutes. Interviews were audio recorded and transcribed, with qualitative description used to gain an in-depth understanding of participants' experiences without previous agenda or knowledge, allowing their viewpoints to be summarized in everyday terms.

Results: Thematic analysis highlighted 4 themes: psychical responses, cognitive and emotional reactions, survival techniques and the importance of partner support and its assistance for clinical participants acceptance of, and adaptation to their bladder cancer, surveillance, and treatment protocols.

Conclusion: A key finding was the value of a supportive partner in dealing with the effects of bladder cancer daily. From a health service perspective, the need for clear information provision and counseling/support to assist patient management was also evident. Health professionals need to appreciate the quality-of-life implications for patients and partners, thus understanding the needs of couples. Greater collaboration with and by health professionals who assist in care may allow couples to move more confidently toward adaptation to bladder cancer.

Περίληψη

Ιστορικό: Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης χαρακτηρίζεται από υποτροπή και απότομη εξέλιξη, συνεχή παρακολούθηση και θεραπεία, ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές και σχετίζεται με την χρόνια κακή υγεία που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τις σχέσεις, τις κοινωνικές δραστηριότητες και την απασχόληση.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να κατανοήσει τις διαταραχές της ποιότητας ζωής τόσο σε όσους έχουν διαγνωστεί με καρκίνο της ουροδόχου κύστης όσο και στους υποστηρικτικούς συντρόφους τους (συζύγους ή άλλα μέλη της οικογένειας).

Παρεμβάσεις/μέθοδοι: Τα ζευγάρια επιλέχθηκαν από μια βάση δεδομένων δημοσίων νοσοκομείων τριτοβάθμιας περίθαλψης. Εννέα ετεροφυλόφιλα ζευγάρια (παντρεμένα/de facto) και ένα άλλο που περιλαμβάνει μια κλινική συμμετέχουσα και τη νύφη της έλαβαν συνέντευξη για περίπου 60 λεπτά. Η έρευνα ολοκληρώθηκε με την αξιοποίηση της ποιοτικής μεθόδου. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, με ποιοτική περιγραφή που χρησιμοποιήθηκε για την κατανόηση σε βάθος των εμπειριών των συμμετεχόντων χωρίς προηγούμενη ατζέντα ή γνώση, επιτρέποντας τη σύνοψη των απόψεών τους με καθημερινούς όρους.

Αποτελέσματα: Η θεματική ανάλυση ανέδειξε 4 θέματα: ψυχικές αποκρίσεις, γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, τεχνικές επιβίωσης και τη σημασία της υποστήριξης του συντρόφου και της βοήθειάς της για την αποδοχή και την προσαρμογή στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, την επιτήρηση και τα πρωτόκολλα θεραπείας.

Συμπέρασμα: Ένα βασικό εύρημα ήταν η αξία ενός υποστηρικτικού συντρόφου στην καθημερινή αντιμετώπιση των επιπτώσεων του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Από την άποψη των υπηρεσιών υγείας, ήταν επίσης εμφανής η ανάγκη για σαφή παροχή πληροφοριών και συμβουλευτική/υποστήριξη για την υποβοήθηση της διαχείρισης των ασθενών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει

να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τους συντρόφους, κατανοώντας έτσι τις ανάγκες των ζευγαριών. Η καλύτερη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας που βοηθούν στη φροντίδα μπορεί να επιτρέψει στα ζευγάρια να κινηθούν με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση προς την προσαρμογή στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης και να νιώσουν υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας (Heyes et al., 2020).

Άρθρο 23ο

McConkey RW, Dowling M. Supportive Care Needs of Patients on Surveillance and Treatment for Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer. Semin Oncol Nurs. 2021 37(1):151105

Objective: This literature review provides an overview of non-muscle-invasive bladder cancer diagnosis (NMIBC), treatment, and surveillance. Existing evidence is reviewed to identify the NMIBC patient pathway, highlight its effect on quality of life, and identify supportive care needs of this patient group. A framework to guide nurses in the care of this underserved population is proposed.

Data sources: Electronic databases including CINAHL, Medline, PsychInfo, Cochrane, and Google Scholar were searched.

Conclusion: NMIBC is a chronic disease with high recurrence and progression rates with most patients requiring invasive treatment and burdensome surveillance schedules with frequent hospital visits. Treatment-related side effects may interrupt therapy and possibly result in its discontinuation. Patients' quality of life can be negatively affected at various stages of the cancer trajectory. Specialist nurses provide holistic care throughout all stages of the patient journey to optimize supportive care, information provision, and delivery of appropriate treatment and surveillance protocols. NMIBC research is historically underfunded with a paucity of evidence identifying the supportive

care needs of this population. Further research is urgently required to fill the gaps identified.

Implications for nursing practice: This timely paper raises the profile of unmet supportive care needs in an underserved research cancer population. Suggestions are proposed to improve the quality of nursing care through standardized practices and the development and integration of patient pathways. Evidence of the effect of NMIBC on family members or carers is absent from the literature. Future research implications and directions are proposed.

Περίληψη

Στόχος: Αυτή η έρευνα παρέχει μια επισκόπηση της διάγνωσης του μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (NMIBC), της θεραπείας και της επιτήρησης. Τα υπάρχοντα στοιχεία επανεξετάζονται για τον προσδιορισμό της οδού ασθενών NMIBC, την επισήμανση της επίδρασής του στην ποιότητα ζωής και τον εντοπισμό των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας αυτής της ομάδας ασθενών. Προτείνεται ένα πλαίσιο για την καθοδήγηση των νοσηλευτών στη φροντίδα αυτού του υποεξυπηρετούμενου πληθυσμού.

