



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"Καρκίνος Ουροδόχου Κύστεως και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις"

Φοιτητής: Μάριος Δρόσος

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

Ε. Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	4
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	5
Α ΜΕΡΟΣ	10
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ	10
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	15
3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	17
4.ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	32
5.ΠΡΟΛΗΨΗ	33
6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	34
Β ΜΕΡΟΣ	43
1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	43
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	45
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	46
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	52
Γ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)	54
ΑΡΘΡΑ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο όργανο στην κατώτερη πύελο, στο οποίο συλλέγονται τα ούρα. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι το δεύτερο πιο συχνό νεόπλασμα του ουροποιογεννητικού συστήματος. Στους άντρες η ανάπτυξη είναι 4 φορές συχνότερη από ό,τι στις γυναίκες. Από το 2000 και μετά, αντιπροσωπεύει το 3,3% του συνολικού αριθμού νέων περιπτώσεων καρκίνου ανά έτος και η πιο συχνή μορφή του είναι το καρκίνωμα από μεταβατικό επιθήλιο και εξορμάται από το τοίχωμα της κύστης.

Η πρόγνωση αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου. Συγκεκριμένα, η θεραπεία αφορά στην αφαίρεση του όγκου ή σε αφαίρεση της ουροδόχου κύστης, με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και πιθανά σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα της νόσου (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, τελικό στάδιο) είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο γιατρό – στη θεραπευτική ομάδα και τον ασθενή. Οφείλουν λοιπόν να έχουν σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις, για να αντεπεξέλθουν στο ρόλο τους, κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση για νεότερα ερευνητικά δεδομένα. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τους νοσηλευτές είναι η αναζήτηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, έννοια η οποία σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής (ολιστική ευεξία του ατόμου).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η προέλευση της λέξης «καρκίνος», αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα», για να περιγράψει διάφορα εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις.

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο «καρκίνος» για τη συγκεκριμένη νόσο, η έννοια φαίνεται να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Συγκεκριμένα, περιγράφονται στοιχεία ενός τύπου καρκίνου των οστών (οστεοσάρκωμα) σε οστά κεφαλής και αυχένα μούμιας σε πάπυρο στην Αρχαία Αίγυπτο, που υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ..

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

Με την πάροδο των χρόνων και ιδίως κατά τον 15ο αιώνα άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας, που αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα του ασθενούς με την υποκείμενη νόσο. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, με την προϋπόθεση να μην έχουν «εισβάλλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας, που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος), για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε πως η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου.

Παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες. Τον 17ο με 18ο αιώνα, θεωρούνταν ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική ασθένεια, νόσος, η οποία προκαλείται από παράσιτα. Λόγου χάρη, για τον καρκίνο του στομάχου θεωρήθηκε υπεύθυνο κάποιο σκουλήκι.

Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα το 1779 να απομακρυνθεί το πρώτο αντικαρκινικό νοσοκομείο από το κέντρο του Παρισιού, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός.

Έπειτα, από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα επικράτησε η θεωρία ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα ή από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Όμως, αυτή η θεωρία εγκαταλείφθηκε σύντομα, ύστερα από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό.

Στις αρχές του 20ου αιώνα και συγκεκριμένα το 1911 ο Rous περιέγραψε για πρώτη φορά το σάρκωμα στα κοτόπουλα εργαζόμενος στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, ο ιός έγινε αργότερα γνωστός με την ονομασία «σάρκωμα του Rous». Μάλιστα, για αυτή του την εργασία ο Rous το 1968 βραβεύτηκε με Νόμπελ.

Επίσης, το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο για πρώτη φορά απομονώθηκε εργαστηριακά ο καρκίνος σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών.

Βέβαια, έκτοτε έχουν διατυπωθεί και επικρατήσει διάφορες θεωρίες για τον καρκίνο. Πιο πρόσφατα, η κωνική θεωρία υποστηρίζει ότι η ο καρκίνος προκαλείται ως εξής: αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Πρόκειται για μια θεωρία, η οποία υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και ήταν αυτό που ενίσχυε το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας», που επικρατούσε και επικρατεί σε ένα κομμάτι του πληθυσμού.

Ωστόσο, η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πλέον πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της (Sudhakar, 2009).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (EAN), ο καρκίνος τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκόσμια αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου (24,4%), μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ αυξητική τάση παρουσιάζει τόσο η συνολική όσο και η κατά αιτία

θνησιμότητα από καρκίνο. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη από ό,τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες (OECD 2007). Μεταξύ των 34 χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α., η Ελλάδα κατατασσόταν το 2004 στη 19^η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23^η στις γυναίκες. Ωστόσο, η ευνοϊκή θέση της χώρας είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική, λόγω ελλείψεων στη διάγνωση, σφαλμάτων στην ταξινόμηση και κυρίως λόγω της έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών την περίοδο εκείνη (Εικόνες 1, 2).

Όσον αφορά στο ουροποιητικό σύστημα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι η πιο συχνή κακοήθεια του ουροποιητικού συστήματος. Ο καρκίνος σε αυτή την περιοχή αναπτύσσεται από τα κύτταρα του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης (ουροθήλιο). Αποτελεί τον 2^ο σε συχνότητα καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος, τον 9^ο πιο συχνό καρκίνο στην παγκόσμια κοινότητα, από το 2000 και μετά, αντιπροσωπεύοντας το 3,3% του συνολικού αριθμού νέων περιπτώσεων καρκίνου ανά έτος. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι 336.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως σε παγκόσμια κλίμακα. Μάλιστα, εμφανίζεται με μία υπεροχή στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, σε αναλογία 3,4:1. Τα τελευταία χρόνια η σχέση αυτή τείνει να μειωθεί και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο αριθμός των γυναικών που καπνίζει αυξάνεται κατακόρυφα. Επίσης, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι συχνότερος στους λευκούς, παρά στους έγχρωμους και η μέση ηλικία διάγνωσής του είναι τα 65 έτη. Αξιωσημείωτο είναι ακόμη πως τη στιγμή της διάγνωσης περίπου το 85% των όγκων είναι εντοπισμένοι στην ουροδόχο κύστη, ενώ το 15% ήδη έχει δώσει λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

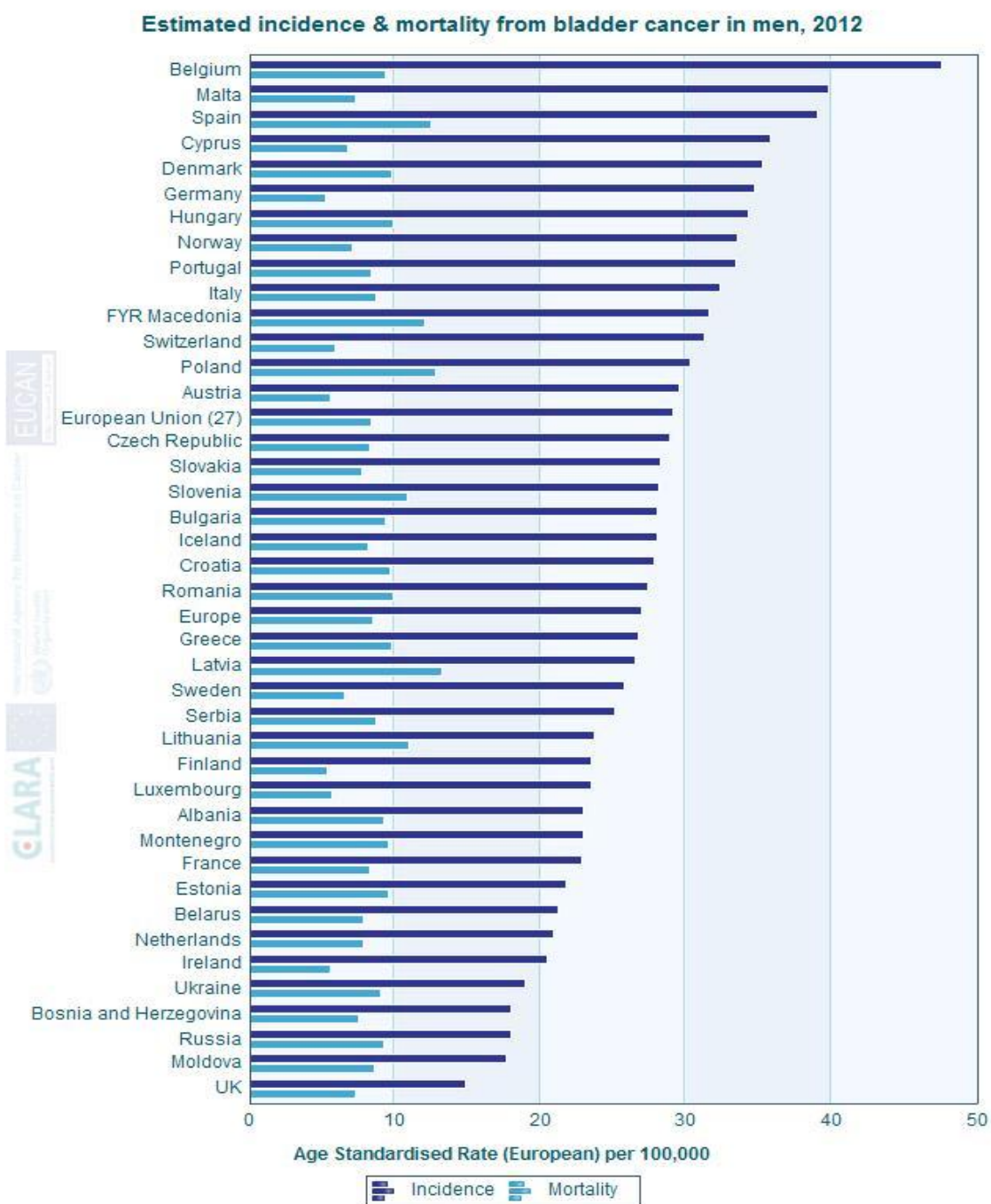
Σε ό,τι αφορά στη θνησιμότητα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η 4^η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άντρες (μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, του προστάτη και του παχέος εντέρου), με ποσοστό που ανέρχεται στο 5% των θανάτων από κάποια κακοήθεια. Από την άλλη, στις γυναίκες ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι υπαίτιος για το 3% περίπου του συνόλου θανάτων από καρκίνο. Παγκόσμια, ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν ετησίως υπολογίζεται σε 132.000. Γενικά, τα ποσοστά θνησιμότητας από τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι γύρω στο 20% ως προς την συχνότητα εμφάνισης της νόσου, το οποίο υποδεικνύει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης καταλήγουν από άλλα αίτια (Parkin et al, 2001).

Άλλα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τον καρκίνο της κύστεως αναφέρουν ότι αυτός εμφανίζεται συνήθως στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Ευρώπη) και λιγότερο στις χώρες της Ασίας και της Ν. Αμερικής, όπου η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι μικρότερη κατά 70%.

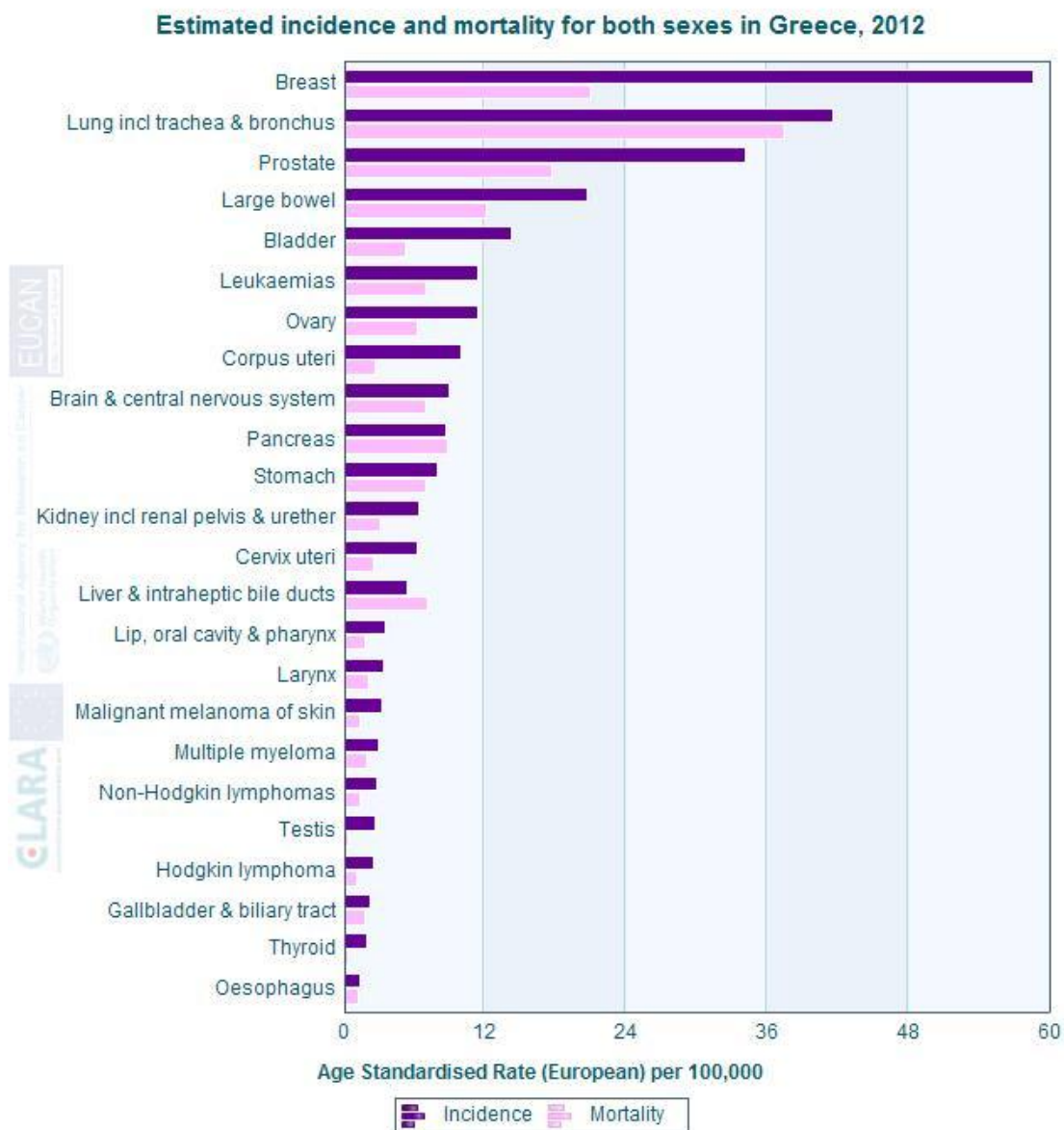
Αν και φαίνεται πως μετά την δεκαετία του 1950, ο ρυθμός εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης αυξάνεται σταθερά, η βελτίωση και η αυξημένη διαθεσιμότητα των διαγνωστικών τεχνικών έχουν συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Οπότε, παρατηρείται σταθερή μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο της ουροδόχου κύστης κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, η οποία οφείλεται καταρχάς στην πρώιμη διάγνωση και κατ'επέκταση στην αποτελεσματική θεραπεία.

Γενικά, πρόκειται για νόσο της μεγάλης ηλικίας, αφού η ηλικία διάγνωσης στους πιο πολλούς ασθενείς είναι μετά τα 60 έτη. Για αυτόν το λόγο, στην κατηγορία ανδρών άνω των 60 ετών αποτελεί τον δεύτερο πιο συχνό τύπο καρκίνου. Από την άλλη, οι νεότεροι ασθενείς φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση, διότι παρουσιάζουν πιο συχνά επιφανειακούς και καλύτερης διαφοροποίησης νεοπλασμάτα.

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι σχετικά συχνός και παρουσιάζει αυξητικές τάσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία από το EUCAN (European Union Cancer incidence, mortality and prevalence) η Ελλάδα κατέχει υψηλή θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με 16 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ετησίως (άντρες:γυναίκες = 4:1). Μάλιστα, ο καρκίνος στη χώρα μας παρουσιάζει επαγγελματική αιτιολογία (προκύπτει από έκθεση σε ουσίες όπως η βενζιδίνη και η β-ναφθιλαμίνη), αλλά σχετίζεται επίσης με το συστηματικό κάπνισμα και την κατανάλωση καφέ (Αρβανιτάκης, 2010· Jemal et al, 2002· Τριχοπούλου και Τριχόπουλος, 1986).



Εικόνα 1. Εκτιμώμενα περιστατικά και θάνατοι από καρκίνο ουροδόχου κύστεως στους άντρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση για το 2012. Πηγή: European Cancer Observatory (ECO).



Εικόνα 2. Εκτιμώμενα περιστατικά και θάνατοι από καρκίνο και στα δύο φύλλα για την Ελλάδα για το 2012.
Πηγή: European Cancer Observatory (ECO).

Ιστολογικά, το 90% των περιπτώσεων αφορά καρκινώματα εκ μεταβατικού επιθηλίου (ουροθηλιακό Ca), ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων αφορά σε πλακώδες καρκίνωμα και πιο σπάνια σε αδеноκαρκίνωμα, σάρκωμα, λέμφωμα και νευροενδοκρινικούς όγκους.

Ακόμη, το 70% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως είναι μονήρεις, με ή χωρίς διήθηση του τοιχώματος της.

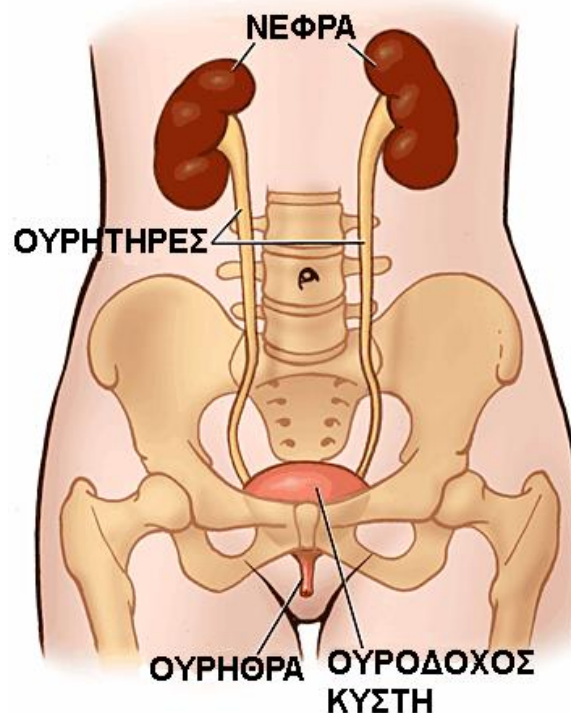
Επίσης, κατά τη διάγνωση, το 70% των ασθενών έχει επιφανειακό καρκίνο, το 25% έχει τοπικά διηθητικό καρκίνο και το υπόλοιπο 5% έχει μεταστατικό καρκίνο (Jemal et al, 2002).

Α ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους νεφρούς (2) και τους ουρητήρες (ΔΕ-ΑΡ), οι οποίοι αποτελούν το ανώτερο ουροποιητικό σύστημα, και από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα, οι οποίες αποτελούν το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα. Στον άνω πόλο των νεφρών αναγνωρίζονται τα επινεφρίδια, που είναι ενδοκρινείς αδένες οι οποίοι παράγουν ορμόνες (κορτιζόλη, αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη) και δεν ανήκουν στο ουροποιητικό σύστημα. Επίσης, η ουροδόχος κύστη συνορεύει με το ορθό και τα όργανα του γεννητικού συστήματος.