Πηγές δεδομένων: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των CINAHL, Medline, PsychInfo, Cochrane και Google Scholar.

Συμπέρασμα: Ο καρκίνος ουροδόχου κύστεως είναι μια χρόνια νόσος με υψηλά ποσοστά υποτροπής και εξέλιξης με τους περισσότερους ασθενείς να χρειάζονται επεμβατική θεραπεία και επαχθή προγράμματα παρακολούθησης με συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία μπορεί να διακόψουν τη θεραπεία και πιθανώς να οδηγήσουν στην οριστική διακοπή της και στην εμφάνιση σημαντικών επιπλοκών. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά σε διάφορα στάδια της τροχιάς του καρκίνου. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές παρέχουν ολιστική φροντίδα σε όλα τα στάδια της εμπειρίας του ασθενούς για να βελτιστοποιήσουν την υποστηρικτική φροντίδα, την παροχή πληροφοριών και την παροχή κατάλληλων πρωτοκόλλων θεραπείας και επιτήρησης.

Συμπεράσματα : Αυτό το έγγραφο αυξάνει το προφίλ των ανεκπλήρωτων αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας σε έναν υποεξυπηρετούμενο πληθυσμό για τον καρκίνο. Προτείνονται προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας μέσω τυποποιημένων πρακτικών και της ανάπτυξης και ενσωμάτωσης μονοπατιών ασθενών. Αποδεικτικά στοιχεία της επίδρασης του καρκίνου ουροδόχου κύστεως σε μέλη της οικογένειας ή φροντιστές απουσιάζουν από τη βιβλιογραφία (McConkey et al., 2021).

Άρθρο 24ο

Nahon I, Paterson C, Sayner A. The Impact of Exercise and Nutrition as Part of a Person-Centered Approach to Prehabilitation in Patients with Bladder Cancer. Semin Oncol Nurs. 2020, 36(5):151072.

Background: Muscle invasive bladder cancer (MIBC) is commonly treated with radical cystectomy. Patients who require radical cystectomy are often frail, unwell, have multiple comorbidities, and can experience unmet supportive care needs. Due to these complexities, patients requiring radical cystectomy are often considered high risk for anesthetics, and therefore improving their physical and psychological well-being is crucial prior to radical surgery. Prehabilitation is the practice of enhancing a patient's functional and psychological capacity before surgery, with the aim of improving postoperative outcomes. This narrative review aims to identify and evaluate the role of physical exercise, nutritional intervention, and person-centered holistic approaches to prehabilitation in people affected by MIBC treated by radical cystectomy.

Data sources: Electronic databases including CINAHL, MEDLINE, PsychINFO, Scopus, and grey literature were searched using Google scholar until June 2020.

Conclusion: Evidence to support specific prehabilitation clinical recommendations in people affected by MIBC is emerging. Prehabilitation including exercise prescription, nutritional intervention, and person-centered holistic support is an important part of the clinical pathway for people affected by MIBC. Individualized prehabilitation programs across the multidisciplinary

team should be considered to provide specific individual recommendations to avoid "one size fits all". Given the limited research in this clinical area, future high-quality multi-center prospective trials are urgently needed.

Implications for nursing practice: People affected by MIBC can experience a range of unmet supportive care needs in routine clinical care delivery at the time of diagnosis and into survivorship. Evidence is emerging around the role of multidisciplinary interventions in the form of exercise, nutritional input, and holistic supportive care to improve physical and psychological well-being prior to major surgery. Specialist nurses are ideally placed to ensure that individual holistic care needs are addressed, and appropriate care and support is provided. Nurses can trigger timely referrals to members of the multidisciplinary team to coordinate an integrated person-centered approach to prehabilitation service provision to address the unmet needs of people undergoing treatment for MIBC.

Περίληψη

Ιστορικό: Ο μωδιθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστης (MIBC) αντιμετωπίζεται συνήθως με ριζική κυστεκτομή. Οι ασθενείς που χρειάζονται ριζική κυστεκτομή είναι συχνά αδύναμοι, νιώθουν έντονη αδιαθεσία, έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες και μπορεί να αντιμετωπίσουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας. Λόγω αυτών των πολυπλοκοτήτων, οι ασθενείς που χρειάζονται ριζική κυστεκτομή θεωρούνται συχνά υψηλού κινδύνου για αναισθητικά, και ως εκ τούτου η βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής τους ευεξίας είναι ζωτικής σημασίας πριν από τη ριζική χειρουργική επέμβαση. Η προκαταρκτικότητα είναι η πρακτική ενίσχυσης της λειτουργικής και ψυχολογικής ικανότητας του ασθενούς πριν από την επέμβαση, με στόχο τη βελτίωση των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων.

Στόχος : στόχος αυτής της έρευνας ήταν να εντοπίσει και να αξιολογήσει τον ρόλο της σωματικής άσκησης, της διατροφικής παρέμβασης και των ανθρωποκεντρικών ολιστικών προσεγγίσεων για την προεγκατάσταση σε άτομα που επηρεάζονται από μωδιθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης και υπόκεινται σε ριζική κυστεκτομή.