Στον άντρα, ο προστάτης περιβάλλει την ουρήθρα από το σημείο όπου αυτή ξεκινά από την κύστη, ενώ οι σπερματοδόχες κύστεις, που παράγουν μαζί με τον προστάτη το σπερματικό υγρό, εφάπτονται του πίσω τοιχώματος της κύστης και ενώνονται ανατομικά και λειτουργικά με τον προστάτη. Στη γυναίκα, ο κόλπος βρίσκεται πίσω από την ουρήθρα και την κύστη, ενώ η μήτρα αγκαλιάζει την κύστη από κάτω και πίσω (Εικόνα 3).

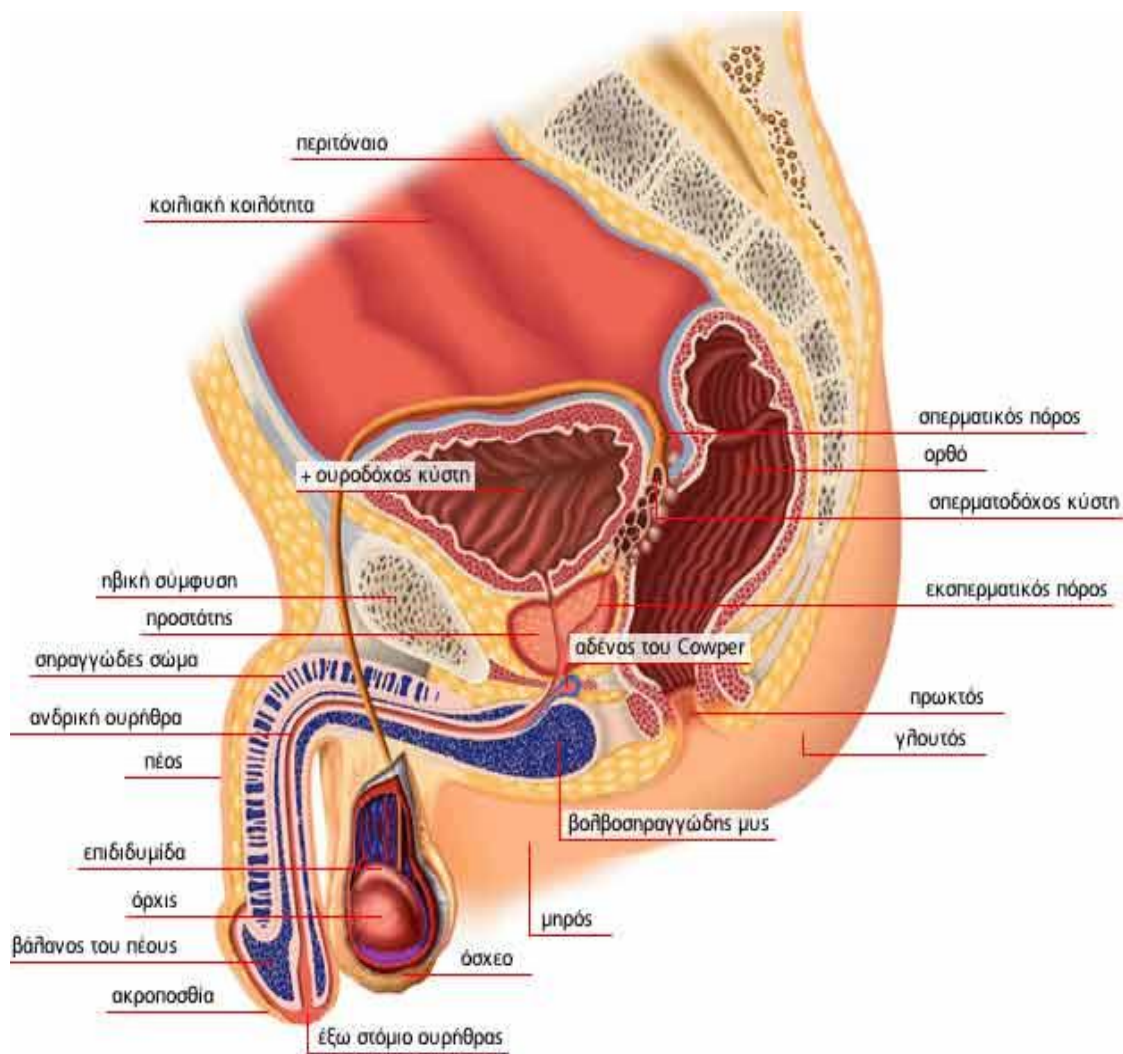


Εικόνα 3. Ανατομική θέση ουροδόχου κύστης

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο όργανο, με ισχυρό μυϊκό τοίχωμα από λείες μυϊκές ίνες (τον εξωστήρα μυ), οι οποίες στο κάτω μέρος της ουροδόχου κύστεως σχηματίζουν σφικτήρα. Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται μέσα στη ελάσσονα πύελο, πίσω

από την ηβική σύμφυση, μπροστά από τη μήτρα για τη γυναίκα, ενώ για τον άντρα μπροστά από το απευθυσμένο-ορθό (Εικόνα 4).

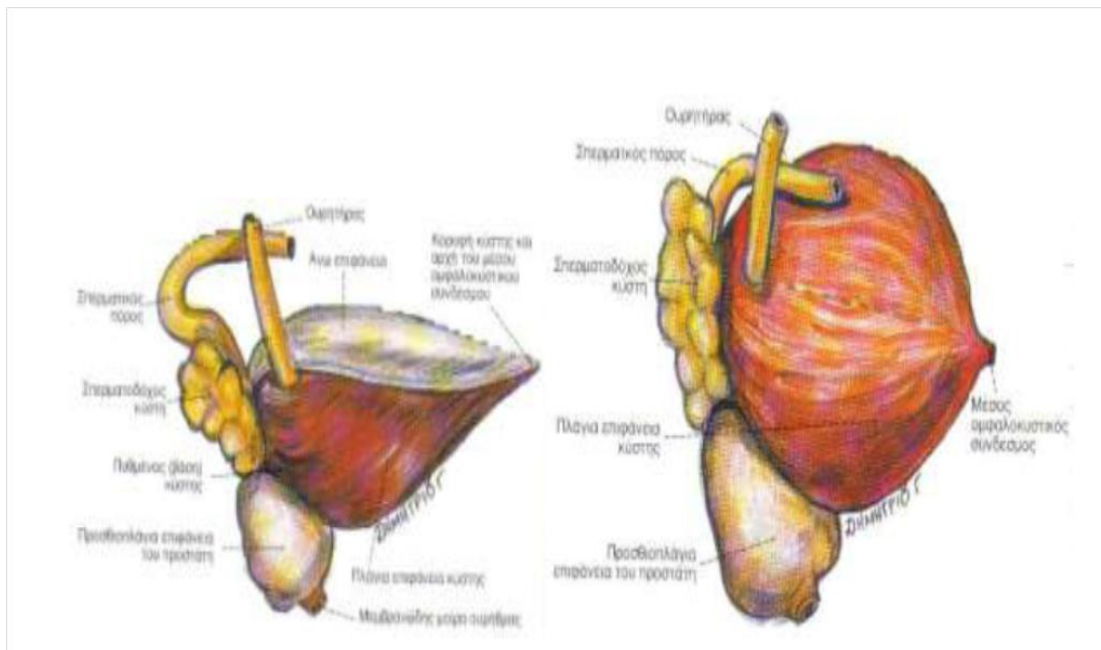
Τα ούρα παράγονται στους νεφρούς και μεταφέρονται στην ουροδόχο κύστη μέσω των ουρητήρων. Στη συνέχεια, αυτά αποθηκεύονται στην ουροδόχο κύστη έως ότου απελευθερωθούν με την ούρηση. Η χωρητικότητα της ουροδόχου κύστεως φτάνει στα 2000-3000 κ.εκ. αλλά ποτέ δε συγκεντρώνει τόσα ούρα, διότι τα 250-300 κ.εκ. ούρων προκαλούν την επιθυμία για ούρηση (Άγιος, 1997).



Εικόνα 4. Θέση ουροδόχου κύστης

Η θέση και το σχήμα της ουροδόχου κύστης ποικίλουν ανάλογα με την ποσότητα των ούρων που περιέχει και την πληρότητα του ορθού, που μπορεί να την πιέζει προς τα εμπρός και άνω, εάν αυτό βρίσκεται σε διάταση. Όταν η κύστη είναι άδεια, έχει τετραεδρικό σχήμα και βρίσκεται εντός της πυέλου. Όταν είναι γεμάτη, έχει σχήμα απιοειδές (Εικόνα 5). Στη βάση της (άνω) φέρει τα σημεία πρόσφυσης των ουρητήρων, ενώ στην κορυφή (κάτω), που προβάλλει πάνω από την ηβική σύμφυση, αρχίζει η ουρήθρα. Στο εσωτερικό της

αναγνωρίζονται τα στόμια των ουρητήρων, το στόμιο της ουρήθρας και ο αυχένας. Ακριβώς πιο πίσω και στο έδαφος εδράζει το κυστικό τρίγωνο, μία τριγωνική περιοχή ηπίως επηρμένη, που υποδέχεται τα δύο ουρητηρικά στόμια.



Εικόνα 5.

Σχηματική απεικόνιση ουροδόχου κύστης με μικρή και με αυξημένη ποσότητα ούρων.

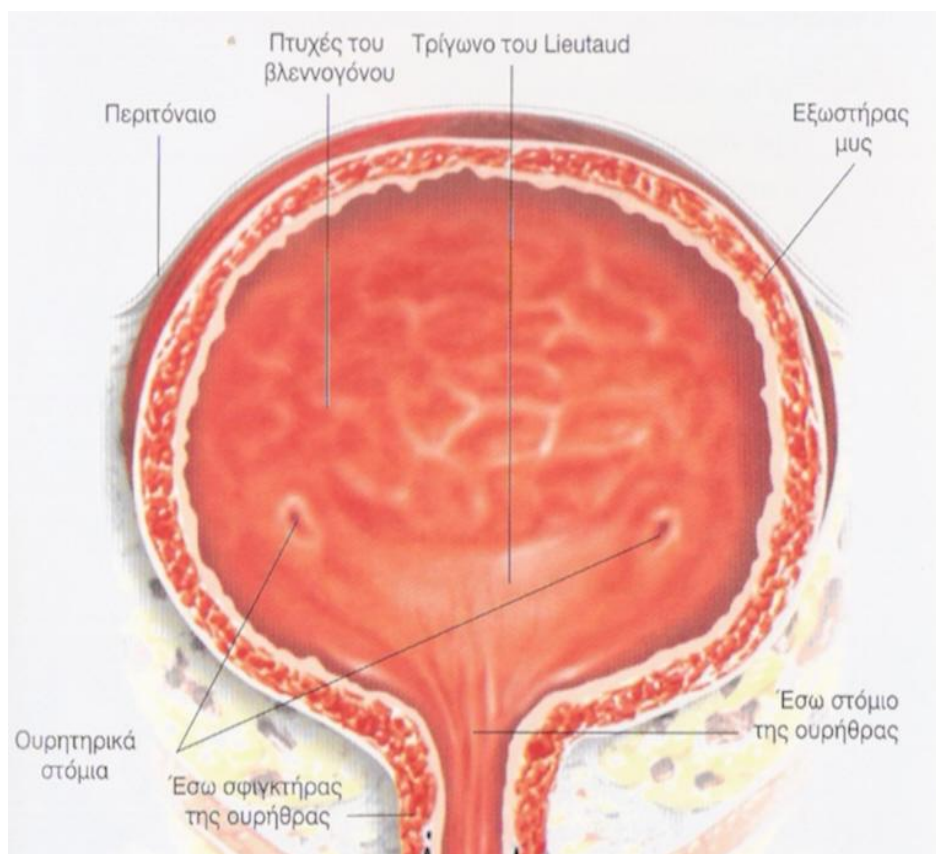
Η λειτουργία της κύστης ως δεξαμενής επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ενός πολύπλοκου συστήματος μυών σύγκλεισης. Οι μυϊκοί χιτώνες της κύστης διαχωρίζονται στο σημείο του στομίου της σε τρεις στιβάδες. Η εξωτερική στιβάδα διατρέχει με τη μορφή διπλής σπείρας ως την εξωτερική μυϊκή στιβάδα της ουρήθρας προς τον πυθμένα της κύστης (ουρογεννητικό διάφραγμα) και από εκεί επιστρέφει πάλι στον αυχένα. Η μέση στιβάδα του κυστικού μυός καταλήγει στον αυχένα της με τη μορφή πλάκας, που αποτελείται από δέσμες μυϊκών ινών, διατεταγμένες συγκεντρικά γύρω από τον αυχένα. Η εσωτερική μυϊκή στιβάδα ξεπερνάει τον αυχένα και συνεχίζει ως επιμήκης έσω μυϊκή στιβάδα της ουρήθρας και καταλήγει στο σπερματικό λοφίδιο. Οι λείες αυτές μυϊκές στιβάδες, που νευρώνονται από το φυτικό σύστημα, σχηματίζουν τον έσω σφιγκτήρα της ουρήθρας (Άγιος, 1997).

Ο έξω σφιγκτήρας της ουρήθρας, που σχηματίζεται από γραμμωτές μυϊκές ίνες, αποτελείται από δυο τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιβάλλει την ουρήθρα ως γνήσιος δακτυλιοειδής μυϊκός σφιγκτήρας στο ύψος της μεμβρανώδους μοίρας, στον πυθμένα της πυέλου. Το δεύτερο τμήμα αποτελείται από μυϊκές ίνες, οι οποίες ανεβαίνουν κάθετα μέχρι τον αυχένα της κύστης και κατ' αυτόν τον τρόπο περιβάλλουν σαν μανδύας το περιφερικό τμήμα της οπίσθιας ουρήθρας. Οι γραμμωτές αυτές μυϊκές ίνες έρχονται σε επαφή με τις

λείες μυϊκές ίνες της έξω κυκλικής μυϊκής στιβάδας της ουρήθρας, μέσω εξαιρετικά λεπτών συνδέσεων, οι οποίες μικροσκοπικώς έχουν τη μορφή ταινιωδών ζωνών από κολλαγόνο συνδετικό ιστό. Οι λείοι και γραμμωτοί σχηματισμοί μυϊκών ινών συμμετέχουν στο σχηματισμό της κάψας του προστάτη.

Όσον αφορά στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης, εκεί διακρίνονται η περιοχή του τριγώνου και η υπόλοιπη έσω επιφάνεια της κύστης. Το τρίγωνο είναι άπτυχη περιοχή, ενώ η υπόλοιπη κύστη εμφανίζει πτυχώσεις που εξαφανίζονται κατά την πλήρωση με ούρα. Το κυστικό τρίγωνο αφορίζεται από τα δύο ουρητηρικά στόμια και το έσω στόμιο της ουρήθρας. Η βάση του τριγώνου είναι η μεσοουρητηρική ακρολοφία, που δημιουργείται από την προβολή μυϊκών ινών μεταξύ των στομίων (Εικόνα 6).

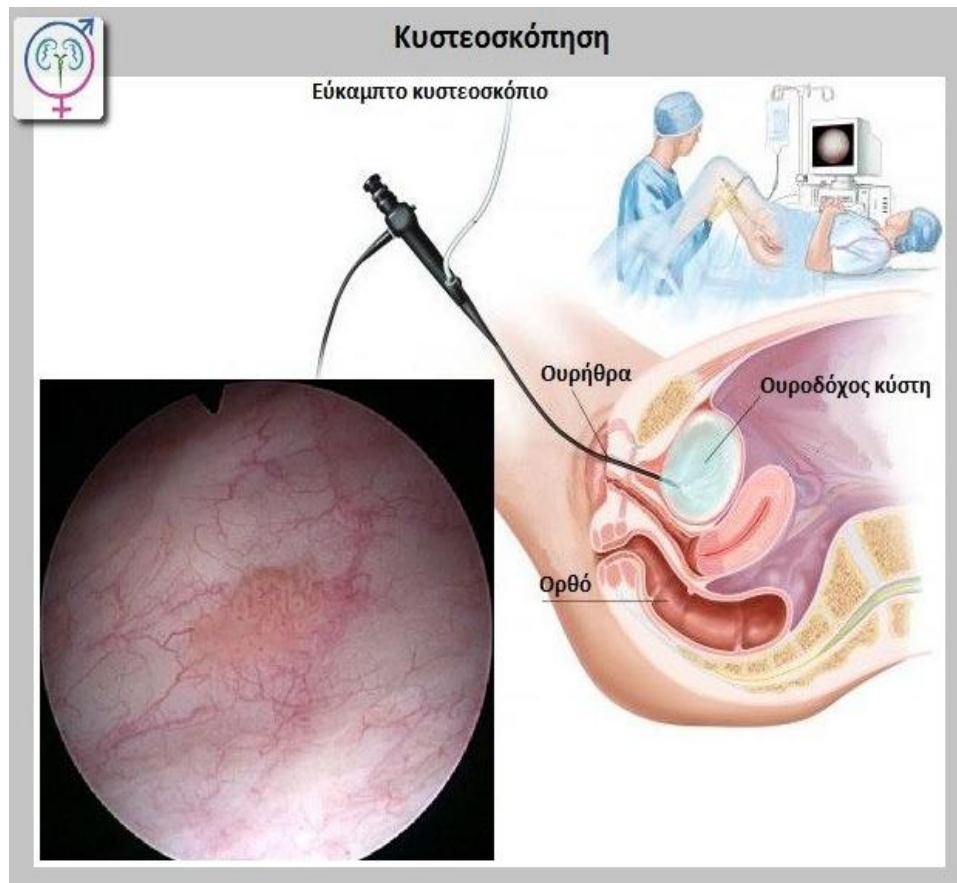
Επιπλέον, η ουροδόχος κύστη υποστηρίζεται από πολλούς συνδέσμους. Αιματώνεται από την άνω, μέση και κατώτερη κυστική αρτηρία, παροχετεύεται από πολλές φλέβες και λεμφαγγεία και νευρώνεται από κλάδους του τρίτου και τέταρτου ιερού νεύρου του υπογάστριου πλέγματος.



Εικόνα 6. Ανατομία της ουροδόχου κύστης

Ο βλεννογόνος του ουροποιητικού συστήματος (Εικόνα 7) αποτελείται από ένα πολύστιβο επιθήλιο (ουροθήλιο), με 7-8 στιβάδες κυττάρων κατά μέσο όρο, πάνω σε βασική μεμβράνη. Το πάχος του βλεννογόνου ποικίλλει και εξαρτάται από την κατάσταση

της ουροδόχου κύστης. Όταν διατείνεται, υπάρχουν λίγες μόνο στιβάδες ουροθηλιακών κυττάρων, ενώ, όταν είναι άδεια, παρατηρείται ένα παχύ πολύστιβο επιθήλιο. Τα κύτταρα στις κατώτερες στιβάδες είναι μικρά με έναν πυρήνα. Τα επιφανειακά κύτταρα (umbrella) είναι μεγαλύτερα και συχνά πολυπύρηνα με 2 έως και 55 πυρήνες. Κάθε επιφανειακό κύτταρο καλύπτει δύο ή περισσότερα από τα κύτταρα των κατώτερων στιβάδων. Το ουροθήλιο της φυσιολογικής ουροδόχου κύστης συχνά παρουσιάζει μερικές εμβαθύνσεις που ονομάζονται φωλεές του von Brunn. Συχνά καλύπτονται από βλεννοεκκριτικά κυλινδρικά κύτταρα παρά από ουροθηλιακά κύτταρα.



Εικόνα 7. Παρατήρηση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης μέσω κυστεοσκόπησης.