Πηγές δεδομένων: Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων συμπεριλαμβανομένων των CINAHL, MEDLINE, PsychINFO, Scopus και γκρίζας βιβλιογραφίας πραγματοποιούνταν αναζήτηση με χρήση του Google scholar έως τον Ιούνιο του 2020.

Συμπέρασμα: Εμφανίζονται στοιχεία που υποστηρίζουν συγκεκριμένες κλινικές συστάσεις για την προεγκατάσταση σε άτομα που έχουν προσβληθεί από μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Η προκαταρκτική προετοιμασία, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης για άσκηση, της διατροφικής παρέμβασης και της ολιστικής υποστήριξης με επίκεντρο τον άνθρωπο, είναι ένα σημαντικό μέρος της κλινικής οδού για τα άτομα που επηρεάζονται από την συγκεκριμένη μορφή καρκίνου. Μάλιστα, εξατομικευμένα προγράμματα προεγκατάστασης σε όλη τη διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να παρέχουν συγκεκριμένες ατομικές συστάσεις για την αποφυγή γενικών παρεμβάσεων που δεν είναι αποτελεσματικές για όλους.

Προτάσεις για τη νοσηλευτική πρακτική: Τα άτομα που επηρεάζονται από τον μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης μπορούν να βιώσουν μια σειρά από ανεκπλήρωτες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας κατά την παροχή κλινικής φροντίδας ρουτίνας κατά τη στιγμή της διάγνωσης και κατά την επιβίωση. Προκύπτουν στοιχεία σχετικά με το ρόλο των πολυεπιστημονικών παρεμβάσεων με τη μορφή άσκησης, διατροφικής αλλαγής και ολιστικής υποστηρικτικής φροντίδας για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας πριν από τη μεγάλη χειρουργική επέμβαση. Οι νοσηλευτές που εξασκούνται στην συγκεκριμένη ειδικότητα, βρίσκονται στην ιδανική θέση για να διασφαλίσουν ότι αντιμετωπίζονται οι ατομικές ανάγκες των ασθενών και τους παρέχεται ολιστική φροντίδα και υποστήριξη. Οι νοσηλευτές μπορούν να ενεργοποιήσουν έγκαιρες παραπομπές σε μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για να συντονίσουν μια ολοκληρωμένη προσωποκεντρική προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών προεγκατάστασης για την αντιμετώπιση των ανεκπλήρωτων αναγκών των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης (Nahon et al., 2020).

Άρθρο 25ο

Jensen BT. Organization Factors in the ERAS Bladder Cancer Pathway: The Multifarious Role of the ERAS Nurse, Why and What Is Important? Semin Oncol Nurs. 2021 Feb;37(1):151106

Objective: This paper provides an overview of the multifarious role of nursing in enhanced recovery after surgery (ERAS) in advanced bladder cancer surgery with procedure-specific recommendations in radical cystectomy pathways.

Data sources: Electronic databases including PubMed and CINAHL.

Conclusion: The growing evidence of preoperative, perioperative, and postoperative interventions and the concept of reacting proactively in ERAS, has led to the paradigm shift in the surgical pathway with establishment of nurse-led multi-professional prehabilitation academies. Moreover, although most patients will recover in real-life at home, there is a need for a change in postoperative and discharge management. Thus, a highly skilled discharge nurse is required to secure a comprehensive, safe discharge plan adjusted to the patient's needs in close cooperation with the primary care setting, family, and survivorship clinic if needed. Limited efforts have been made to evaluate rational principles and goals for rehabilitation after radical cystectomy; an important issue with major patient and perhaps socioeconomic consequences, wherein the ERAS nurse may take the future lead.

Implication for nursing practice: It has become a governmental demand in many countries to involve the patient and family in treatment decisions and care by using shared decision tools, and to educate and inform each family in concordance with the patient's needs and preferences, and the health care systems must react accordingly. However, to provide person-centeredness care within advanced surgical pathways, there remains a need for thought-leaders, strategic planners, managers, and decision-makers to anchor the process of change and stop "we do it anyway" arguments to defend organizational cultures that are not conducting the evidence-recommend practice.

Περίληψη

Στόχος: Αυτή η έρευνα παρέχει μια επισκόπηση του πολυσχιδούς ρόλου των νοσηλευτών στην ενισχυμένη ανάκαμψη μετά από χειρουργική επέμβαση (ERAS) στην προχωρημένη χειρουργική του καρκίνου της ουροδόχου κύστης με ειδικές για τη διαδικασία συστάσεις σε μονοπάτια ριζικής κυστεκτομής.

Πηγές δεδομένων: Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των PubMed και CINAHL.

Συμπέρασμα: Τα αυξανόμενα στοιχεία προεγχειρητικών, περιεγχειρητικών και μετεγχειρητικών παρεμβάσεων και η έννοια της προληπτικής αντίδρασης στο ERAS, οδήγησαν στην αλλαγή παραδείγματος στη χειρουργική οδό με την ίδρυση πολυεπαγγελματικών ακαδημιών προεγχειρητικής καθοδήγησης από νοσηλευτές. Επιπλέον, αν και οι περισσότεροι ασθενείς θα αναρρώσουν στην πραγματική ζωή στο σπίτι, υπάρχει ανάγκη για αλλαγή στη μετεγχειρητική διαχείριση και τη διαχείριση του εξιτηρίου. Έτσι, απαιτείται από το νοσηλευτικό προσωπικό να το διαχειριστεί με όσο πιο διακριτικό και αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να σχεδιαστεί κατά το στάδιο του εξιτηρίου του ασθενούς ένα ολοκληρωμένο, ασφαλές σχέδιο εξιτηρίου προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενούς, πάντοτε σε στενή συνεργασία με το περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την οικογένεια και την κλινική επιβίωσης, εάν χρειάζεται.