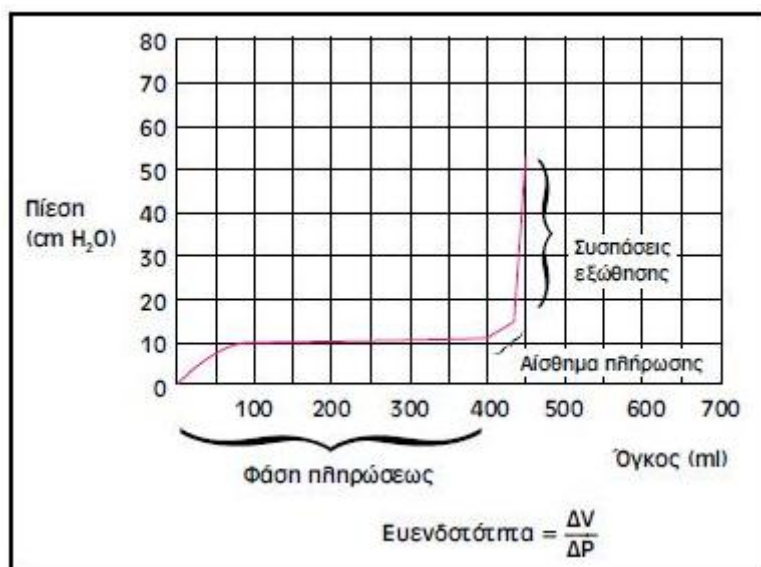
Τέλος, η κύστη δέχεται αρτηριακούς κλάδους από την έσω λαγόνια αρτηρία σε κάθε πλευρά, που διακρίνονται από τη θέση που κατέχουν στις άνω, τις μέσες και τις κάτω κυστικές αρτηρίες, ενώ οι αντίστοιχες φλέβες, αποχετεύουν το αίμα στις έσω λαγόνιες φλέβες. Τα λεμφαγγεία της κύστης αποχετεύουν τη λέμφο στα λεμφογάγγλια που συνοδεύουν τα έσω, τα έξω και τα κοινά λαγόνια αγγεία (επιχώρια λεμφογάγγλια της κύστης) (Άγιος, 1997).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα ούρα, που κατεβαίνουν από τους νεφρούς και τους ουρητήρες, αποθηκεύονται προσωρινά και μέχρι ενός ορισμένου ποσού μέσα στην κύστη, ώσπου να αποβληθούν με την ούρηση στο εξωτερικό περιβάλλον. Επομένως, η ουροδόχος κύστη έχει βασικά να εκτελέσει δυο έργα: 1) την προσωρινή αποθήκευση των ούρων και 2) την αποβολή τους.

Σε ένα 24ωρο εκκρίνονται κατά μέσο όρο 1,2-1,5 λίτρα ούρων αλλά η ποσότητα αυτή ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα των προσλαμβανόμενων υγρών και την ποσότητα των υγρών που αποβάλλεται με την εκπνοή, τον ιδρώτα και τα κόπρανα.

Η αποθήκευση των ούρων στηρίζεται στην ειδική κατασκευή του κυστικού τοιχώματος και ιδιαίτερα στην ιδιότητα που έχει ο εξωστήρας μυς να διατείνεται ανάλογα με την περιεκτικότητα της κύστης, χωρίς αυτό να συνοδεύεται από παράλληλη αύξηση του τόνου του και επομένως, χωρίς αξιόλογη αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης. Η ουροδόχος κύστη παραμένει ήρεμη κατά τη φάση πλήρωσής της με ούρα και οι ενδοκυστικές πιέσεις διατηρούνται χαμηλές. Αυτή είναι η φάση που η ουροδόχος κύστη λειτουργεί σαν αποθήκη. Η φάση αυτή της αποθήκευσης διατηρείται σχεδόν καθ' όλο το 24ωρο. Η πλήρωση της κύστης συνεχίζεται, χωρίς να γίνεται αντιληπτή, ώσπου το ποσό των ούρων να φτάσει τα 200-250 ml. Στην ποσότητα αυτή προκαλείται αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης, με αποτέλεσμα την παραγωγή ερεθισμάτων, που με σπλαχνικά αισθητικά νεύρα φτάνουν στο μυελικό (νωτιαίο) κέντρο της ούρησης και από εκεί στον εγκέφαλο, όπου γίνονται αντιληπτά σαν επιθυμία για ούρηση (αίσθημα έπειξης) (Εικόνα 8).

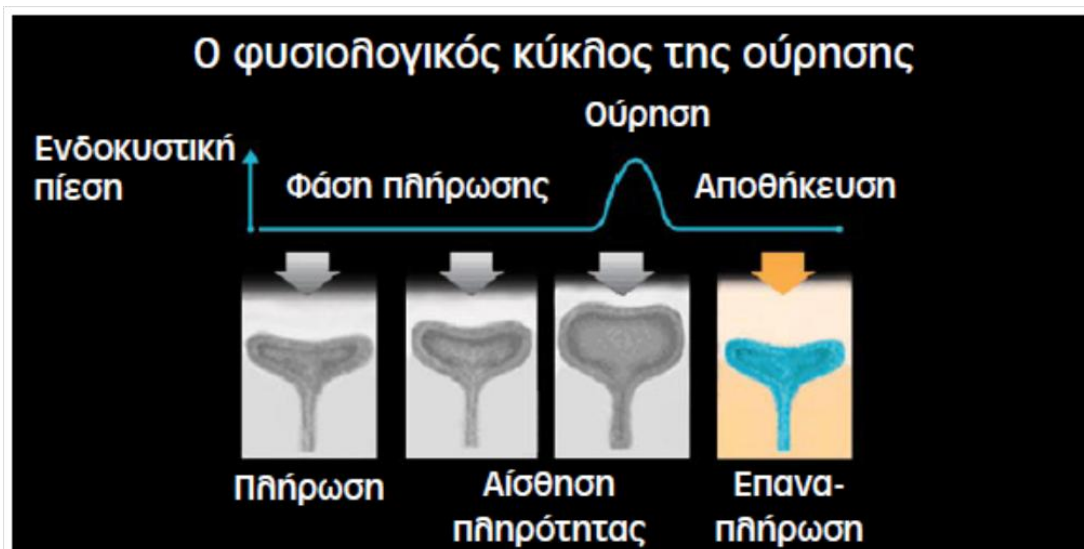


Εικόνα 8. Κυστεομανομέτρηση

Αυτή η επιθυμία κένωσης, όμως, υπόκειται στον έλεγχο της βούλησής μας, με αποτέλεσμα να μπορούμε να την αναστείλουμε για κάποιο χρονικό διάστημα. Αν τη στιγμή αυτή το άτομο δε θέλει να ουρήσει, στέλνει από τον εγκέφαλο ανασταλτικές ώσεις στο νωτιαίο κέντρο και διαμέσου αυτού στην κύστη, όπου προκαλείται χαλάρωση του κυστικού μυός. Έτσι, η πρώτη αυτή επιθυμία για ούρηση υποχωρεί και η κύστη εξακολουθεί να γεμίζει με ούρα, ώσπου το ποσό τους να φτάσει τα 300-350 ml.. Τότε προκαλείται νέα αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης και νέα επιθυμία για ούρηση, πιο έντονη από την πρώτη, που μπορεί όμως και πάλι να ανασταλλεί. Όταν το ποσό των ούρων φτάσει τελικά τα 450-500 ml, τότε το αίσθημα πλήρωσης της κύστης και η επιθυμία για ούρηση είναι τόσο αφόρητη, που το άτομο δεν είναι πια σε θέση να συγκρατήσει περισσότερο τα ούρα του. Επομένως, μέχρι το ποσό περίπου των 500 ml η ούρηση μπορεί να αναβληθεί μέσω εγκεφαλικών κέντρων.

Όταν υπάρξουν αποδεκτές κοινωνικές συνθήκες, σταματάει την αποστολή ανασταλτικών ώσεων από τον εγκέφαλο στο νωτιαίο κέντρο. Αυτό τώρα αρχίζει να παράγει κινητικά ερεθίσματα, που με ανάλογα σπλαχνικά νεύρα φτάνουν στην κύστη και προκαλούν σύσπαση του εξωστήρα μυός, οπότε και πραγματοποιείται η ούρηση (Εικόνα 9).

Κατά την ούρηση αρχίζει η διαδικασία κένωσης της κύστης, δηλαδή η ουροδόχος κύστη αρχίζει να λειτουργεί ως αντλία προώθησης των ούρων, ενώ συγχρόνως υπάρχει χαλάρωση των ουρηθρικών σφιγκτήρων, η οποία συνεχίζεται, μέχρις ότου η κύστη αδειάσει εντελώς. Η φάση κένωσης της κύστης φυσιολογικά συμβαίνει 4-6 φορές το 24ωρο και διαρκεί φυσιολογικά έως 30 δευτερόλεπτα κάθε φορά.



Εικόνα 9. Φάσεις της ούρησης

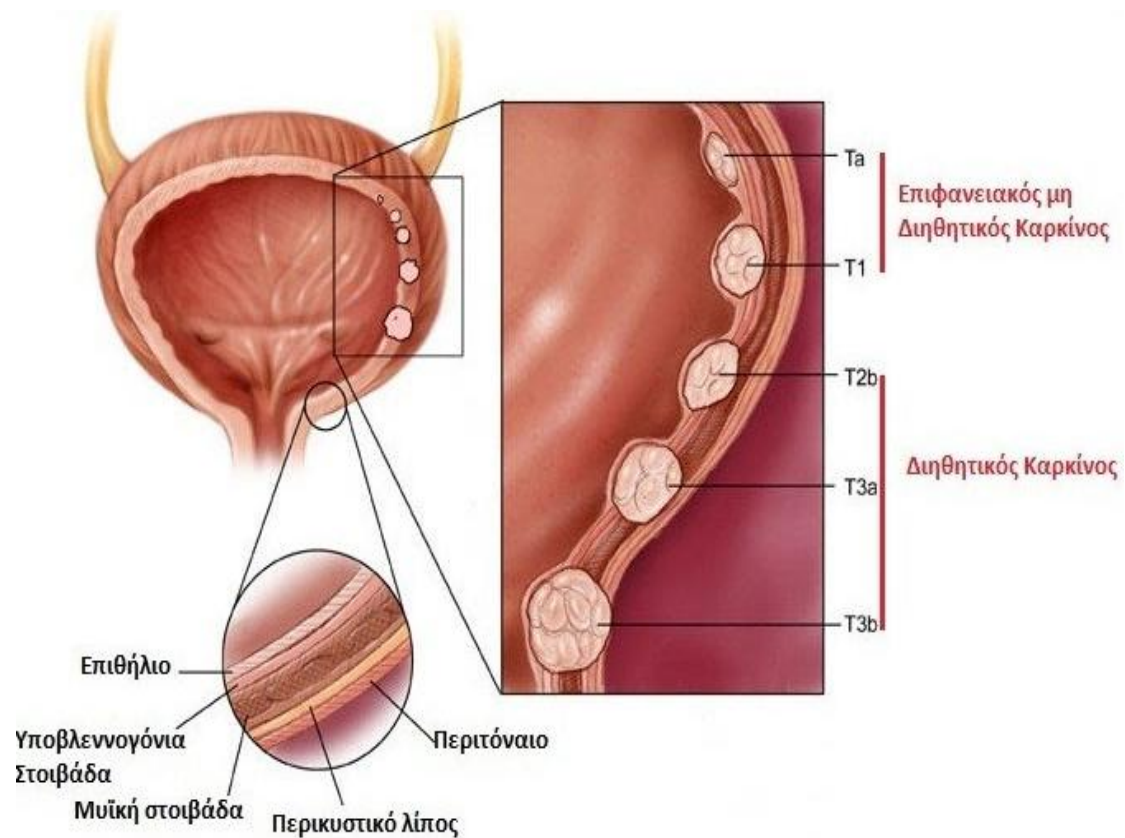
Αυτός, σε γενικές γραμμές, είναι ο μηχανισμός της ούρησης, η οποία είναι ένα αντανakλαστικό φαινόμενο, που ελέγχεται όμως άμεσα από τη βούληση του ατόμου (Δημόπουλος, 1998).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Σήμερα ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Επιφανειακός: είναι ο καρκίνος που εντοπίζεται στο βλεννογόνο.
2. Διηθητικός: ο καρκίνος που εισχωρεί στο μυϊκό τοίχωμα και μπορεί να επεκταθεί και έξω από αυτό.

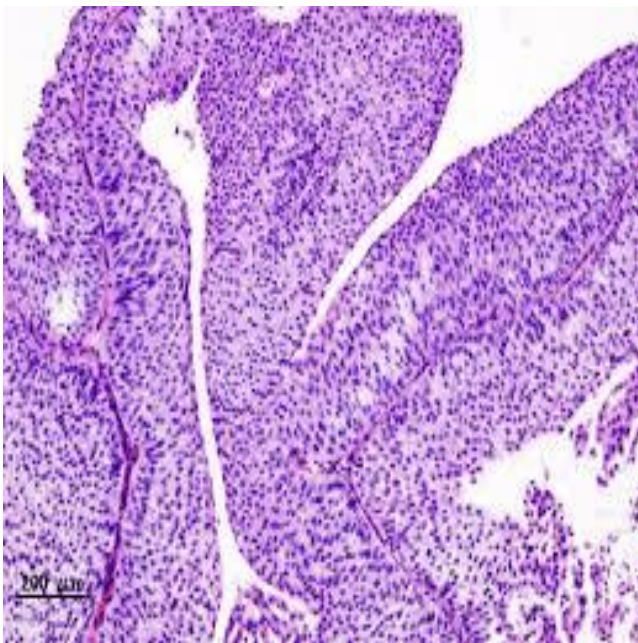
Η διαίρεση αυτή έχει μεγάλη σημασία, διότι διαφέρει και η θεραπεία αλλά και η πρόγνωση της κάθε κατηγορίας.



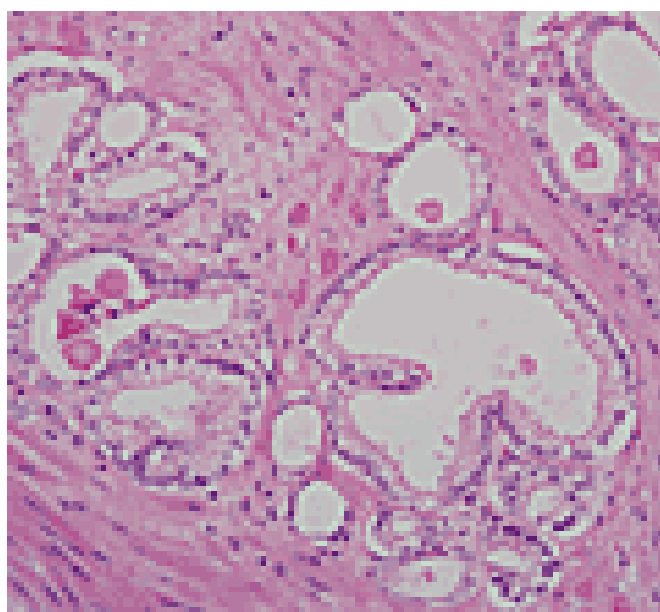
Εικόνα 10. Κατηγορίες καρκίνου ουροδόχου κύστεως.

Επιπρόσθετα, τα κακοήγη νεοπλάσματα της ουροδόχου κύστεως διακρίνονται ανάλογα με το κύτταρο προέλευσης κυρίως σε:

- Καρκίνωμα εκ μεταβατικού επιθηλίου: (90%) - Προέρχεται από τα κύτταρα του πλέον εσωτερικού στρώματος του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως και είναι αυτά που με την λειτουργία τους επιτρέπουν στην κύστη να συρρικνώνεται, όταν αδειάζει, και να διατείνεται, όταν γεμίζει από ούρα. Επίσης, αυτά επενδύουν το εσωτερικό του ουρητήρα αλλά και της ουρήθρας.



- Πλακώδες καρκίνωμα:(1-10%) - Εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνιες φλεγμονές και ερεθισμό του κυστικού τοιχώματος (μόνιμο καθετήρα, λιθίαση, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και προσβολή της κύστης από ένα παράσιτο που λέγεται σχιστόσωμα). Είναι γενικά καρκίνος επιθετικής μορφής, με κακή πρόγνωση, που χρήζει ριζικής αντιμετώπισης.
- Αδενοκαρκίνωμα: (0,5-2%) - Προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα που εκκρίνουν τη βλέννα στην ουροδόχο κύστη. Μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή μεταστατικός καρκίνος με κακή πρόγνωση και χρήζει ριζικής αντιμετώπισης.



Εικόνα 12. Αδενοκαρκίνωμα ουροδόχου κύστεως. (Πηγή: <http://www.biopsies.gr>)

3.1 ΑΙΤΙΑ

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη. Ορισμένοι από αυτούς είναι οι εξής:

Επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες

Τα χρώματα ανιλίνης, που εισήχθησαν στα μέσα του 19ου αιώνα για τη χρώση των υφασμάτων ενοχοποιούνται για τον καρκίνο του ουροθηλίου. Άλλες χημικές ουσίες που έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι η 2-ναφθυλαμίνη, το 4-αμινοδιφαινύλιο (ξενυλαμίνη), το 4-νιτροφαινύλιο, το 4,4-διαμινοδιφαινύλιο και το 2-αμινο-1-ναφθαλ, τα αέρια της καύσης, η αιθάλη από τα κάρβουνα και ενδεχομένως οι χλωριωμένοι αλειφατικοί υδρογονάνθρακες.

Υπολογίζεται ότι γύρω στο 1/4 με 1/3 των καρκίνων της ουροδόχου κύστης στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλονται σε επαγγελματική έκθεση. Η λανθάνουσα περίοδος μπορεί να διαρκέσει 40 με 50 έτη αλλά μια πιο εντατική έκθεση στο καρκινογόνο μπορεί να μειώσει τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου (Χατζή και συν., 2008).

Κάπνισμα

Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους καπνιστές είναι τετραπλάσια από ό,τι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου συσχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων, τη διάρκεια του καπνίσματος και το βαθμό εισπνοής του καπνού. Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο των περιπτώσεων καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορεί να οφείλεται στο κάπνισμα (IARC, 2004· Negri and La Vecchia, 2001).

Κατανάλωση καφέ και τσαγιού

Η κατανάλωση καφέ έχει ενοχοποιηθεί σε ορισμένες αλλά όχι σε όλες τις μελέτες όσον αφορά στην αιτιολογία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Κατανάλωση νερού

Σε μια 10ετή μελέτη στην οποία συμμετείχαν σχεδόν 48.000 άνδρες οι ερευνητές διαπίστωσαν πως οι άνδρες που έπιναν 1,5 λίτρα νερού την ημέρα είχαν σημαντικά μειωμένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης, σε σύγκριση με τους άνδρες που έπιναν λιγότερο από 240 ml (περίπου 1 φλιτζάνι) ανά ημέρα. Οι συγγραφείς πρότειναν ότι ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης θα μπορούσε εν μέρει να προκαλείται από την απευθείας επαφή της ουροδόχου κύστεως με καρκινογόνες ουσίες που απεκκρίνονται στα ούρα (IARC, 2004· Negri and La Vecchia, 2001).

Κατάχρηση αναλγητικών

Η χρόνια και άσκοπη λήψη αναλγητικών (Φαινακετίνη) ή αντιβιοτικών-χημειοθεραπευτικών (Κυκλοφωσφαμίδη) προκαλεί μια έντονη ερεθιστική επίδραση στον βλεννογόνο της κύστης αυξάνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου κατά 8 φορές (Negri and La Vecchia, 2001).

Συνθετικά γλυκαντικά

Μεγάλες δόσεις συνθετικών γλυκαντικών ουσιών, περιλαμβανομένης της σακχαρίνης και της κυκλαμάτης έχει αποδειχθεί ότι προξενούν καρκίνο της ουροδόχου κύστης σε πειραματικές μελέτες με τρωκτικά (IARC, 1999· Negri and La Vecchia, 2001).

Χρόνια φλεγμονή της ουροδόχου κύστεως (κυστίτιδες).