Συνέπειες για τη νοσηλευτική πρακτική: Σε πολλές χώρες έχει γίνει απαίτηση της κυβέρνησης να εμπλέκεται ο ασθενής και η οικογένεια στις αποφάσεις θεραπείας και φροντίδας χρησιμοποιώντας κοινά εργαλεία απόφασης και να εκπαιδεύουν και να ενημερώνουν κάθε οικογένεια σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και την υγεία. τα συστήματα φροντίδας πρέπει να αντιδρούν ανάλογα. Ωστόσο, για να παρέχεται προσωποκεντρική φροντίδα σε προηγμένα χειρουργικά μονοπάτια, είναι υψηλή η ανάγκη για την συμμετοχή νοσηλευτών οι οποίοι διαθέτουν ηγετικές ικανότητες, κριτική σκέψη αλλά και την δυνατότητα να οδηγούνται στην επιτυχή λήψη αποφάσεων. Το θέμα αυτό υπόκειται στα πλαίσια της οργανωσιακής κουλτούρας (Jensen, 2021).

Άρθρο 26ο

Ziegelmueller BK, Jokisch JF, Buchner A, Grimm T, Kretschmer A, Schulz GB, Stief C, Karl A. Long-Term Follow-Up and Oncological Outcome of Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer following an Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocol: Results of a Large Randomized, Prospective, Single-Center Study. Urol Int. 2020;104(1-2):55-61.

Introduction: Enhanced recovery after surgery (ERAS) concepts are implemented in various surgical disciplines. For patients undergoing radical cystectomy, prospective data are still rare. In the year 2014, our group could prove significant benefits of ERAS for these patients in a prospective randomized study compared to a conservative regimen.

Objective: To evaluate long-term follow-up results of ERAS concepts in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer.

Methods: Of the 101 patients who had initially prospectively been randomized to ERAS or a conservative regimen, 35 patients could be included in the study. Median follow-up time was 83 months. Primary end point assessed quality of life. Secondary end points were cancer-specific survival and overall survival.

Results: Five to seven years after the initial inclusion to the study, no significant difference regarding quality-of-life parameters was detected (p values range between 0.112 and 0.970). Continence status in patients with neobladder showed no significant differences between ERAS and conservative regimens (p = 0.785). Cancer-specific survival in the ERAS group did not differ significantly from that in the conservative group (49 vs. 58%, p = 0.725).

Conclusions: While ERAS represents an excellent way to improve postoperative convalescence and quality of life in the short-term follow-up, our data do not support the idea that there is also a long-term effect in terms of quality-of-life issues (Ziegelmueller et al., 2020).

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι έννοιες της ενισχυμένης αποκατάστασης μετά από χειρουργική επέμβαση (ERAS) εφαρμόζονται σε διάφορους χειρουργικούς κλάδους. Για ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή, τα προοπτικά δεδομένα εξακολουθούν να είναι σπάνια. Το έτος 2014, η ομάδα μας θα μπορούσε να αποδείξει σημαντικά οφέλη του ERAS για αυτούς τους ασθενείς σε μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη σε σύγκριση με ένα συντηρητικό σχήμα.

Στόχος: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μακροχρόνιας παρακολούθησης των εννοιών του ERAS σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή για καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Μέθοδοι: Από τους 101 ασθενείς που είχαν αρχικά τυχαιοποιηθεί προοπτικά σε ERAS ή σε συντηρητικό σχήμα, 35 ασθενείς μπορούσαν να συμπεριληφθούν στη μελέτη. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 83 μήνες. Πρωτεύον τελικό σημείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Τα δευτερεύοντα τελικά σημεία ήταν η επιβίωση και η συνολική επιβίωση για τον καρκίνο.

Αποτελέσματα: Πέντε έως επτά χρόνια μετά την αρχική ένταξη στη μελέτη, δεν ανιχνεύθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά τις παραμέτρους ποιότητας ζωής (οι τιμές p κυμαίνονται μεταξύ 0,112 και 0,970). Η κατάσταση ακράτειας σε ασθενείς με νεοκύστη δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ του ERAS και των συντηρητικών σχημάτων ($p = 0,785$). Η ειδική για τον καρκίνο επιβίωση στην ομάδα ERAS δεν διέφερε σημαντικά από αυτή στη συντηρητική ομάδα (49 έναντι 58%, $p = 0,725$).

Συμπεράσματα: Ενώ το ERAS αντιπροσωπεύει έναν εξαιρετικό τρόπο βελτίωσης της μετεγχειρητικής ανάρρωσης και της ποιότητας ζωής στη βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση, τα δεδομένα της έρευνας αυτής δεν υποστηρίζουν την ιδέα ότι υπάρχει επίσης μακροπρόθεσμη επίδραση όσον στα αφορά ζητήματα ποιότητας ζωής (Ziegelmueller et al., 2020).

Αρθρο 27ο

Kukreja JB, Shi Q, Chang CM, Seif MA, Sterling BM, Chen TY, Creel KM, Kamat AM, Dinney CP, Navai N, Shah JB, Wang XS. Patient-Reported Outcomes Are Associated With Enhanced Recovery Status in Patients With Bladder Cancer Undergoing Radical Cystectomy. Surg Innov. 2018 Jun;25(3):242-250.

Background: Bladder cancer is a disease of the elderly that is associated with high morbidity in those treated with radical cystectomy. In this observational study of patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy, we analyzed and compared patient-reported outcomes from those treated with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) methods versus those who received traditional perioperative care.

Methods: We enrolled patients who underwent radical cystectomy at a high-volume tertiary care referral center from November 2013 to December 2016, when the ERAS concept was being introduced into postoperative care at our institution. Patients reported symptom outcomes using the MD Anderson Symptom Inventory preoperatively and on postoperative days 1 to 5. Mann-Whitney U tests were used to compare symptom burden between the ERAS and traditional-care groups. General linear mixed-effects models were used for longitudinal data; linear regression models were used for multivariable analysis.

Results: Patients (N = 383) reported dry mouth, disturbed sleep, drowsiness, fatigue, pain, and lack of appetite as the most severe symptoms. Compared with the traditional-care group, the ERAS group had significantly less pain (est. = -0.98, P = .005), drowsiness (est. = -0.91, P = .009), dry mouth (est. = -1.21, P = .002), disturbed sleep (est. = -0.97, P = .01), and interference with functioning (est. = -0.70, P = .022) (adjusted for age, sex, surgical technique, and neoadjuvant chemotherapy status).

Conclusions: These results suggest that ERAS practice significantly reduced immediate postoperative symptom burden in bladder cancer patients recovering from radical cystectomy, supporting the use of patient-reported

symptom burden as an outcome measure in perioperative care (Kukreja et al., 2018).

Περίληψη

Εισαγωγή : Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι μια ασθένεια των ηλικιωμένων που σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα σε αυτούς που υπόκεινται σε ριζική κυστεκτομή. Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε ριζική κυστεκτομή, αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από ασθενείς από αυτούς που έλαβαν θεραπεία με μεθόδους Ενισχυμένης Ανάκτησης μετά από Χειρουργική επέμβαση (ERAS) έναντι εκείνων που έλαβαν παραδοσιακή περιεγχειρητική φροντίδα.

Μέθοδοι: Εγγράφηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική κυστεκτομή σε κέντρο παραπομπής τριτοβάθμιας φροντίδας μεγάλου όγκου από τον Νοέμβριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2016, όταν η έννοια ERAS εισήχθη στη μετεγχειρητική φροντίδα στο ίδρυμά. Οι ασθενείς ανέφεραν αποτελέσματα συμπτωμάτων χρησιμοποιώντας το MD Anderson Symptom Inventory προεγχειρητικά και τις μετεγχειρητικές ημέρες 1 έως 5. Οι δοκιμές Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση του φορτίου των συμπτωμάτων μεταξύ των ομάδων ERAS και παραδοσιακής φροντίδας. Επίσης γενικά γραμμικά μοντέλα μικτών επιδράσεων χρησιμοποιήθηκαν για διαχρονικά δεδομένα. Για την πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς (N = 383) ανέφεραν ξηροστομία, διαταραγμένο ύπνο, υπνηλία, κόπωση, πόνο και έλλειψη όρεξης ως τα πιο σοβαρά συμπτώματα. Σε σύγκριση με την ομάδα της παραδοσιακής φροντίδας, η ομάδα ERAS είχε σημαντικά λιγότερο πόνο (εκτίμηση = -0,98, P = 0,005), υπνηλία (εκτίμηση = -0,91, P = 0,009), ξηροστομία (εκτίμηση = -1,21, P = 0,002), διαταραγμένος ύπνος (εκτίμηση = -0,97, P = 0,01) και παρεμβολή στη λειτουργία (εκτιμ. = -0,70, P = 0,022) (προσαρμοσμένη για την ηλικία, το φύλο, τη χειρουργική τεχνική και το νεοεπικουρικό κατάσταση χημειοθεραπείας).

Συμπεράσματα: Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η πρακτική του ERAS μείωσε σημαντικά την άμεση μετεγχειρητική επιβάρυνση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που αναρρώνουν από ριζική κυστεκτομή, υποστηρίζοντας τη χρήση της επιβάρυνσης των συμπτωμάτων που αναφέρθηκε από τον ασθενή ως μέτρο έκβασης στην περιεγχειρητική φροντίδα (Kukreja et al., 2018).

Άρθρο 28ο

Lauridsen, S.V. (2021). Nursing Implication of People Treated by Radical Cystectomy Postsurgery and Rehabilitation. *Semin Oncol Nurs*, 37(1), 151110.

Objective: The purpose of this paper is to summarize existing evidence about nursing interventions to selected symptoms experienced by patients undergoing radical cystectomy (RC) to maintain or return to their daily life activities.

Data sources: A non-systematic narrative review was conducted. A search in PubMed and CINAHL was conducted eliciting evidence about frequent symptoms experienced after RC. The following search terms were used: radical cystectomy and/or nursing interventions, pain, distress, fatigue, urinary dysfunction, sexual dysfunction, loss of appetite, sleep disturbance, and enhanced recovery after surgery (ERAS).

Conclusion: Evidence in the ERAS pathway is still lacking regarding the effect of preoperative education and counseling of the patient and the most difficult part to implement is related to preoperative optimization of the patient such as lifestyle changes. Most nursing interventions to alleviate symptoms in the rehabilitation period after RC are still practice based.