Χρόνιες ή και υποτροπιάζουσες φλεγμονές, καθώς και οξείες, συχνά επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις της ουροδόχου κύστεως, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση νεοπλασματικής εξαλλαγής του επιθηλίου, κυρίως όταν μείνουν χωρίς ουσιαστική θεραπεία ή και όταν συνδυάζονται και με άλλες συστηματικές ασθένειες (σακχαρώδη διαβήτη, αυτοάνοσα νοσήματα, ασθένειες συνδετικού ιστού) ή άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες (κάπνισμα, αλκοόλ, εργασιακό περιβάλλον κ.λ.π.), που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού ή ασκούν συνεχή ερεθιστική επίδραση στο ουροθήλιο (π.χ. η χρόνια επίσχεση ούρων με μόνιμο καθετήρα, η λοίμωξη με το παράσιτο σχιστόσωμα, η λιθίαση της κύστης) (Negri and La Vecchia, 2001).

Ακτινοβολία της πυέλου

Οι γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν διπλάσια έως και τετραπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκινώματος του μεταβατικού επιθηλίου της ουροδόχου κύστης (Negri and La Vecchia, 2001).

Κυκλοφωσφαμίδη

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη έχουν έως και εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Ο μεταβολίτης του Cytoxan στα ούρα, η ακρολεΐνη, πιστεύεται ότι ευθύνεται για την αιμορραγική κυστίτιδα και τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (IARC, 1999· Negri and La Vecchia, 2001).

Ενδογενείς Μεταβολίτες της Τρυπτοφάνης

Οι ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης αναφέρεται ότι έχουν αυξημένα επίπεδα μεταβολιτών της τρυπτοφάνης. Τα υψηλά επίπεδα έχει αναφερθεί ότι σχετίζονται με την πιθανότητα υποτροπής του όγκου.

Σε πρόσφατες μελέτες αποδεικνύεται ότι οι ενδογενείς μεταβολίτες της τρυπτοφάνης δε συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Ωστόσο, ο συνδυασμός της τρυπτοφάνης με το 2-ακετυλαμινοφθορίδιο ή της τρυπτοφάνης

με μία δίαιτα πτωχή σε πυριδοξίνη προκάλεσε καρκίνο της ουροδόχου κύστης σε πειραματόζωα (Negri and La Vecchia, 2001).

Κληρονομικότητα

Άτομα που έχουν πρόσωπα στο οικογενειακό περιβάλλον με καρκίνο κύστης, έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιο άλλο άτομο να προσβληθούν από την ασθένεια. Η παρουσία του συνδρόμου Lynch, μιας κληρονομικής μορφής, μη πολυποειδούς καρκίνου του παχέος εντέρου, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου στο ουροποιητικό σύστημα, όπως επίσης και στη μήτρα, στις ωοθήκες ή σε άλλα όργανα.

Δύο διαφορετικά σχήματα γενετικής επίδρασης έχουν προταθεί για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης: ένα αυτοσωμικό επικρατές σχήμα που ευθύνεται για μικρό αριθμό περιπτώσεων κι ένα πολυπαραγοντικό, πολυγονικό σχήμα, στο οποίο ενέχονται γενετικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις (Negri and La Vecchia, 2001).

Μεταλλάξεις

Έχει προταθεί ότι οι μεταλλάξεις στο HRAS, KRAS2, RB1, FGFR3 μπορεί να συνδέονται σε ορισμένες περιπτώσεις με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως (Negri and La Vecchia, 2001).

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κυριότερα συμπτώματα του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως είναι:

- **Αιματουρία** (αίμα στα ούρα): Μπορεί να είναι μικροσκοπική (δηλαδή να ανιχνεύεται μόνο με την ανάλυση ούρων) ή να είναι μακροσκοπική (δηλαδή τα ούρα να παρουσιάζονται με χρώμα σκούρο κίτρινο, κόκκινο βαθύ ή και σκούρο καφέ). Είναι συνήθως ανώδυνη, δηλαδή ο ασθενής δεν πονάει, και διαλείπουσα, δηλαδή μπορεί να υπάρχει αίμα σε μία ούρηση και εν συνεχεία τα ούρα να είναι καθαρά για ημέρες ή και πιο μεγάλο διάστημα (μήνες), κάτι που κάνει πολλές φορές τον ασθενή να επαναπαύεται, ενώ η νόσος προχωρεί. Η αιματουρία λοιπόν είναι το κύριο σύμπτωμα, χωρίς να σημαίνει πως κάθε αιματουρία είναι και καρκίνος. Όμως, κάθε αιματουρία χρήζει παρακολούθησης, ακόμη και όταν εμφανίζεται για μία φορά (Τσουφάκης και και Τζανέτου, 2000).
- **Ερεθιστικά συμπτώματα ούρησης** (συχνουρία, νυκτουρία, επιτακτικότητα). Όταν η ούρηση είναι αρκετά συχνή, επιτακτική και συμβαίνει πολλές φορές και το βράδυ.

- Οσφυϊκό άλγος: Όταν υπάρχει πόνος στην μέση ή στην νεφρική χώρα, που οφείλεται σε κολικό από διατάσεις του πυελοκαλυκικού συστήματος, λόγω απόφραξης του ουρητήρα από την νεοπλασία ή από τις λεμφαδενικές μεταστάσεις.
- Απώλεια βάρους.

3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου ουροδόχου κύστης μπορεί να γίνει με τις παρακάτω μεθόδους:

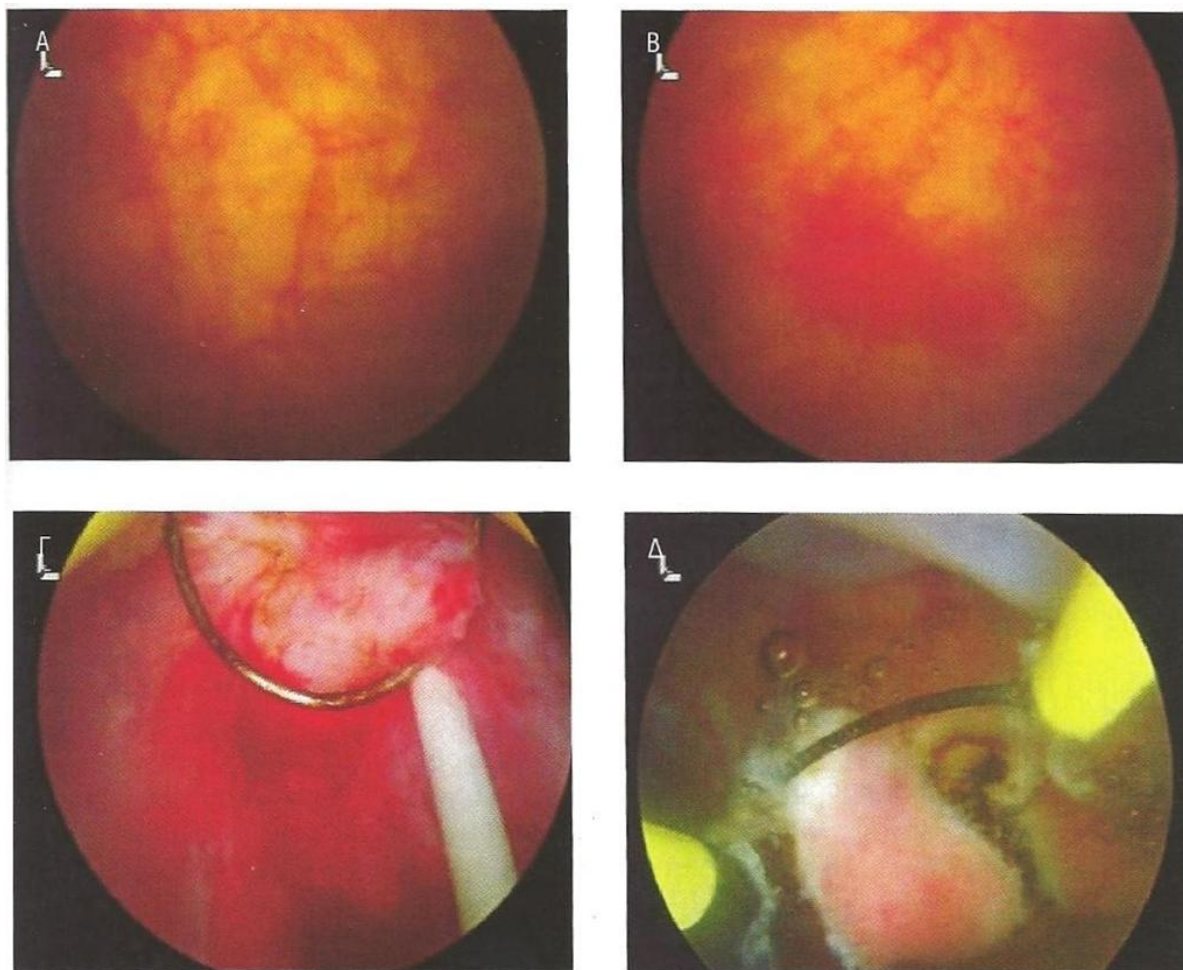
Γενική & Κυτταρολογική εξέταση των ούρων: Αυτή η εξέταση αναφέρεται σε λήψη δείγματος ούρων για απλή (γενική ούρων) και κυτταρολογική παρατήρηση. Είναι καλύτερο να γίνεται με την χρήση μικρού καθετήρα, που εισάγεται στην ουροδόχο κύστη. Με ειδικούς χειρισμούς, μέσω μιάς ειδικά προσαρμοσμένης σύριγγας, λαμβάνονται ούρα μετά από έκπλυση της κύστης. Η λήψη τριών (3) δειγμάτων ούρων με τον ανωτέρω περιγραφόμενο τρόπο μέσα σε λίγες ημέρες, δηλαδή ανά 2 ή 3 ημέρες, αυξάνει σε σημαντικό βαθμό τα θετικά αποτελέσματα (κατά 75-80%), μειώνοντας τις πιθανότητες για ψευδώς αρνητικά. Αντίθετα, η απλή λήψη δειγμάτων ούρων ενέχει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο να ξεφύγει η διάγνωση, αφού η ικανότητα ανεύρεσης νεοπλασματικών κυττάρων δεν ξεπερνά το 40-50%.

Υπερηχογραφικός έλεγχος: Ο έλεγχος συνήθως ξεκινά με ένα απλό υπερηχογράφημα του ουροποιητικού συστήματος, που πιθανά θα καταδείξει τον όγκο στην κύστη και θα μας πληροφορήσει για την ενδεχόμενη επίδραση του στη νεφρική λειτουργία. Στην περίπτωση που έχουμε διήθηση του ενός ουρητηρικού στομίου, είναι δυνατόν να προκύψει διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος του σύστοιχου νεφρού (υδρονέφρωση).

Κυστεοσκόπηση: Την κύρια εξέταση για τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης αποτελεί η κυστεοσκόπηση και ειδικά η φθορίζουσα κυστεοσκόπηση. Πρόκειται για εξέταση που χρησιμοποιεί τελευταίας τεχνολογίας κυστεοσκόπια, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να ανιχνεύσουν μη εξωφυτικές καρκινωματώδεις βλάβες (εκπέμποντας φως σε συχνότητα που ενεργοποιεί ειδικές χρωστικές, οι οποίες έχουν εγχυθεί με καθετήρα στην ουροδόχο κύστη).

Σε περίπτωση εξωφυτικής μάζας-όγκου, που εξορμάται από τα τοιχώματα της κύστης, γίνεται λήψη βιοψιών ή ακόμα και πλήρης καθαρισμός (Εικόνα 13, 14, 15). Το

υλικό αποστέλλεται για παθολογοανατομική εξέταση (βιοψία), που θα μας δώσει την ιστολογική έκθεση, στην οποία θα αναφέρεται ο ιστολογικός τύπος, ο βαθμός διαφοροποίησης, βάθος διήθησης και τέλος το παθολογοανατομικό στάδιο της νόσου.



Εικόνες από κυστεοσκοπήσεις:

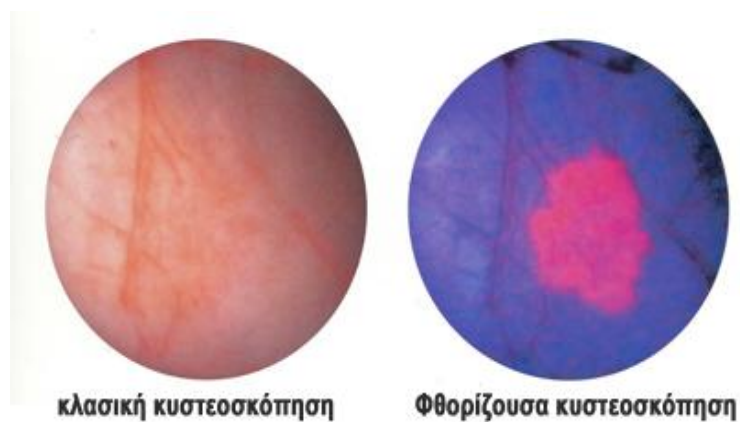
A) Φυσιολογική εικόνα ουροδόχου κύστεως B) In situ ουροθηλιακό καρκίνωμα
Γ) Αφαίρεση θηλώματος Δ) Αφαίρεση επιφανειακού όγκου

Εικόνα 13. Κυστεοσκοπήσεις: A) Φυσιολογική εικόνα ουροδόχου κύστης. B) In situ ουροθηλιακό καρκίνωμα. Γ) Αφαίρεση θηλώματος. Δ) Αφαίρεση επιφανειακού όγκου.

Ο καρκίνος της κύστης μπορεί να απεικονίζεται με σαφή εικόνα, κυρίως όταν έχουμε να κάνουμε με θηλωματώδεις - προβάλλοντες όγκους, αλλά μερικές φορές εμφανίζεται με άτυπες μορφές, ερυθματώδους περιοχής, μικρότερης ή και εκτεταμένης ή και σαν αποπλατυσμένη διόγκωση του βλεννογόνου. Δείγματα λαμβάνονται τόσο από τις συγκεκριμένες περιοχές, όσο και από άλλα τμήματα της κύστεως, προκειμένου να βεβαιωθούμε για την ύπαρξη κάποιας βλάβης ή να αποκλείσουμε κάποια διάγνωση.



Εικόνα 14. Κυστεοσκοπική εικόνα όγκων ουροδόχου κύστης.



Εικόνα 15. Κλασική και φθορίζουσα κυστεοσκόπηση.

Ανίχνευση καρκινικών δεικτών στα ούρα: Η ύπαρξη δεικτών στα ούρα βοηθά στη διάγνωση του καρκίνου από μεταβατικό επιθήλιο. Το αντιγόνο του όγκου της κύστης (BTA bladder tumor antigen) ανιχνεύει ουσίες που εκκρίνονται από το εξωκυττάριο στρώμα, όταν υπάρχει καρκίνος της κύστης. Δυστυχώς, το BTA δεν έχει σημαντική ευαισθησία στο να ανιχνεύει χαμηλού βαθμού κακοήθειας όγκους. Το NMP22 παράγεται από τη μιτωτική πρωτεϊνική μηχανή της πυρηνικής ουσίας των κυττάρων. Η ευαισθησία του NMP22 στην

ανίχνευση του χαμηλού βαθμού κακοήθειας όγκων είναι μεγαλύτερη από αυτή του BTA ή της κυτταρολογικής των ούρων, περίπου κατά 70%.

Άλλες σημαντικές εξετάσεις είναι επίσης η ενδοφλέβιος πυελογραφία, η αξονική κάτω κοιλίας και η μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης τριών επιπέδων, με την οποία διαπιστώνουμε τον βαθμό διήθησης και την παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Pet Scan) χρησιμοποιείται σπάνια για την αρχική διάγνωση της νόσου. Αντίθετα, γίνεται συχνά μετά το χειρουργείο και την τελευταία χημειοθεραπεία, μετά από 4-6 εβδομάδες, για έλεγχο πιθανής διασποράς νόσου, ως εξέταση ελέγχου και επανασταδιοποίησης, καθώς και για καθορισμό του ακτινοθεραπευτικού πεδίου (π.χ. εκτός από πυελικό και παραορτικό σε περίπτωση διηθημένων παραορτικών λεμφαδένων) (Τσουφάκης και Τζανέτου, 2000)

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρίας, τα βήματα διάγνωσης και θεραπείας στο διηθητικό καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης είναι τα εξής (European Association of Urology, 2014):

- Κυστεοσκόπηση με περιγραφή του όγκου (θέση, μέγεθος, αριθμός και όψη) και των ανωμαλιών του βλεννογόνου.
- TUR - διουρηθρική εκτομή ολόκληρου του όγκου (για μικρούς όγκους < 1 cm) και επιπλέον μια βαθιά εκτομή με μέρος από τον υποκείμενο μυ της ουροδόχου κύστης, για να ελεγχεί το ενδεχόμενο διήθησης αυτού.
- Βιοψίες οπτικά ασυνήθιστου ουροθηλίου.
- Βιοψίες από φυσιολογικό οπτικά βλεννογόνο, όταν η κυτταρολογική ούρων είναι θετική ή όταν ο εξωφυτικός όγκος δεν έχει θηλωματώδη εμφάνιση ή σε περίπτωση φθορισμού, αν έχει χρησιμοποιηθεί PDD (φωτοδυναμική διάγνωση).
- Βιοψία της προστατικής μοίρας της ουρήθρας, σε περίπτωση όγκου του αυχένα της κύστης ή όταν υπάρχει CIS (καρκίνωμα in situ) ουροδόχου κύστης ή οπτικά μη φυσιολογική προστατική ουρήθρα.
- Προσεκτική εξέταση με ιστολογική αξιολόγηση του κυστικού αυχένα και των ορίων της ουρήθρας, είτε πριν ή κατά την κυστεοσκόπηση σε γυναίκες που υποβάλλονται στη συνέχεια σε δημιουργία ορθότοπης νεοκύστης.
- Μια 2η TUR στις 2-6 εβδομάδες, μετά την μη πλήρη αρχική εκτομή ή όταν αυτή ανέδειξε (high grade) όγκο ή T1 όγκο.
- Η παθολογοανατομική έκθεση θα πρέπει να προσδιορίζει τον βαθμό, το βάθος διήθησης του όγκου και κατά πόσο υπάρχει βασική μεμβράνη και μυϊκός ιστός στο δείγμα.

3.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση αφορά στη διάκριση της νόσου από άλλες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν αιματουρία και συμπτώματα ερεθισμού της ουροδόχου κύστης, όπως λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, ουρολιθίαση, καλοήγη προστατική υπερτροφία, τραύματα και άλλα νεοπλάσματα ουροποιητικού συστήματος.

Για τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης από άλλες παθήσεις και καλοήγη νόσους με παρόμοια συμπτώματα, με σκοπό την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας έχουν προταθεί διάφοροι καρκινικοί δείκτες. Περίπου 60% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο ουροδόχου κύστης θα έχει αυξημένα επίπεδα στον ορό, τουλάχιστον ενός από τους παρακάτω καρκινικούς δείκτες: βHCG, CEA, CA125 και CA19.9, οι οποίοι αποτελούν και δείκτες ανταπόκρισης στην χημειοθεραπεία.

Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται ήδη οι παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις καρκινικών δεικτών των ούρων για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης: το BTastat test (ποιοτική ανοσοχρωματογραφική εξέταση που ανιχνεύει το ειδικό αντιγόνο hCFHrp), το NMP22 test (ανοσολογική εξέταση ποσοτικής ανίχνευσης της πυρηνικής δομικής πρωτεΐνης 22), το UBC test (ανοσολογική ποιοτική αλλά και ποσοτική μέτρηση των επιπέδων τμημάτων των κυτταροκερατινών 8 και 18), το GYFRA-21 test (ανοσοενζυμική μέτρηση κυτταροκερατίνης 21-1) και το Aura Tek FDP test (μέτρηση προϊόντων καταβολισμού ινώδους/ινωδογόνου). Επίσης, η κυτταρομετρία ροής, μελετώντας την πλοειδικότητα του DNA και τις φάσεις πολλαπλασιασμού υπερέχει της κυτταρολογικής εξέτασης των ούρων στην διάγνωση του καρκίνου της κύστης. Χρησιμοποιούνται επίσης και οι τεχνικές γονιδιακής υβριδοποίησης (CGH) και κυτταρικής μορφομετρίας (CIA).

Υπό μελέτη ακόμη είναι οι παρακάτω δείκτες: οι ρυθμιστικές πρωτεΐνες του κυτταρικού κύκλου όπως η τελομεράση και ο αναστολέας των κινασών κυκλίνης p21Cip1, τα αντιγόνα ομάδων αίματος (ABH, Lewis και Thomsen-Friedenreich), οι δείκτες πολλαπλασιασμού (π.χ., Ki67), ογκογονίδια (π.χ., ras, bcl-2, c-Erb-B2), τα ογκοκατασταλτικά γονίδια (π.χ., p53 και Rb), οι παράγοντες αγγειογένεσης και μετάστασης (π.χ., VEGF, VPF, PDECGF, MMPs, HA), οι αυξητικοί παράγοντες και οι υποδοχείς τους (π.χ., EGF και EGFR, TGF-α), τα μόρια συγκόλλησης (π.χ., E-cadherin) και άλλα (Γκέκας και συν, 2002).

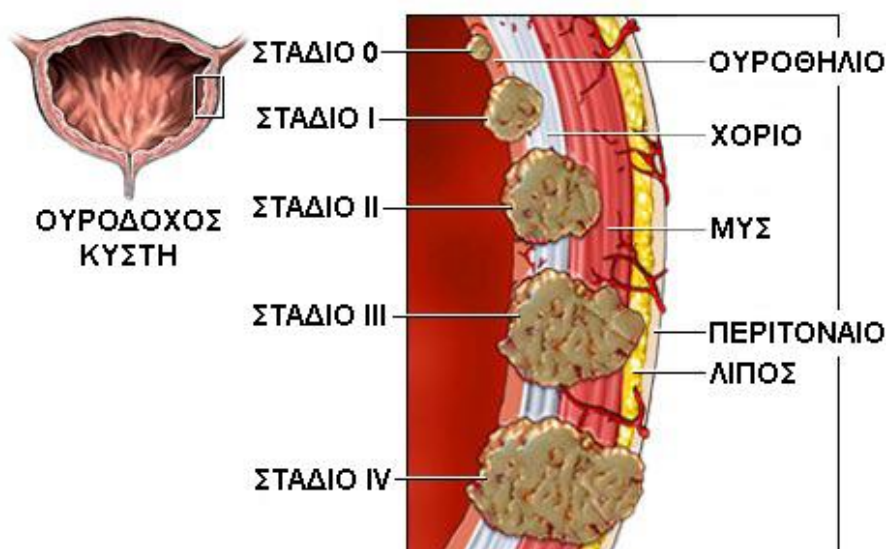
3.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

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.
- Καρκίνος in situ (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.

Τα στάδια της νόσου είναι τα ακόλουθα (Εικόνα 16):

- Στάδιο 0. Ο καρκίνος εντοπίζεται στην επιφάνεια του ουροθηλίου, είτε με την μορφή θηλώδους εξωφυτικού όγκου (στάδιο 0), είτε με την μορφή επίπεδης βλάβης (στάδιο Cis-Cancer in situ).
- Στάδιο I. Ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό της κύστης και διηθεί την εσωτερική στιβάδα του βλεννογόνου.
- Στάδιο II. Ο καρκίνος διηθεί βαθύτερα και καταλαμβάνει μικρό ή μεγαλύτερο πάχος του μυϊκού χιτώνα, σε κάθε περίπτωση όμως είναι περιορισμένος στην κύστη.
- Στάδιο III. Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος έχει επεκταθεί έξω από την ουροδόχο κύστη στους παρακείμενους ιστούς, που μπορεί να είναι το περικυστικό λίπος, ο προστάτης στον άνδρα και η μήτρα στη γυναίκα.
- Στάδιο IV. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε διαφυγή των καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες της πυέλου ή σε παρεγχυματικά όργανα, όπως οι πνεύμονες, τα οστά ή το συκώτι (αιματογενής διασπορά).



Εικόνα 16. Στάδια της νόσου

Για ακριβή σταδιοποίηση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης χρησιμοποιείται η ταξινόμηση TNM κατά WHO 2004 (IARC, 2004), (Εικόνα 17).

T – Πρωτοπαθής όγκος

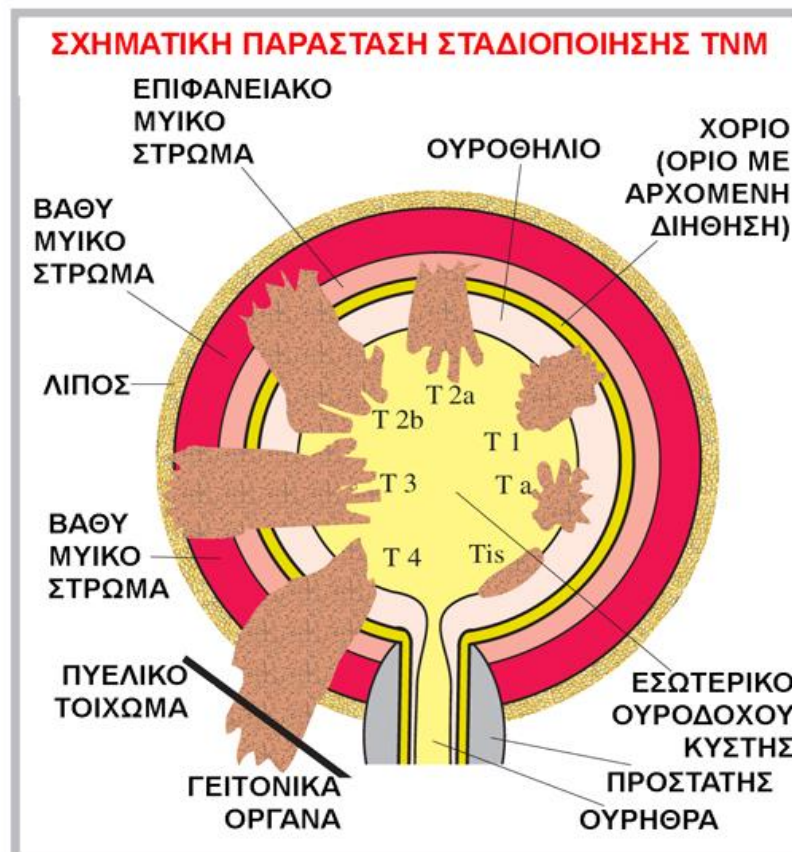
- Tx Δεν αναγνωρίζεται πρωτοπαθής όγκος
- T0 Δεν υπάρχουν ιστολογικά στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου
- Ta Μη διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα
- Tis Καρκίνωμα in situ - “επίπεδος όγκος”
- T1 Διήθηση του υποεπιθηλιακού συνδετικού ιστού
- T2 Μυϊκή διήθηση
 - T2a Επιφανειακό μυϊκό στρώμα (έσω ήμισυ)
 - T2b Εν τω βάθει μυϊκό στρώμα (έξω ήμισυ)
- T3 Διήθηση περικυστικών ιστών
 - T3a Μικροσκοπική διήθηση
 - T3b Μακροσκοπική διήθηση (εξωκυστική μάζα)
- T4 Επέκταση του όγκου σε ένα από τα ακόλουθα: προστάτης, μήτρα, κόλπος, πυελικό τοίχωμα, κοιλιακό τοίχωμα
 - T4a προστάτης, μήτρα, κόλπος
 - T4b Πυελικό ή κοιλιακό τοίχωμα

N - Επιχώριοι λεμφαδένες

- Nx Επιχώριοι λεμφαδένες δεν αναγνωρίζονται
- N0 Δεν υπάρχει μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες
- N1 Μετάσταση σε έναν μόνο λεμφαδένα, μ.δ. 2 εκ. ή λιγότερο
- N2 Μετάσταση σε έναν μόνο λεμφαδένα, μ.δ. 2 εκ. ή περισσότερο, αλλά όχι πάνω από 5 εκ. ή σε πολλαπλούς λεμφαδένες, χωρίς κανέναν να ξεπερνά τα 5 εκ. σε μέγιστη διάμετρο
- N3 Μετάσταση σε ένα ή περισσότερους λεμφαδένες, με μ.δ. >5 εκ.

M - Απομακρυσμένες μεταστάσεις

- Mx Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν αναγνωρίζονται
- M0 Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- M1 Παρουσία απομακρυσμένης μετάστασης



Εικόνα 17. Σταδιοποίηση TNM

Με βάση το βαθμό διαφοροποίησης, το ουροθηλιακό καρκίνωμα ταξινομήθηκε το 1973 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) σε τρεις βαθμούς κακοηθείας (Babjuk et al, 2013· Mostofi et al, 1973).

Grade 1: καλά διαφοροποιημένος όγκος

Grade 2: μέτρια διαφοροποιημένος όγκος

Grade 3: φτωχά διαφοροποιημένος όγκος

Αργότερα, η κατά τον WHO ταξινόμηση του 2004 όρισε το Tis (CIS) ως μια μη θηλώδη, δηλαδή μια επίπεδη βλάβη, της όποιας το επιφανειακό επιθήλιο περιέχει κύτταρα που είναι κυτταρολογικά κακοήγη. Οι ουροθηλιακοί όγκοι ταξινομήθηκαν ως εξής:

■ Διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα.

Σε αυτό οι συνηθέστερες ιστολογικές ποικιλίες είναι οι ακόλουθες:

1. Διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα με πλακώδη διαφοροποίηση
2. Διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα με αδενική διαφοροποίηση
3. Διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα με τροφοβλαστική διαφοροποίηση
4. Μικροκυστικό
5. Μικροθηλώδες
6. Γιγαντοκυτταρικό
7. Σαρκωματοειδές
8. Αδιαφοροποίητο

■ Μη διηθητικές ουροθηλιακές νεοπλασίες

α) Ουροθηλιακό καρκίνωμα in situ.

β) Μη διηθητικό θηλώδες ουροθηλιακό καρκίνωμα, υψηλού βαθμού.

γ) Μη διηθητικό θηλώδες ουροθηλιακό καρκίνωμα, χαμηλού βαθμού.

δ) Μη διηθητικό θηλώδες ουροθηλιακό νεόπλασμα, χαμηλού κακοήθους δυναμικού (PUNLMP).

ε) Ουροθηλιακό θήλωμα.

στ) Ανάστροφο ουροθηλιακό θήλωμα

Άλλοι σπάνιοι ιστολογικοί τύποι, πλην του διηθητικού ουροθηλιακού καρκινώματος, είναι: το πλακώδες, το αδενοκαρκίνωμα, οι νευροενδοκρινικοί όγκοι, οι μεσεγχυματικής προέλευσης και άλλοι (π.χ. λέμφωμα, μελάνωμα).

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Εταιρείας, για την καλύτερη τοπική σταδιοποίηση ασθενών, που θεωρούνται υποψήφιοι για ριζική θεραπεία, συστήνεται είτε MR (μαγνητική τομογραφία) με fast dynamic και ενίσχυση σκιαγραφικού ή CT (αξονική τομογραφία) με ενίσχυση σκιαγραφικού.

Από την άλλη, για ασθενείς με επιβεβαιωμένο διηθητικό καρκίνωμα ουροδόχου κύστης, η CT θώρακος, κοιλίας και πυέλου αποτελεί την καλύτερη μέθοδο σταδιοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της CT ουρογραφίας, για πλήρη διερεύνηση του ανώτερου ουροποιητικού. Ωστόσο, εάν η CT δεν είναι εφικτή, μικρότερης αξίας εναλλακτική λύση

αποτελεί η ουρογραφία κατά την ούρηση και η ακτινογραφία θώρακος (European Association of Urology, 2014).

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Προγνωστικοί παράγοντες του καρκίνου ουροδόχου κύστης μπορεί να είναι:

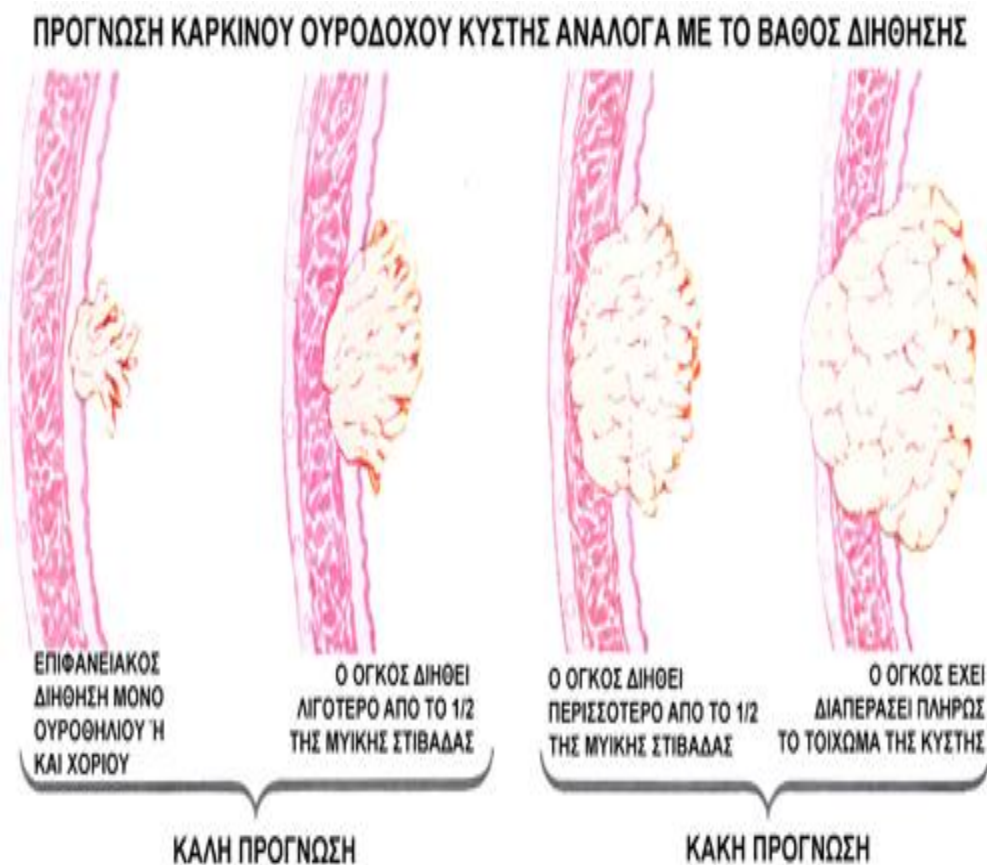
- Κλινικά ευρήματα
- Μορφολογικά/ ιστολογικά ευρήματα (ποικιλία, στάδιο, βαθμός κακοηθείας)
- Γενετικοί παράγοντες

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης παίζει ο βαθμός διήθησης του όγκου (T κατά TNM):

1. Επιφανειακοί όγκοι: Οι όγκοι αυτοί έχουν πολύ μεγάλο ποσοστό ίασης. Σε περίπτωση υποτροπής, η θεραπεία επαναλαμβάνεται με εξίσου καλά αποτελέσματα.
2. Όγκοι που διηθούν το μυϊκό τοίχωμα: Η πλήρης ίαση είναι λιγότερο πιθανή από ό,τι στους επιφανειακούς όγκους. Όσο νωρίτερα διαγνωστεί ο καρκίνος, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ίασης. Επιπλέον, η θεραπεία μπορεί να επιβραδύνει σημαντικά την πορεία της νόσου.

Σύμφωνα, με τις τελευταίες μελέτες, το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζική κυστεκτομή για θεραπεία καρκίνου της ουροδόχου κύστης, κυμαίνεται από 40 έως 60%. Η χρήση προεγχειρητικής ακτινο- ή χημειο-θεραπείας, δεν τροποποιεί την τελική έκβαση. Στις πιο πρόσφατες έρευνες, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζική κυστεκτομή, χωρίς προ-εγχειρητική θεραπεία είναι 75% για το στάδιο pT1, 63% για το pT2, 31% για το pT3 και 21% για το pT4. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι περίπου το 10% των κυστικών παρασκευασμάτων ανευρίσκονται χωρίς όγκο (pT0), λόγω ριζικής TUR.

Τέλος, αξίζει να σημειώσουμε ότι το τοπικό στάδιο του όγκου (T) καθώς και η λεμφαδενική συμμετοχή (N), για την ώρα είναι οι μόνοι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες επιβίωσης (American Cancer Society, 2014· Γκέκας και συν., 2002,).



Εικόνα 18. Στάδια διήθησης και πρόγνωση

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Όσον αφορά στην πρόληψη του όγκου της κύστεως, σήμερα ο μόνος γνωστός παράγοντας που ενοχοποιείται, 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 ουροδόχο κύστη.

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν και μερικά επαγγέλματα που εκθέτουν τον άνθρωπο σε κίνδυνο. Βέβαια, ο χρόνος έκθεσης πρέπει να είναι μεγάλος και να κυμαίνεται από 15-40 χρόνια. Στις ομάδες αυτές γίνεται προληπτικός έλεγχος κάθε χρόνο για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Εν κατακλείδι, αξίζει να επισημανθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος και ο έλεγχος κάθε αιματοουρίας είναι τα δύο βασικά σημεία για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου της κύστεως.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως μια μελέτη του 2008 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο για καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Η έρευνα έδειξε πως τα σπωροκηπευτικά και τα κίτρινα-πορτοκαλί λαχανικά,

ιδιαίτερα τα καρότα και εκείνα που περιέχουν σελήνιο, πιθανότατα συνδέονται με μετρίως μειωμένο κίνδυνο καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Επίσης, τα εσπεριδοειδή και τα σταυρανθή λαχανικά ενδεχομένως να έχουν προστατευτική επίδραση κατά του καρκίνου, ενώ η σουλφοραφάνη και το μπρόκολο κάνουν επαγωγή της απόπτωσης και του κυτταρικού κύκλου σε καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Γενικά, για την πρόληψη του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως συνιστάται:

- Αποφυγή καπνίσματος.
- Διακοπή ή μείωση της έκθεσης σε καρκινογόνες ουσίες στον επαγγελματικό χώρο.
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων νερού και όχι αναβολή της ούρησης, ώστε να αδειάζει και να ξεπλένεται η κύστη μας από βλαβερές ουσίες.
- Θεραπεία των χρόνιων φλεγμονών της κύστης.
- Διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά.