Implications for nursing practice: Priority should be given to implementation of the ERAS protocol. To improve the management of symptoms experienced by patients in the RC rehabilitation period it is essential that validated screening tools to identify the symptoms be used. Accepted and effective strategies for

treating the individual symptoms should be initiated and clear treatment outcomes should be defined. Urology nurse researchers should investigate the concept of symptom clusters to clarify whether there are more efficient methods to identify symptoms or symptom clusters and if so, would the use of symptom clusters knowledge improve patient care (Lauridsen, 2021).

Περίληψη

Στόχος: Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να συνοψίσει τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε επιλεγμένα συμπτώματα που εμφανίζουν ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή (RC) για να διατηρήσουν ή να επιστρέψουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Πηγές δεδομένων: Πραγματοποιήθηκε μια μη συστηματική αφηγηματική ανασκόπηση. Διεξήχθη μια έρευνα στο PubMed και στο CINAHL που προκάλεσε στοιχεία σχετικά με συχνά συμπτώματα που εμφανίστηκαν μετά από RC. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι αναζήτησης: ριζική κυστεκτομή ή/και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, πόνος, δυσφορία, κόπωση, δυσλειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, σεξουαλική δυσλειτουργία, απώλεια όρεξης, διαταραχή ύπνου και ενισχυμένη αποκατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση (ERAS).

Συμπέρασμα: Τα στοιχεία για το μονοπάτι ERAS εξακολουθούν να λείπουν σχετικά με την επίδραση της προεγχειρητικής εκπαίδευσης και συμβουλευτικής στον ασθενή και το πιο δύσκολο κομμάτι στην εφαρμογή σχετίζεται με την προεγχειρητική βελτιστοποίηση του ασθενούς, όπως αλλαγές στον τρόπο ζωής. Οι περισσότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση των συμπτωμάτων στην περίοδο αποκατάστασης μετά από RC εξακολουθούν να βασίζονται στην πρακτική.

Επιπτώσεις για τη νοσηλευτική πρακτική: Θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην εφαρμογή του πρωτοκόλλου ERAS. Για να βελτιωθεί η διαχείριση των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς στην περίοδο αποκατάστασης του RC, είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται επικυρωμένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να ξεκινήσουν αποδεκτές και αποτελεσματικές στρατηγικές για τη θεραπεία των μεμονωμένων συμπτωμάτων και να οριστούν ξεκάθαρα θεραπευτικά

αποτελέσματα. Οι ερευνητές νοσηλευτές ουρολογίας θα πρέπει να διερευνήσουν την έννοια των συστάδων συμπτωμάτων για να διευκρινίσουν εάν υπάρχουν πιο αποτελεσματικές μέθοδοι για τον εντοπισμό συμπτωμάτων ή ομάδων συμπτωμάτων και εάν ναι, η χρήση των γνώσεων για τις ομάδες συμπτωμάτων θα βελτιώσει τη φροντίδα του ασθενούς (Lauridsen, 2021).

Άρθρο 29^ο

Siracusano, S, D'Elia C, Cerruto MA, Gacci M, Ciciliato S, Simonato A, Porcaro A, De Marco V, Talamini R, Toffoli L, Saleh O, Serni S, Visalli F, Niero M, Lonardi C, Imbimbo C, Verze P, Mirone V, Racioppi M, Iafrate M, Cacciamani G, De Marchi D, Bassi P, Artibani W. Quality of life following urinary diversion: Orthotopic ileal neobladder versus ileal conduit. A multicentre study among long-term, female bladder cancer survivors. Eur J Surg Oncol. 2019, 45(3), 477-481.

Introduction: Women undergoing radical cystectomy (RC) followed by urinary diversion (UD) for bladder cancer experience a substantial reduction in health-related quality of life (HRQOL). At present, studies comparing long-term QOL outcomes for different UD methods, needed to inform evidence-based choices of bladder reconstruction for female patients, are sparse. Our objective was to compare two common UD methods in terms of their HRQOL outcomes in women.

Materials and methods: We retrospectively analyzed HRQOL in 73 consecutive female bladder cancer patients having undergone orthotopic ileal neobladder (IONB, N = 24) or ileal conduit (IC, N = 49) following RC between 2007 and 2013 in six Italian academic urological centers. Patients had no evidence of tumour recurrence and were actively followed up. Validated Italian versions of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) generic (QLQ-C30) and bladder-cancer-specific (QLQ-BLM30) questionnaires were used to evaluate HRQOL.

Results: Patients in the IONB group were significantly younger than those in the IC group (median age: 67 and 73 years, respectively, $p = 0.02$). Barring

that, the two groups did not present statistically significant differences in median length of follow-up (43 vs 54 months), pathological stage, grading of the neoplasm, or adjuvant chemo - or radiotherapy. No significant differences in QOL were found between the groups, with the exception of financial difficulties, affecting IONB patients significantly more than IC patients (mean score on a scale of 0-100: 33.3 ± 29.5 vs 18.4 ± 19.3 , respectively; $p = 0.05$).

Conclusion: Financial difficulties was the only HRQOL item to differ between the two UD groups (Siracusano et al., 2019).

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή (RC) ακολουθούμενη από εκτροπή ούρων (UD) εξαιτίας τους καρκίνου της ουροδόχου κύστης παρουσιάζουν σημαντική μείωση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL). Επί του παρόντος, οι μελέτες που συγκρίνουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ποιότητας ζωής για διαφορετικές μεθόδους UD, που απαιτούνται για την ενημέρωση των τεκμηριωμένων επιλογών ανακατασκευής της ουροδόχου κύστης για γυναίκες ασθενείς, είναι σπάνιες. Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να πραγματοποιηθεί σύγκριση μεταξύ δύο κοινών μεθόδων UD όσον αφορά τα αποτελέσματά τους HRQOL στις γυναίκες.