Αντίστοιχα, για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου σε άτομα > 50 ετών ή σε άτομα υψηλού κινδύνου συστήνεται:

- Γενική εξέταση ούρων και
- Υπερηχογράφημα ουροδόχου κύστεως κάθε χρόνο.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

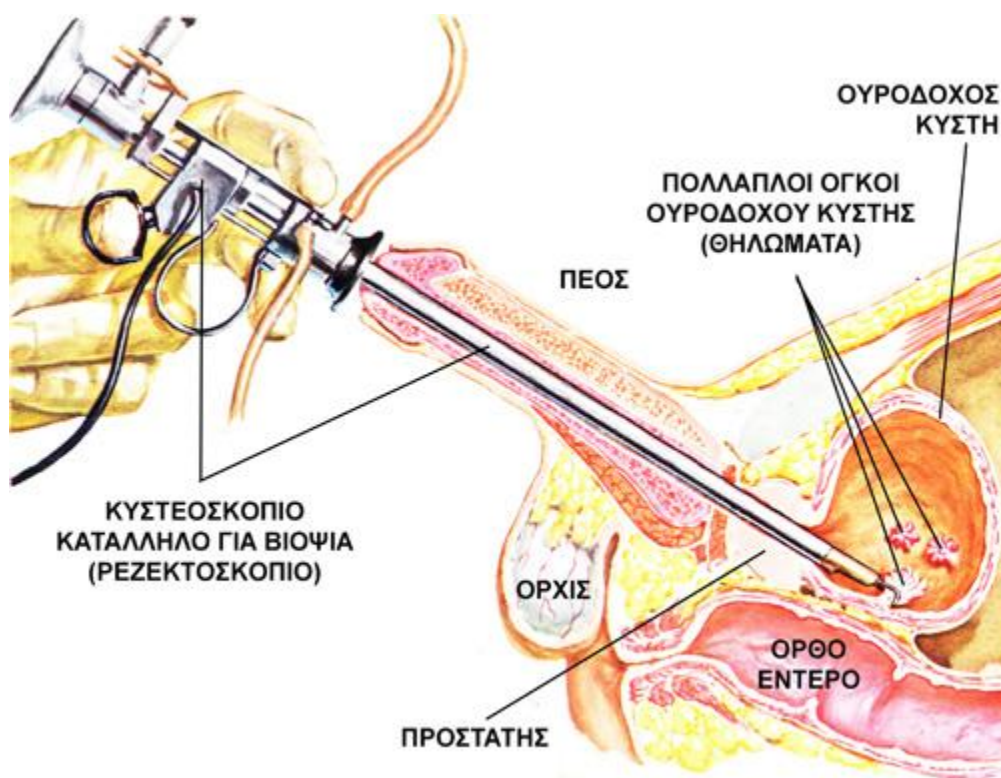
Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, είναι ένας όγκος με απρόβλεπτη βιολογική συμπεριφορά. Πολλοί παράγοντες, όπως ο ιστολογικός τύπος, ο βαθμός κακοήθειας και ο τρόπος ανάπτυξης του όγκου (επιφανειακός / διηθητικός / μονοεστιακός / πολυεστιακός), προσδιορίζουν την πρόγνωση της νόσου, καθώς και την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σύμφωνα λοιπόν με τις οδηγίες που εκδόθηκαν από την EAU (European Association of Urology), η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται ανάλογα με την ταξινόμηση του καρκίνου (Babjuk et al, 2013· European Association of Urology, 2012)

Η θεραπεία εκλογής για τους Tα και T1 θηλωματώδεις όγκους είναι η ολική μακροσκοπική εκρίζωση με διουρηθρική αφαίρεση (TUR), συμπεριλαμβάνοντας και τον υποκείμενο μυ. Μία δεύτερη εκτομή θα πρέπει να εκτελείται σε περίπτωση υποψίας μη πλήρους αρχικής εκτομής, π.χ σε ευμεγέθεις ή πολλαπλούς όγκους ή σε περίπτωση μη

συμπεριλαμβανομένου μυϊκού ιστού στο ιστολογικό παρασκεύασμα ή τέλος σε περιπτώσεις ανεύρεσης ενός όγκου T1 ή όγκου χαμηλής διαφοροποίησης.

Ασθενείς με Ta-T1, Grade 3 - υψηλού βαθμού κακοήθειας όγκο με ή χωρίς καρκίνωμα in situ και εκείνοι με καρκίνωμα in situ (μόνο) θεωρούνται ασθενείς υψηλού κινδύνου για εξέλιξη. Επειδή υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για υποτροπή ή / και εξέλιξη των όγκων μετά από διουρηθρική εκτομή (Εικόνα 19), η ενδοκυστική επικουρική θεραπεία έχει προταθεί για όλα τα στάδια (Ta, T1 και Tis). Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να λάβουν άμεσα μία μετεγχειρητική έγχυση χημειοθεραπείας εντός 6 ωρών μετά την TUR, με αντένδειξη σε περίπτωση διάτρησης της κύστης ή σοβαρής αιμορραγίας. Η άμεση έγχυση έχει θεωρηθεί σαν θεραπεία εκλογής, ενώ η επιλογή του φαρμάκου (Mitomycin C, Epirubicin ή Doxorubicine) δεν είναι δεσμευτική.



Εικόνα 19. Διουρηθρική αφαίρεση (TUR)

Η επιλογή της περαιτέρω ενδοκυστικής επικουρικής θεραπείας εξαρτάται από τον κίνδυνο των ασθενών για επανεμφάνιση ή/και εξέλιξη. Ασθενείς με πολλαπλούς όγκους, ευμεγέθεις όγκους (>3cm) και εξαιρετικά υποτροπιάζοντες όγκους (>1 υποτροπή/έτος) βρίσκονται σε εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο επανεμφάνισης, ενώ ασθενείς με όγκο στο T1 στάδιο, με υψηλού grade όγκους και Cis, έχουν πάρα πολύ υψηλό κίνδυνο εξέλιξης.

Βέβαια, η ενδοκυστική χημειοθεραπεία ελαττώνει την επανεμφάνιση αλλά όχι και την εξέλιξη της νόσου και συνδέεται με ήπιες παρενέργειες. Η ενδοκυστική ανοσοθεραπεία

με BCG (εναρκτήρια και συντήρησης) είναι καλύτερη από την ενδοκυστική χημειοθεραπεία για τη μείωση των υποτροπών και είναι ικανή να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την πρόοδο σε διηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Επίσης, το BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*) αποτελεί μια μορφή ανοσοθεραπείας ή τροποποίησης της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού απέναντι στα καρκινικά κύτταρα. Το BCG αποτελείται από εξασθενημένα βακτηριακά στελέχη που επάγουν την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού απέναντι στα καρκινικά κύτταρα. Ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συχνές και περιλαμβάνουν τον ερεθισμό της κύστης προκαλώντας συχνουρία, δυσουρία και επιτακτικότητα. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν εντός λίγων ωρών. Μικρή μερίδα ασθενών μπορεί να εμφανίσουν συμπτωματολογία γρίπης και περίπου το 1/3 διαλείπουσα μακροσκοπική αιματουρία. Μια σπάνια αλλά σοβαρή παρενέργεια είναι η γενικευμένη λοίμωξη από τα βακτήρια και για αυτόν το λόγο, ασθενείς που είναι ανοσοκατεσταλμένοι αποκλείονται από αυτήν θεραπεία. Η ενδοκυστική θεραπεία με BCG, είναι η θεραπεία πρώτης γραμμής για το καρκίνωμα *in situ* με ποσοστό ανταπόκρισης έως 75% και για επιφανειακούς καρκίνους κύστεως υψηλόβαθμης κακοήθειας.

Για τους υπόλοιπους, ενδιάμεσου κινδύνου ασθενείς, η συμπληρωματική ενδοκυστική θεραπεία είναι απαραίτητη αλλά όχι ομόφωνη όσον αφορά στο ιδανικό φάρμακο και στο ιδανικό σχήμα. Το BCG είναι πιο αποτελεσματικό από τη χημειοθεραπεία τόσο στη μείωση των υποτροπών, όσο και στην εξέλιξη, αλλά σχετίζεται με περισσότερες συστηματικές και τοπικές παρενέργειες.

Σε συνύπαρξη με Cis, η αρχική στρατηγική (TUR, χωρίς ενδοκυστική έγχυση, και μια δεύτερη TUR) βασίζεται στα χαρακτηριστικά του θηλωματώδους όγκου. Το Cis δε μπορεί να εκριζωθεί πλήρως με την διουρηθρική εκτομή και παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο εξέλιξης σε διηθητική νόσο που υπερβαίνει το 50% σε ορισμένες μελέτες. Για αυτό, απαιτούνται περαιτέρω θεραπευτικές στρατηγικές.

Ακόμη μια μέθοδος θεραπείας είναι η ενδοκυστική ανοσοθεραπεία με BCG που περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 χρόνο σχήμα συντήρησης. Μετά από 6 εβδομαδιαίες εγχύσεις ακολουθεί ένας δεύτερος κύκλος 6 εβδομαδιαίων εγχύσεων BCG ή σε μη ανταπόκριση προτείνονται σχήματα συντήρησης τριών εβδομαδιαίων εγχύσεων, καθώς περίπου το 40-60% αυτών των ασθενών θα ανταποκριθεί στην πρόσθετη θεραπεία με BCG. Μετά από 6 μήνες, σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στο BCG, προτείνεται ριζική κυστεκτομή. Οι ασθενείς των οποίων οι όγκοι επανεμφανίστηκαν μετά τη θεραπεία με BCG είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν και πολλοί γιατροί συνιστούν κυστεκτομή για αυτούς, σύσταση η οποία είναι σύμφωνη με τις επίσημες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βέβαια, εξαιτίας του κινδύνου επανεμφάνισης και εξέλιξης, οι ασθενείς με μη μυοδιηθητικούς όγκους ουροδόχου κύστης χρειάζονται παρακολούθηση. Ωστόσο, η συχνότητα και η διάρκεια των κυστεοσκοπήσεων θα πρέπει να αντανakλά τον ατομικό βαθμό κινδύνου των ασθενών.

Έτσι, ασθενείς με όγκους χαμηλού κινδύνου επανεμφάνισης και εξέλιξης θα πρέπει να υποβληθούν σε κυστεοσκόπηση στους 3 μήνες. Εάν αυτή είναι αρνητική, προτείνεται κυστεοσκοπική παρακολούθηση στους 9 μήνες και εν συνεχεία ανά έτος για 5 χρόνια.

Αντίθετα, ασθενείς με όγκους υψηλού κινδύνου εξέλιξης θα πρέπει να υποβληθούν σε κυστεοσκόπηση και κυτταρολογική ούρων στους 3 μήνες. Εάν είναι αρνητική, η κυστεοσκοπική παρακολούθηση και η κυτταρολογική θα πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 3 μήνες για μια περίοδο 2 χρόνων, κάθε 4 μήνες στον 3ο χρόνο, κάθε 6 μήνες μέχρι τον 5ο χρόνο και από και μετά ετησίως. Προτείνεται επίσης μία ετήσια διερεύνηση του ανώτερου ουροποιητικού.

Από την άλλη, ασθενείς με ενδιάμεσο κίνδυνο εξέλιξης (περίπου το 1/3 όλων των ασθενών) θα πρέπει να έχουν ένα ενδιάμεσο σχήμα παρακολούθησης με κυστεοσκόπηση και κυτταρολογική, προσαρμοσμένο ανάλογα με τους ατομικούς και υποκειμενικούς παράγοντες.

Τέλος, ασθενείς με Cis θα πρέπει να παρακολουθούνται για ολόκληρη τη ζωή τους, λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής και εξέλιξης τόσο στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης όσο και εξωκυστικά. Η κυτταρολογική ούρων μαζί με την κυστεοσκόπηση (και η βιοψία της κύστης σε περίπτωση θετικής κυτταρολογικής) είναι σημαντικές για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Το σχήμα παρακολούθησης είναι το ίδιο με εκείνο των ασθενών με όγκους υψηλού κινδύνου.

Από την άλλη, όγκοι που διηθούν την κύστη (T2) απαιτούν περισσότερο ριζική χειρουργική επέμβαση. Με αυτή αφαιρείται μέρος ή ολόκληρη η κύστη (κυστεκτομή) και γίνεται παροχή των ούρων σε αγωγό ειλεού ή ουροστομίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ειδικευμένοι χειρουργοί μπορεί να δημιουργήσουν μια νεοκύστη από ένα τμήμα του εντερικού ιστού αλλά αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προτίμηση του ασθενούς, την ηλικία του, τη νεφρική λειτουργία και την τοποθεσία της ασθένειας. Συνδυασμός ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη διεισδυτική νόσο. Βέβαια, χρειάζεται να σημειωθεί πως τα επεισόδια μετακινικής κυστίτιδας, ίνωσης του εντέρου και νευροπαθητικού πόνου είναι υψηλά μετά από μια τέτοια θεραπεία.

Η ριζική κυστεκτομή (Εικόνα 20) αποτελεί επιπλέον τη θεραπεία επιλογής σε T2 – T4a , N0-Nx, M0, και σε υψηλού κινδύνου μυοδιηθητικό όγκο, όπως αναφέρεται παραπάνω. Σε διήθηση του μυικού τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως, η ριζική

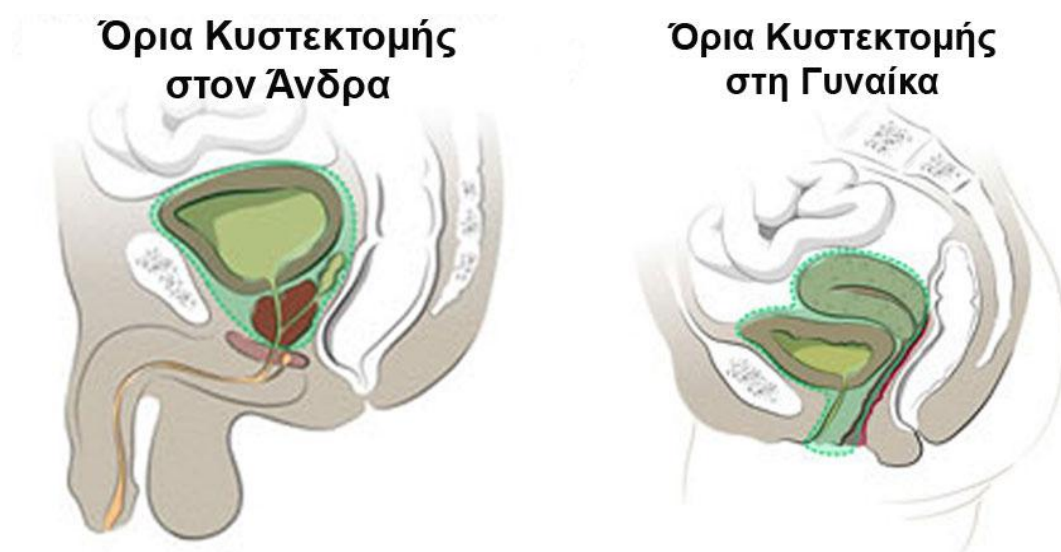
κυστεκτομή στους άνδρες περιλαμβάνει επίσης την αφαίρεση του προστάτη, ενώ στις γυναίκες τις ωοθήκες, τη μήτρα και τα μέρη του κόλπου.

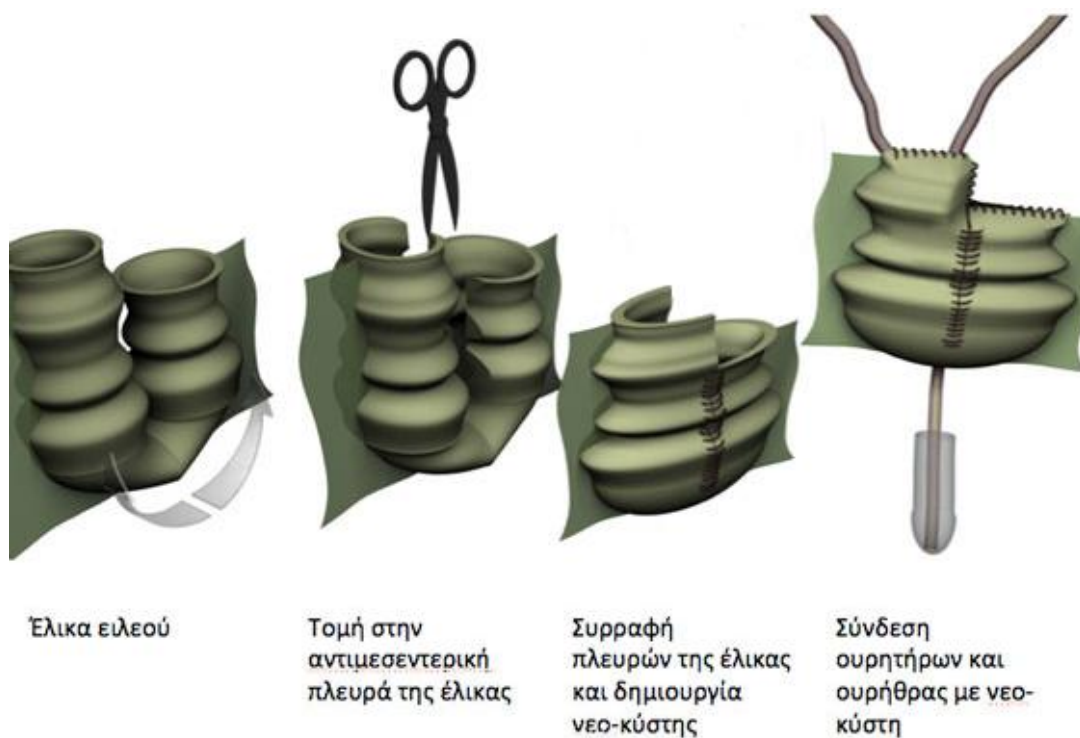
Η ριζική κυστεκτομή και στα δύο φύλα δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνει σε όλες τις περιπτώσεις την πλήρη αφαίρεση και της ουρήθρας, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αποκατάσταση με ορθότοπη νεοκύστη (Εικόνα 21).

Αντενδείξεις για την αποκατάσταση με ορθότοπη νεοκύστη αποτελούν τα θετικά χειρουργικά όρια στο επίπεδο της εκτομής της ουρήθρας, τα θετικά χειρουργικά όρια οπουδήποτε στο κυστικό παρασκεύασμα και στα δύο φύλα, η παρουσία του αρχικού όγκου στον κυστικό αυχένα ή την ουρήθρα (σε γυναίκες) ή η εκτενής διήθηση του προστάτη από τον όγκο.

Τέλος, η εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή έχει αποδειχθεί ότι είναι ευεργετική και μπορεί να είναι θεραπευτική σε ασθενείς με μετάσταση.

Εικόνα 20. Όρια ριζικής κυστεκτομής στα δύο φύλα





Εικόνα 21. Αποκατάσταση με ορθότοπη νεοκύστη

Αν και η χημειοθεραπεία βασισμένη στην σισπλατίνη (cisplatinum), ως αρχική θεραπεία σε τοπικά προχωρημένους όγκους σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς, οδήγησε σε πλήρη και μερική τοπική ανταπόκριση, το ποσοστό μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων είναι χαμηλό.

Ωστόσο, η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία με συνδυασμούς φαρμάκων, που περιλαμβάνουν τη σισπλατίνη βελτίωσε τη συνολική επιβίωση κατά 5-7% στα 5 χρόνια ανεξάρτητα από τον τύπο της οριστικής θεραπείας.