Υλικά και μέθοδοι: Αναλύθηκε αναδρομικά η HRQOL σε 73 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε ορθοτοπική νεοκύστη ειλεού (IONB, N = 24) ή αγωγό ειλεού (IC, N = 49) μετά από RC μεταξύ 2007 και 2013 σε έξι ιταλικά ακαδημαϊκά ουρολογικά κέντρα. Οι ασθενείς δεν είχαν ενδείξεις υποτροπής του όγκου και παρακολούθηθηκαν ενεργά. Για την αξιολόγηση της HRQOL χρησιμοποιήθηκαν επικυρωμένες ιταλικές εκδόσεις των γενικών ερωτηματολογίων (QLQ-C30) και ειδικών για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (QLQ-BLM30) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς στην ομάδα IONB ήταν σημαντικά νεότερες από εκείνες της ομάδας IC (διάμεση ηλικία: 67 και 73 έτη, αντίστοιχα, $p = 0,02$). Εκτός αυτού, οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάμεση διάρκεια παρακολούθησης (43 έναντι 54 μηνών), στο παθολογικό

στάδιο, στη διαβάθμιση του νεοπλασματος ή στην επικουρική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων, με εξαίρεση τις οικονομικές δυσκολίες, που επηρεάζουν τους ασθενείς με IONB σημαντικά περισσότερο από τους ασθενείς με IC (μέση βαθμολογία σε κλίμακα 0-100: $33,3 \pm 29,5$ έναντι $18,4 \pm 19,3$, αντίστοιχα, $p = 0,05$).

Συμπέρασμα: Οι οικονομικές δυσκολίες ήταν το μόνο στοιχείο HRQOL που διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων UD (Siracusano et al., 2019).

Άρθρο 30^ο

Yi, E., Yang-sook, Y., Sunhee, L. & Hanjong, P., 2021. The Experiences of Illness in Korean Bladder Cancer Patients With Radical Cystectomy, *Cancer Nursing*, 21.

Background

After radical cystectomy, many bladder cancer patients experience physical and psychological difficulties. For nurses, understanding the illness experiences should be the utmost priority.

Objective

The aim of this study was to comprehensively understand the experiences of illness among bladder cancer patients with radical cystectomy in Korea.

Methods

Purposive sampling was used in this qualitative study to recruit patients hospitalized with bladder cancer at the urology cancer center in South Korea. Data were collected through one-on-one in-depth interviews and analyzed using the thematic analysis of Braun and Clarke.

Results

Six themes were derived: “confusion with bodily changes,” “loss of daily life as it was before radical cystectomy,” “feeling daunted,” “body acceptance,” “adaptation,” and “feeling grateful for life.” These themes represent the emotional state and adaptation process after surgery.

Conclusions

This study contributes to the understanding of the experience of illness in Korean adults experiencing bladder cancer. Whereas most previous research focuses on physical aspects, including treatment methods, this study focused on understanding the life and suffering after discharge of individuals. This study can help nurses to better understand the postoperative life of the patients.

Implications for Practice

This study can be a foundation for developing informational materials or intervention programs needed to solve the difficulties encountered during urostomy or neobladder self-care. Specifically, a strategy must be devised to alleviate the pain of loss and to help patients who feel daunted and experience a negative body image (Yi et al., 2021).

Περίληψη

Ιστορικό: Μετά από ριζική κυστεκτομή, πολλοί ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης αντιμετωπίζουν σωματικές και ψυχολογικές δυσκολίες. Για τους νοσηλευτές, η κατανόηση των εμπειριών της ασθένειας πρέπει να είναι η ύψιστη προτεραιότητα.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να κατανοήσει πλήρως τις εμπειρίες της ασθένειας μεταξύ ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης με ριζική κυστεκτομή στην Κορέα.

Μέθοδοι: Σε αυτή την ποιοτική μελέτη χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία για την πρόσληψη ασθενών που νοσηλεύονταν με καρκίνο της ουροδόχου κύστης στο ουρολογικό κέντρο καρκίνου στη Νότια Κορέα. Τα

δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω εις βάθος συνεντεύξεων και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη θεματική ανάλυση των Braun και Clarke.

Αποτελέσματα: Προέκυψαν έξι θέματα: «σύγχυση με σωματικές αλλαγές», «απώλεια της καθημερινής ζωής όπως ήταν πριν από τη ριζική κυστεκτομή», «αίσθημα τρομοκρατίας», «αποδοχή του σώματος», «προσαρμογή» και «αίσθημα ευγνωμοσύνης για τη ζωή». Αυτά τα θέματα αντιπροσωπεύουν τη συναισθηματική κατάσταση και τη διαδικασία προσαρμογής μετά την επέμβαση.

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας σε Κορεάτες ενήλικες που εμφανίζουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Ενώ οι περισσότερες προηγούμενες έρευνες επικεντρώνονται σε σωματικές πτυχές, συμπεριλαμβανομένων των μεθόδων θεραπείας, αυτή η μελέτη επικεντρώθηκε στην κατανόηση της ζωής και του πόνου μετά την έξοδο των ατόμων. Αυτή η μελέτη μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν καλύτερα τη μετεγχειρητική ζωή των ασθενών.

Συνέπειες για την πρακτική : η συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να αποτελέσει το θεμέλιο για την ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού ή προγραμμάτων παρέμβασης που απαιτούνται για την επίλυση των δυσκολιών που συναντώνται κατά την ουροστομία ή την αυτοφροντίδα της νεοκύστης. Συγκεκριμένα, πρέπει να σχεδιαστεί μια στρατηγική για να ανακουφιστεί ο πόνος της απώλειας και να βοηθηθούν οι ασθενείς που αισθάνονται αποθαρρημένοι και βιώνουν μια αρνητική εικόνα σώματος (Yi et al., 2021).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αλαμάνου, Δ., Φώτος, Ν. & Μπροκαλάκη – Παναουδάκη, Η., 2017.** Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών με καρκίνο και η ενημερωμένη συναίνεση. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 34(2), σελ.151-164.
- **Αρβανιτάκης, Θ., 2010.** Καρκίνωμα in Situ της ουροδόχου κύστεως. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 6(2), σελ.108-120.
- **Αρβανιτάκης, Θ., Ρεμπελάκος, Α., Καλογερόπουλος, Θ. & Παλλαντζάς, Α., 2012.** Καρκίνωμα in situ της ουροδόχου κύστεως. INFO Urology - 3μηνιαία Ουρολογική Επιθεώρηση, 2(3), σελ.8-12.
- **Γκέκας, Α., Παπατσώρης, ΑΓ. & Δάρρας, Ι., 2002.** Ογκολογικοί Δείκτες Στον Καρκίνο Του Ουροποιητικού. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- **Λαβδανίτη, Μ. & Ζυγά, Σ., 2012.** Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 4(1), σελ.13-17.
- **Λαβδανίτη Μ., Αβραμικά Μ. (2011).** Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας – Ο ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(4):490-98.
- **Μουτζούρης, Γ., 2017.** Καρκίνος ουροδόχου κύστης: Σύγγραμμα ουρολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- **Τσουφάκης, Γ. & Τζανέτου, Κ., 2012.** Διερεύνηση της αιματουρίας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(3), σελ.255-272.

- **AnBilliau, C., 2016.** Καρκίνος της ουροδόχου κύστης: οδηγός για ασθενείς. European Society for Medical Oncology, 1, σελ.1-37.
- **Babjuk M., Oosterlinck W., Sylvester R., Kaasinen E., Böhle A., Palou J., Roupré M. (2011).** Guidelines for the surface urinary bladder cancer. Eur Urol, 59(4):584-94.
- **Butcher, G., 2008.** Ουροποιητικό σύστημα Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.
- **Chung King-Thom. (2013).** The Etiology of Bladder Cancer and its Prevention. J Cancer Sci Ther.; 5(10) 346-361.

- **Dewit. S.**, 2009. Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2ος, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Grabe M.**, Bjerklund-Johansen T., Botto H., Çek M., Naber K., Pickard R., Tenke P. Wagenlehner F., Wullt B. (2010). Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology.
- **Kearney et al.**, 2011. Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο. 1η έκδοση, Εκδόσεις: Έλλην.
- **Lemone P.**, Burke K. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. 3η Έκδοση, Τόμος II, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Αθήνα.
- **Liddle C.** (2013) Postoperative care 1: principles of monitoring postoperative patients. Nursing Times; 109: 22, 24-26.
- **Mcillmurrat**, MB., 2001. The psychosocial needs of cancer: findings from an observation study, European journal of cancer care, p.261 - 269.
- **McGeown**, JG., 2006. Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **NHS.**, 2019. Guidelines for the Management of Bladder Cancer: West Midlands Expert Advisory Group for Urological Cancer. NHS Publication, p.1-12.
- **Newman**, D., 2014. Managing urinary retention in the acute care setting. Verathon Inc.
- **Osborn et al.**, 2013. Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Τόμος II. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Reigle**, B., Campbell, G. & Murphy, K., 2017. Cancer Rehabilitation and the Role of the Rehabilitation Nurse. Association of Rehabilitation Nurses, p.1-15.
- **Runger**, M., Geganti, A., & Netter, F., 2006. Παθολογία Βασικές Αρχές. Τόμος I. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Shinagare et al.**, 2011. Metastatic Pattern of Bladder Cancer: Correlation With the Characteristics of the Primary Tumor. American Roentgen Ray Society, 196, p.117- 122.
- **Steinberg**, G., 2016. Bladder Cancer. European Association of Urology, 72(4), p.206- 217.

- **Stenzl et al.**, 2011. Treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer: update of the EAU guidelines. European Association of Urology, 59(6), p.1009-1018.
- **Tariman, J. & Szubski, K.**, 2015. The Evolving Role of the Nurse During the Cancer Treatment Decision-Making Process. Clinical Journal of Oncology Nursing, 19(5), p.548-556.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ – ΠΙΝΑΚΩΝ

Εικόνες :

Εικόνα 1. Ανατομία ουροποιητικού συστήματος

Εικόνα 2. Τμήματα ουροδόχου κύστης

Εικόνα 3. Φυσιολογία ουροποιητικού συστήματος

Εικόνα 4. Μηχανισμοί παραγωγής ούρων

Εικόνα 5. Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Εικόνα 6. Υπερηχογράφημα ουροδόχου κύστης

Εικόνα 7. Κυστεοσκόπηση

Εικόνα 8. Στάδια καρκίνου

Πίνακες :

Πίνακας 1. Παράγοντες Κινδύνου