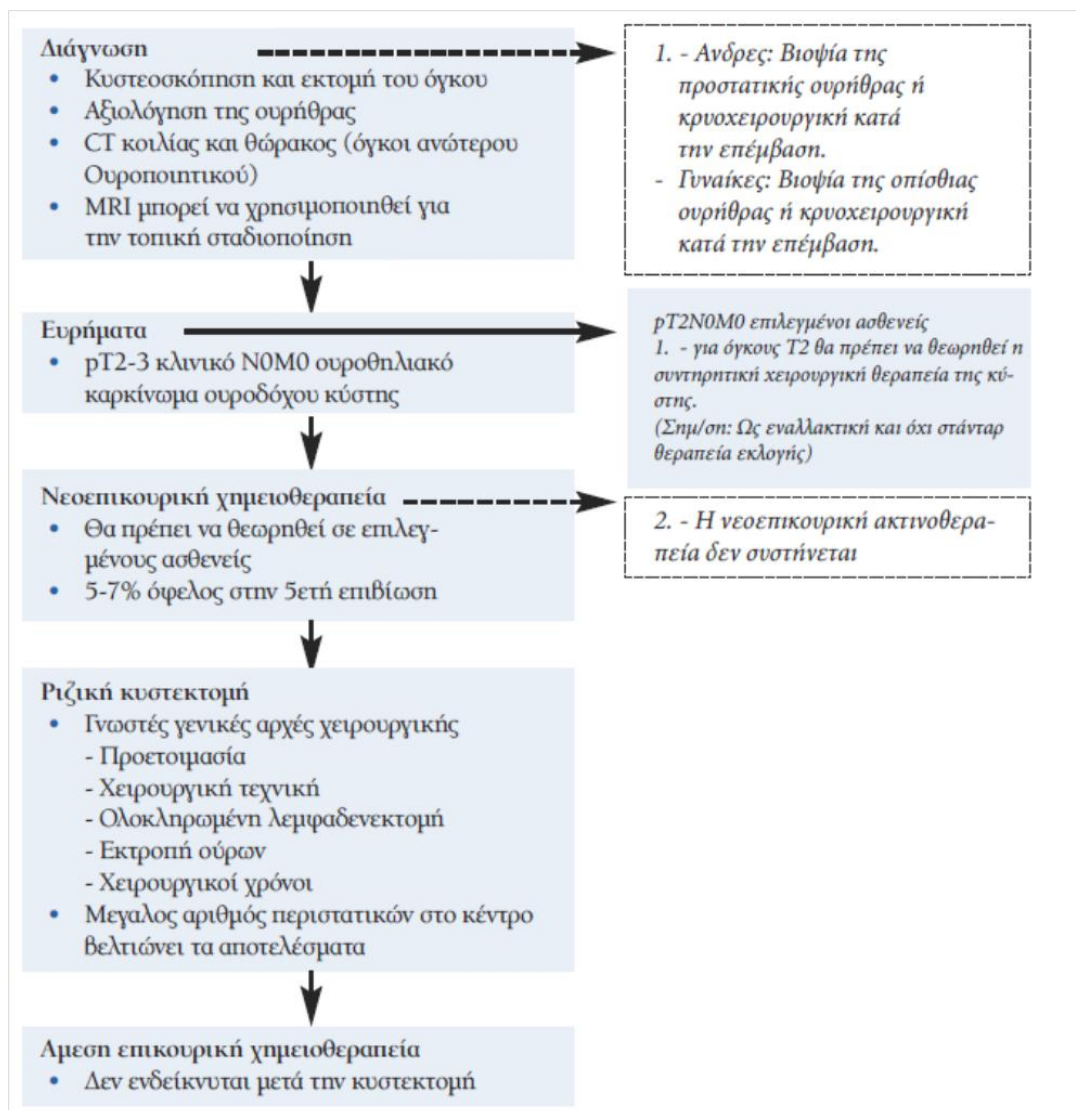
Επίσης, η χημειοθεραπεία με πλατίνη (cisplatinum) σε συνδυασμό με μεθοτρεξάτη, βιμπλαστίνη, δοξορουβικίνη (M-VAC) ή γεμισιταβίνη και cisplatinum (GC) παρατείνει για λίγο την επιβίωση, ενώ η προσθήκη ενός τρίτου παράγοντα (paclitaxel) στη γεμισιταβίνη-cisplatinum έχει αποδειχθεί ωφέλιμη μόνο σε μια υποομάδα ασθενών. Όσον αφορά στους ασθενείς που είναι ακατάλληλοι για χημειοθεραπεία με σισπλατίνη, αυτοί μπορούν να πάρουν καρβοπλατίνη ή ταξάνες ή γεμισιταβίνη.

Ένας ακόμη θεραπευτικός τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου ουροδόχου κύστης είναι η αντιαγγειογεννητική θεραπεία, που έχει δοκιμαστεί ως θεραπεία πρώτης και δεύτερης γραμμής. Η Vinflunine εμφανίζεται ως επιλογή για θεραπεία δεύτερης γραμμής σε ασθενείς που έχουν δεχθεί πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία με πλατίνη. Όμως, και σε αυτούς το όφελος επιβίωσης φαίνεται να είναι μικρό και αφορά επιλεγμένες περιπτώσεις.

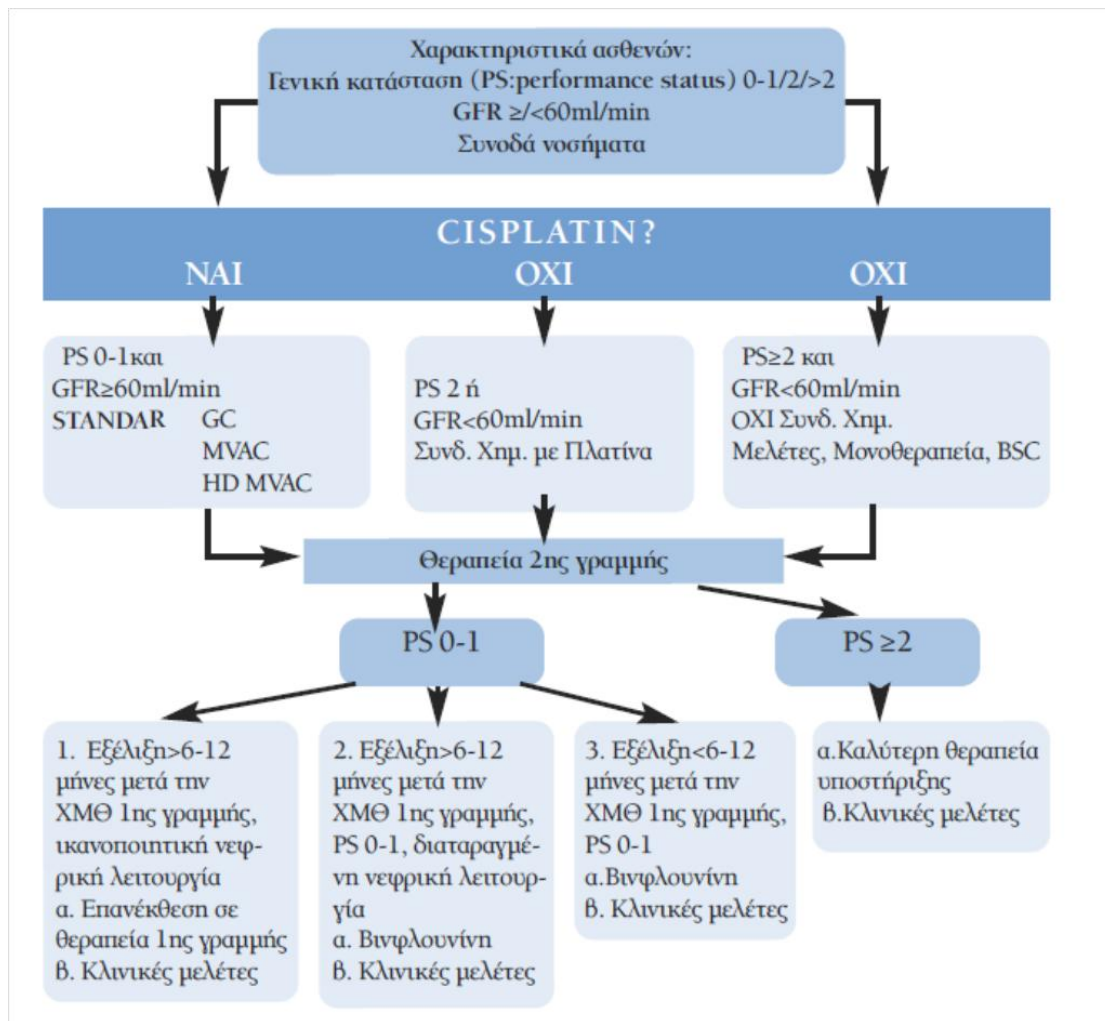
Ως προς την αντιμετώπιση T4b (Εικόνα 22) καρκίνου της ουροδόχου κύστης, η ριζική κυστεκτομή δεν αποτελεί θεραπευτική επιλογή αλλά, εάν υπάρχουν συμπτώματα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτική – παρηγορητική επιλογή. Ο εντερικός ή μη εντερικός τύπος της εκτροπής των ούρων μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ή χωρίς παρηγορητική κυστεκτομή. Όσον αφορά στην παρηγορητική κυστεκτομή, τόσο η νοσηρότητα της επέμβασης όσο και η ποιότητα ζωής θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για το ενδεχόμενο άλλων επιλογών.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Εικόνα 23) για τον χειρουργήσιμο καρκίνο της ουροδόχου κύστης, από την άλλη, δεν είναι αποδεδειγμένο αν αυξάνει την επιβίωση. Έχει αποδειχθεί, ωστόσο, ότι η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον χειρουργήσιμο καρκίνο της ουροδόχου κύστης, χρησιμοποιώντας δόσεις των 45-50 Gy σε κλάσματα των 1,8-2 Gy, έχει σαν αποτέλεσμα την υποσταδιοποίηση μετά από 4-6 εβδομάδες. Επίσης, η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με μία δόση των 45-50 Gy/1.8-2 Gy δε φαίνεται να προκαλεί σημαντική αύξηση της τοξικότητας μετά από χειρουργική επέμβαση. Μάλιστα, παλαιότερες αναφορές στη βιβλιογραφία αναφέρουν ότι η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της τοπικής επανεμφάνισης του μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Η ακτινοθεραπεία, βέβαια, θα πρέπει να θεωρηθεί από μόνη της ως μία θεραπευτική επιλογή, όταν ο ασθενής είναι ακατάλληλος για κυστεκτομή ή μία άλλη θεραπευτική μέθοδο διατήρησης της. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί, για να σταματήσει την αιμορραγία από τον όγκο, όταν ο τοπικός έλεγχος δεν μπορεί να επιτευχθεί με τους διουρηθρικούς χειρισμούς, λόγω της εκτεταμένης τοπικής ανάπτυξης του όγκου.



Εικόνα 22. Διάγραμμα διαχείρισης του T2-T4a ουροθηλιακού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (European Association of Urology, 2014).



Εικόνα 23. Διάγραμμα διαχείρισης μεταστατικού ουροθηλιακού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (European Association of Urology, 2014).

B ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο καρκίνος είναι ένα ζήτημα που απαιτεί ομαδικό και συνεργατικό χειρισμό. Ιδίως η θέση των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας για τις πολύπλευρες προσπάθειες αντιμετώπισής του σε όλα τα επίπεδα: στην Πρόληψη, τη Διάγνωση, τη Θεραπεία, την Έρευνα, την Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, την Υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο γιατρό, τη θεραπευτική ομάδα και τον ασθενή. Οφείλουν δε να έχουν σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις, για να αντεπεξέλθουν στο ρόλο τους, κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Για το λόγο αυτό, το 1986 η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας σχεδίασε το πρόγραμμα “Η Ευρώπη κατά του καρκίνου”, με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια των παραπάνω οδηγιών, η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη Νοσηλευτική Ογκολογία, το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Μάλιστα, στην χώρα μας λειτούργησε ένα τέτοιο πρόγραμμα στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Από τα προαναφερθέντα καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη νοσηλευτών/τριών εξειδικευμένων στην Ογκολογία. Προκειμένου μάλιστα να αντεπεξέλθουν στο δύσκολο αυτό ρόλο που καλούνται να επιτελέσουν, απαιτείται (Λανάρα, 1994):

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνος.
- Ενδιαφέρον για τη βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Συγκεκριμένα, οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Έγκαιρη ανίχνευση της προκαρκινωματώδους αλλαγής ή της συμπτωματικής νόσου, με τη συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση των ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία εκτείνεται σε όλες τις φάσεις του καρκίνου, από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία, την αποκατάσταση ή τη βοήθεια για ειρηνικό θάνατο.
- Έλεγχο των επιπλοκών, των συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.
- Έλεγχο του πόνου με τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο, στην απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και τη χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κ.λ.π., με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του ή / και στον ειρηνικό θάνατο (Λανάρα, 1994).

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με ο ρόλο που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής/τρια κατά την εισαγωγή ασθενών με νεοπλασία, αυτός/ή καταρχάς θα πρέπει να προχωρά στη σωστή εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει να λάβει το πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, να συμπληρώσει τη καρτέλα του και να σημειώσει κάθε σύμπτωμα που εκείνος αναφέρει. Θα πρέπει επίσης να έχει πάντα κατά νου ότι οι ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασία συχνά παρουσιάζουν επείγοντα προβλήματα, τα οποία πρέπει να αναγνωρισθούν, να αξιολογηθούν και να αντιμετωπισθούν άμεσα.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο και σε έναν ακόμη τομέα, που αφορά στην εκπαίδευση του καρκινοπαθούς ασθενή στο νοσοκομείο. Από τους νοσηλευτές λοιπόν εξαρτάται η δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης και ειλικρινούς επαφής με τους ασθενείς. Εκτός αυτού, σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας θα πρέπει να είναι και η δημιουργία ενός κλίματος, που να βοηθά τους ασθενείς να αντλήσουν ψυχικές δυνάμεις, για να δώσουν τη μάχη τους με τον καρκίνο. Απαιτείται λοιπόν να κάνουν μια πρώτη ξενάγηση του ασθενή στο χώρο του νοσοκομείου και μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια, η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται πρωτίστως από το γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου έρχεται ως κεραυνός εν αιθρία δημιουργώντας στον ασθενή ιδιαίτερο και πολλές φορές πρωτόγνωρο στρες, που οδηγεί σε πανικό. Επιπλέον, η χρήση δυσνόητης ιατρικής ορολογίας αλλά και ο φόβος και η ανησυχία που σχετίζονται με τον καρκίνο,εμποδίζουν συχνά τους ασθενείς να έχουν μια ρεαλιστική αντίληψη της κατάστασής τους.

Στη φάση αυτή, η προσέγγιση του ασθενούς από τον νοσηλευτή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, που θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μαζί του. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι αναγκαίο να συζητάται το χρονοδιάγραμμα της θεραπείας του, που μπορεί να θέσει πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινότητά του ασθενούς, τροποποιώντας με δραματικό τρόπο τη ζωή του. Συγχρόνως, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται γραπτώς για τη χρονική διάρκεια της θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

Ιδίως ο ογκολογικός ασθενής επιθυμεί περισσότερο από κάθε άλλον να μην υποτιμάται η νοημοσύνη του, να μην του στερείται το δικαίωμα να γνωρίζει την αλήθεια και να μη γίνεται προσπάθεια τόσο από τους οικείους του όσο και από την ομάδα υγείας να εξωραΐσουν την πραγματικότητα.

Συνεπώς, η σωστή παρουσίαση του προβλήματος μπορεί να οικοδομήσει σχέσεις εμπιστοσύνης και να οδηγήσει στη σωστή εφαρμογή της θεραπείας. Έτσι, διαμορφώνεται μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών μια σχέση που διέπεται από τους κανόνες δεοντολογίας, βασίζεται στην εκτίμηση και την ειλικρίνεια, είναι ιδιαίτερη, δεν είναι στάσιμη αλλά ρευστή και εξελίσσεται.

Ο νοσηλευτής, επιπλέον, είναι το μέλος της ομάδας που θα αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που δίδονται και θα διευκολύνει τον ασθενή να τις αντιληφθεί. Η ενημέρωσή του, επομένως, πρέπει να είναι πλήρης και ρεαλιστική, να αφορά την ίδια τη νόσο, την αιτία, την πρόγνωση, την επίπτωσή της στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή και τη διάρκεια θεραπείας της. Χρειάζεται ακόμη να διευκολύνεται η προσαρμογή του ασθενούς στις απαιτήσεις και τις αλλαγές που επιβάλλει η νόσος τόσο στη ζωή όσο και την εμφάνιση, τη σεξουαλικότητα και την ανεξαρτησία του. Για να τονωθεί το ηθικό του, πρέπει να δίνεται έμφαση στη συνέχιση της ζωής του, μέσα από την συμμετοχή του σε αγαπημένες δραστηριότητες και συνήθειες. Επιπρόσθετα, θεμελιώδης παράμετρος της ολιστικής νοσηλευτικής προσέγγισης είναι η προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα, η οποία συνδυάζεται με την πλήρη αναγνώριση των αναγκών του.

Επιπλέον, σημαντική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή ως εκπαιδευτή αναφορικά με την προετοιμασία και την διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων, τα πολύπλοκα φάρμακα και τα πρωτόκολλα αυτοφροντίδας για την περιποίηση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να αποδειχθεί βασικός και ρυθμιστικός, είτε με την έγκαιρη και εμπεριστατωμένη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε ακόμη και με την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη διευκόλυνση της ανεξαρτητοποίησης του ασθενούς. Μελέτες έδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές εκτελούν μία νοσηλευτική πράξη επηρεάζει το πώς οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο τους.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης αλλά και γενικότερα στη θεραπεία των ογκολογικών ασθενών είναι πολυεπίπεδος και απαιτεί μεγάλη επιστημονική επάρκεια. Συνήθως η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνο, ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία, με ή χωρίς συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Είναι επομένως πολύ σημαντική η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Καθίσταται λοιπόν ανάγκη:

- Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη λειτουργία της κλινικής και τις επιλογές διευκόλυνσης.
- Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένεια του για το είδος της επέμβασης και τη μετεγχειρητική του πορεία (τι πρέπει να περιμένουν, πόσες μέρες αναμένεται διαρκέσει η ανάρρωση, με τι θα είναι συνδεδεμένος και ποια εικόνα θα παρουσιάζει αμέσως μετά την επιστροφή του στο τμήμα).
- Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι του ασθενούς για τη νάρκωση, το άγνωστο, την αλλαγή της εικόνας του (αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin, Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.) και τον αποχωρισμό.
- Να αναζητούνται στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. εξωτερίκευση των φόβων και των ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, εφιδρώσεις, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα προσώπου, ελάττωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση).

- Να εφαρμόζονται μέτρα για τη μείωση του άγχους και του φόβου.
- Να ενημερώνεται για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Να γίνει η γνωριμία του ασθενούς με το προσωπικό που θα συμμετέχει στη φροντίδα του, ώστε να δημιουργούνται αισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον.
- Να διαβεβαιώνεται πως το προσωπικό βρίσκεται κοντά του και θα απαντήσει σε κάθε σήμα κλήσης όσο το δυνατόν συντομότερα.
- Να ενθαρρύνεται να εκφράσει το φόβο και την ανησυχία του.
- Να ερμηνεύονται από τους νοσηλευτές όσα είπαν οι ιατροί και να γίνεται προσπάθεια για απομάκρυνση λανθασμένων αντιλήψεων που έχει ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση (π.χ.σκοπός, μέγεθος και θέση της τομής, αποτέλεσμα).
- Να ερμηνεύονται οι προεγχειρητικών εξετάσεις του από τους νοσηλευτές.
- Να διασφαλίζεται ένα ήρεμο και αναπνευστικό περιβάλλον.
- Να διδάσκεται ο ασθενής τεχνικές χαλάρωσης και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή του σε ποικίλες δραστηριότητες.
- Να ενθαρρύνεται επίσης το περιβάλλον του στην επίδειξη συμπεριφοράς ενδοαφέροντος και στοργής και να απουσιάζει όσο γίνεται το εμφανές άγχος.
- Τέλος, να γίνεται από τους νοσηλευτές χορήγηση φαρμάκων, εάν έχουν συνταγογραφηθεί.

3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή προ και μετεγχειρητικά

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι εξίσου σημαντικός και την παραμονή της επέμβασης του ασθενούς, διότι τότε η ανάγκη φυσικής και ψυχολογικής προετοιμασίας του είναι ακόμη εντονότερη. Συγκεκριμένα, χρειάζεται:

- Να ενημερώνεται ο ασθενής για τη διαδικασία της προεγχειρητικής προετοιμασίας.
- Να του δίνονται πληροφορίες σχετικά με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (π.χ.εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα και/ή ρινογαστρικού καθετήρα, προετοιμασία του εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων).
- Να του δίνονται πληροφορίες σχετικά με:

- α. τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- β. τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά
- γ. την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή
- δ. τη θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι
- ε. τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (π.χ. το σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής σε αυτές)
- στ. το τι νιώθει συνήθως κανείς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και της νάρκωσης.

Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μεριμνήσει, ώστε να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως, διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, και να ελεγχθούν οι απαντήσεις των εξετάσεων. Ακόμη, για να είναι ολοκληρωμένη η διαδικασία αυτή, πρέπει να γίνει εξέταση από αναισθησιολόγο, να δοθούν οδηγίες για την προνάρκωση και να γίνει φροντίδα της ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας.

Επιπρόσθετα, λίγο πριν από το χειρουργείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει:

- Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή και να λυθούν οι τελευταίες απορίες του.
- Να ντυθεί με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου και να τοποθετηθούν αντιθρομβωτικές κάλτσες και ταυτότητα αναγνώρισης στο χέρι του.
- Να γίνει προνάρκωση, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και να χορηγηθεί ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους ως αντιθρομβωτική αγωγή.
- Να ελεγχθεί η πληρότητα του ιατρικού φακέλου.
- Να συμπληρωθεί το έντυπο της γραπτής συγκατάθεσης (εάν αυτό δεν έχει ήδη γίνει).
- Να συμπληρωθεί από τον/τη νοσηλευτή/τρια το έντυπο προεγχειρητικής ετοιμασίας και να υπογραφεί.
- Να γίνει η ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο.
- Να εξασφαλιστεί η επικοινωνία με τους συγγενείς, η ενημέρωση για τη διάρκεια της επέμβασης και την εικόνα που θα παρουσιάζει ο ασθενής μετά το χειρουργείο.

Όσον αφορά στην μετεγχειρητική φάση, αυτή αρχίζει, όταν ο άρρωστος μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει, όταν έχει αναρρώσει από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη μετεγχειρητική φροντίδα του ενήλικα αρρώστου, που υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία και μεταφέρθηκε από την αίθουσα ανάνηψης στη χειρουργική κλινική. Οι στόχοι της φροντίδας

λοιπόν είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση του αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση υγείας.

Ο νοσηλευτής σε αυτό το στάδιο (μετεγχειρητικά) φροντίζει να διορθωθεί η υπογκαιμία που τυχόν προκλήθηκε από τις απώλειες υγρών από την επέμβαση με χορήγηση φρέσκου πλάσματος, φροντίζει να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα και να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών του αναπνευστικού συστήματος. Επιπλέον, απαιτείται οι νοσηλευτές/τριες να μεριμνήσουν για την απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα της δίψας, για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αγγειακό σύστημα και για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων λαμβάνοντας κατάλληλα μέτρα. Επίσης, η πρόληψη λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου είναι παρα πολύ σημαντική. Τέλος, θα πρέπει να καταγράφονται από τους/τις νοσηλευτές/τριες σε τακτά χρονικά διαστήματα οι ενδείξεις και ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς (Λανάρα, 1994· Ρούσσοι, 1998).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία

Ο/Η νοσηλευτής/τρια καλείται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο και στο στάδιο της χημειοθεραπείας του ασθενούς. Θα πρέπει λοιπόν να φροντίσει, πριν τη χημειοθεραπεία, να ενημερωθεί τόσο ο ασθενής όσο και το περιβάλλον του:

- Για την αναγκαιότητα της θεραπείας. Η ΧΜΘ (χημειοθεραπεία) είναι το μόνο όπλο του ασθενούς και έτσι θα πρέπει να το αντιληφθεί.
- Για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους.
- Για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας (συνήθως προσωρινές).
- Για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.

Επίσης, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, ο/η νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να μεριμνά:

- Για την ασφαλή χορήγηση των χημειοθεραπευτικών και την προφύλαξη από την εξαγγείωση φαρμάκων.
- Για την έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπλοκών της θεραπείας.
- Για τακτική θερμομέτρηση (πυρετός = αρχόμενη λοίμωξη λόγω λευκοπενίας).
- Για τυχόν εκχυμώσεις (θρομβοπενία).

- Για τυχόν αλλεργικές εκδηλώσεις (βήχας, δύσπνοια, μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, όπως πτώση πίεσης ή/και ταχυκαρδία).
- Για πιθανές εκδηλώσεις από ΓΕΣ (διάρροια, μη πρόσληψη υγρών, απώλεια υγρών λόγω εμέτων).
- Για εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα (πρόληψη ή αντιμετώπιση βλεννογονίτιδας ή/και μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία).

Όλα τα παραπάνω καθίστανται αναγκαία, ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι εξής:

Κυριότερες επιπλοκές ΧΜΘ:

1) Η ναυτία και ο εμετός είναι ένα από τα πρώτα και ιδιαίτερα βασανιστικά προβλήματα που βιώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά το τέλος της χημειοθεραπείας. Μεγάλη σημασία έχει το προηγούμενο ιστορικό του ασθενούς στη ναυτία και τον εμετό και ποια ήταν η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούσε. Ποιο ήταν το ερέθισμα που αύξανε την ναυτία και δημιουργούσε αίσθημα εμετού, π.χ. ο πόνος, ο βήχας, η θέα του φαγητού, η δυσάρεστη οσμή κάποιου φαρμάκου, η θέα του νοσοκομείου, των γιατρών και του προσωπικού γενικότερα.

Προς αυτή την κατεύθυνση είναι αναγκαίο να αξιολογείται το επίπεδο επικοινωνίας του ασθενούς: η αγωνία του για την επικαλούμενη χημειοθεραπεία, το άγχος για τα αποτελέσματα της αντιεμετικής θεραπείας, η ελλιπής πληροφόρηση που δίνει ένα αίσθημα ανασφάλειας, η σύγχυση, η διέγερση, η ληθαργικότητα.

Επίσης, πρέπει να αξιολογείται το χρώμα και η σύσταση του εμετού, η διάρκεια της ναυτίας- εμετού, ο χρόνος εμφάνισης του εμετού σε σχέση με την έναρξη της θεραπείας, η συχνότητα και το μέγεθος του εμετού και πώς ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που δημιουργούνται.

Ιδίως το τελευταίο, που σχετίζεται με τον ψυχογενή εμετό είναι μεγάλης σημασίας. Ο ψυχογενής εμετός είναι πρόβλημα για έναν σημαντικό αριθμό ασθενών που συχνά υποτιμάται, όταν δε γίνεται λεπτομερής αξιολόγηση των συμπτωμάτων των ασθενών. Για αυτό, θα πρέπει ο ασθενής να ενθαρρύνεται να αναφέρει ακόμα και τα πρόδρομα συμπτώματα, τα οποία γίνονται προοδευτικά χειρότερα μετά από αρκετούς κύκλους θεραπείας.

2) Η νευροτοξικότητα αποτελεί μια σοβαρή και ενοχλητική παρενέργεια αρκετών συχνά χρησιμοποιούμενων φαρμάκων, όπως τα αλκαλοειδή της Βίνκα, η σισπλατίνη, η ντοσεταξέλη και η πακλιταξέλη. Οι ασθενείς που λαμβάνουν αυτούς τους παράγοντες

εμφανίζουν συμπτώματα όπως μούδιασμα και μυρμήγκιασμα, τα οποία ξεκινάνε από τα άκρα των δαχτύλων των ποδιών και των χεριών και στην συνέχεια μετακινούνται κεντρικότερα και λαμβάνουν την μορφή γαντιού. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ικανότητα των ασθενών να πραγματοποιούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Οι νοσηλευτές παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο στην πρώιμη ανίχνευση της νευροτοξικότητας, στην αντιμετώπισή της, στην επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση των θεραπευτικών σχημάτων. Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών έχουν ως στόχο την πρόληψη της ανάπτυξης της περιφερικής νευροπάθειας, την πρόληψη της επιδείνωσης προϋπάρχουσας νευροπάθειας, τη μείωση της δυσφορίας και του πόνου, την προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς και τη διατήρηση της ικανότητας των ασθενών να επιτελούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής

3) Οι λοιμώξεις. Απαιτείται ενημέρωση του ασθενούς, ώστε να αποφεύγει δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεων, ιδιαίτερα την περίοδο της έντονης ανοσοκαταστολής. Συγκεκριμένα, πρέπει να αποφεύγει τον συνωστισμό με πολλά άτομα σε κλειστό χώρο και την επαφή με παιδιά που πιθανόν να φέρουν κάποια λοίμωξη.

Ακόμη, χρειάζεται να γίνει εκπαίδευση του ασθενούς στην παρακολούθηση σημείων και συμπτωμάτων πιθανής λοίμωξης, όπως η αύξηση της συνήθους θερμοκρασίας, το ρίγος, η ταχυσφυγμία, η αναπνευστική δυσχέρεια, η συχνουρία ή η καυσalgία κατά την ούρηση, τα θολά και δύσοσμα ούρα, το αίσθημα αυξανόμενης αδυναμίας και κόπωσης, το αίσθημα θερμότητας, πόνου, η παρουσία ερυθρότητας, οιδήματος ή το ασύνηθες έκκριμα σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος (Λανάρα, 1994· Ρούσσος, 1998).

3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να χρησιμοποιηθεί προεγχειρητικά, για μείωση της μάζας ενός όγκου, μετεγχειρητικά, ως συμπληρωματική θεραπεία της εγχείρησης, σε ανεγχείρητες περιπτώσεις ή παρηγορητικά σε μεταστάσεις.

Από τους νοσηλευτές ως προς την ακτινοθεραπεία απαιτείται ενεργός συμμετοχή στην ενημέρωση και την παροχή κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με:

α) Τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους (προσωρινές, αντιμετωπίσιμες):

- Κόπωση
- Πτώση των τριχών της περιοχής που ακτινοβολείται
- Τοπική αντίδραση στο δέρμα

- Διαταραχές ύπνου
- Μυελοτοξικότητα
- Έμετοι
- Ακτινική οισοφαγίτις, κολίτις, κυστίτις κ.λ.π.

β) Τη γνωριμία του ασθενούς με τα μηχανήματα εκπομπής ακτινοβολίας.

γ) Το πρόγραμμα θεραπείας του ασθενούς (καθημερινό-για μερικές εβδομάδες διάρκειας μερικών λεπτών).

δ) Τη μη απαραίτητη νοσηλεία του στο νοσοκομείο.

ε) Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενούς στη θεραπευτική κλίνη.

στ) Το ότι θα παραμείνει στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνος, με την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.

ζ) Την ασφάλεια παραμονής του σε οικείο περιβάλλον (οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω).

η) Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx) (Λανάρα, 1994· Ρούσσος, 1998).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

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.

Προς αυτή την κατεύθυνση, οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- 1) να εκτιμούν και να αξιολογούν την ένταση του, το είδος του, ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου,

- 2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τον τρόπο χορήγησης, τη δράση, τις παρενέργειες και την αντιμετώπιση των οπιοειδών, το φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή και
- 3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του, ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Επίσης, η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή τους προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του.

Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο «ανακουφιστική φροντίδα» (palliative care) και μάλιστα το 1987 καθιερώθηκε και ειδικότητα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στη Νοσηλευτική ήταν και η ανάπτυξη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας, που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τα παραπάνω προσφέροντας εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα (Λανάρα, 1994).

Γ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Μέχρι τώρα δεν ήταν ακριβώς γνωστό ποιος είναι ο παράγοντας που συμβάλλει στο να εξελιχθεί μία καλοήθης αλλοίωση σε κάτι που είναι τόσο επιθετικό και εξαπλώνεται σε όλον τον οργανισμό του ανθρώπου. Όμως, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Plymouth για εντόπισε για πρώτη φορά έναν σημαντικό μηχανισμό πίσω από αυτή τη διαδικασία. Η έρευνα δημοσιεύεται στο περιοδικό American Journal of Physiology-Renal Physiology. Το κλειδί στην έρευνα είναι μια πρωτεΐνη, η οποία ονομάζεται PSTI (pancreatic secretory trypsin inhibitor), η οποία υπάρχει στους περισσότερους καρκίνους της ουροδόχου κύστης. Η συγκεκριμένη εντόπισε το ρόλο που διαδραματίζει το μόριο αυτό, κατά τη διαδικασία που επιτρέπει την εξάπλωση και την επιθετική δράση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

Από την άλλη, σύμφωνα με ερευνητές του Πανεπιστημίου Lund, του Πανεπιστημίου της Uppsala και του ΚΤΗ, στη Σουηδία, οι επιθετικές μορφές καρκίνου της ουροδόχου κύστης, περιλαμβάνουν την παρουσία μιας πρωτεΐνης, της PODX-L, μια ανακάλυψη-κλειδί για μια βελτιωμένη θεραπεία. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν περίπου 500 άνδρες και γυναίκες, ηλικίας μεταξύ 39 και 90 ετών. Οι ασθενείς των οποίων οι όγκοι περιλάμβαναν την πρωτεΐνη PODXL, είχαν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου ή θανάτου από την νόσο, μέσα σε διάστημα δύο ετών, ακόμη και στις περιπτώσεις που γινόταν έγκαιρη διάγνωση και αφορούσε μόνον επιφανειακούς όγκους. Μάλιστα, η Karolina Boman, υπεύθυνη της μελέτης και του τμήματος Παθολογικής Ανατομίας στο πανεπιστήμιο του Lund υποστηρίζει ότι:

Με καλύτερη γνώση αυτής της πρωτεΐνης, μπορούμε να προσδιορίσουμε καλύτερα την πρόγνωση ενός ασθενή και να δούμε καλύτερα ποιός χρειάζεται επιθετικότερη θεραπεία άμεσα και σε ποιόν μπορεί να χορηγηθεί μια ηπιότερη θεραπεία, χωρίς κίνδυνο για τη ζωή του. Μπορούμε να δούμε, σε πρώιμο στάδιο, ποιοί ασθενείς βρίσκονται στη ζώνη του κινδύνου για υποτροπή του καρκίνου (www.ygeiaonline.gr).

Συμπληρώνει επίσης πως σε προηγούμενες έρευνες, αποδείχτηκε ότι η παρουσία αυτής της πρωτεΐνης στην κυτταρική μεμβράνη των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής ή θανάτου από αυτήν τη νόσο (www.ygeiaonline.gr).

Ανασκόπηση των επίσημων εκθέσεων σχετικά με αρνητικές αντιδράσεις ορισμένων φαρμάκων, άφησαν επίσης ενδείξεις πώς κάποια φάρμακα για τον διαβήτη (Actos) παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου της ουροδόχου κύστης, με αποτέλεσμα να αποσυρθούν.

Τέλος, σημαντικές έρευνες γίνονται στην εξέλιξη των μεθόδων ανίχνευσης της νόσου σε πολύ πρώιμο στάδιο. Ειδικότερα, ένα νέο μοριακό τεστ για τη διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως χρησιμοποιεί τη μικροσκοπική εξέταση κυττάρων, με φθορίζοντα *in situ* υβριδισμό (FISH). Η μέθοδος αυτή στοχεύει στην ανίχνευση ανωμαλιών σε τέσσερα διαφορετικά χρωμοσώματα σε ουροθηλιακά κύτταρα, που συλλέγονται από τα ούρα του ασθενούς και έχει ευαισθησία 74% έναντι 48% της κυτταρολογικής εξέτασης.

Ακόμη, ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Ρότσεστερ στην Νέα Υόρκη δημιούργησε τεστ για την ανίχνευση αίματος στα ούρα, το οποίο μπορεί να γίνει εύκολα κατ' οίκον και μπορεί να συντελέσει στην ανίχνευση καρκίνου της ουροδόχου κύστης νωρίτερα, σε πιο ιάσιμο στάδιο, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Ουρολογίας. Το τεστ περιέχει μια χημική ταινία, που αλλάζει χρώμα όταν τοποθετηθεί σε ούρα που περιέχουν αίμα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι δυνατόν να οφείλονται σε νεφρολιθίαση και άλλες παθολογικές καταστάσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, ενώ ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε σπάνιες περιπτώσεις.

Τέλος, μια επιστημονική ομάδα από το Ηνωμένο Βασίλειο κατασκεύασε μια συσκευή, η οποία μπορεί να ανιχνεύσει την οσμή του καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε δείγματα ούρων. Η συσκευή χρησιμοποιεί έναν αισθητήρα που ανιχνεύει συγκεκριμένες χημικές ουσίες σε αέρια μορφή, οι οποίες αναδύονται, όταν είναι παρόντα καρκινικά κύτταρα. Οι πρώτες δοκιμές έδειξαν ότι το τεστ δίνει ακριβή αποτελέσματα πάνω από 9 στις 10 φορές. Οι ειδικοί, ωστόσο, υποστηρίζουν πως χρειάζονται επιπλέον δοκιμές, ώστε το τεστ να τελειοποιηθεί, πριν από την ευρεία διάθεσή του.

ΑΡΘΡΑ

1. “Orthotopic bladder substitution (neobladder): part I: indications, patient selection, preoperative education, and counseling.”,

J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013 Jan-Feb; 40(1): 73-82.
doi:10.1097/WON.0b013e31827759ea.

(Ong K(1), Herdman O, Johnson L, Lawrentschuk N.)

Author information: (1)Austin Health, Urology Unit, Department of Surgery, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia.

Abstract:

Bladder substitution following radical cystectomy for urothelial cancer (transitional cell carcinoma) has become increasingly common and in many centers has evolved to become the standard method of urinary diversion. In determining the best type of urinary diversion for a specific patient, consideration must be given to both the morbidity associated with surgery and the potential positive impact on the patient's quality of life. Decision-making and perioperative care is ideally multidisciplinary, involving physicians and nurse specialists in urology, continence, and ostomy therapy. Physiotherapists may also be involved for pelvic floor muscle retraining. This article highlights preoperative considerations for patients undergoing radical cystectomy with a focus on issues specific to orthotopic bladder substitution as the method of urinary diversion.

The second article in this 2-part series will outline postoperative strategies to manage these patients.

PMID: 23222970 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Η αποκατάσταση της ουροδόχου κύστεως μετά από ριζική κυστεκτομή, για καρκίνο του ουροθηλίου (μεταβατικό καρκίνωμα), έχει γίνει όλο και περισσότερο κοινή και σε πολλά κέντρα έχει εξελιχθεί ως η πρότυπη μέθοδος εκτροπής των ούρων. Κατά τον καθορισμό του καλύτερου είδους εκτροπής των ούρων για έναν συγκεκριμένο ασθενή, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η νοσηρότητα που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση και η πιθανή θετική επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η λήψη αποφάσεων και η περιεγχειρητική φροντίδα είναι αντικείμενο πολλών ειδικοτήτων, με τη συμμετοχή ιατρών και εξειδικευμένων νοσηλευτών στην ουρολογία, την εγκράτεια, και τη θεραπεία στομίας. Οι φυσιοθεραπευτές μπορούν επίσης να συμμετέχουν, με σκοπό την εκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους, για την επανεκπαίδευση των μυών του πυελικού εδάφους. Το

άρθρο αυτό τονίζει τις προεγχειρητικές εκτιμήσεις για ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή, με έμφαση σε θέματα ειδικά για την ορθοτοπική αποκατάσταση της ουροδόχου κύστης, σαν μέθοδος εκτροπής ούρων.

Το δεύτερο άρθρο αυτής της διμερούς σειράς, θα παρουσιάσει μετεγχειρητικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτών ασθενών.

2. "Orthotopic bladder substitution (Neobladder): part II: postoperative complications, management, and long-term follow-up."

J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013 Mar-Apr;40(2):171-80; quiz E1-2. doi:10.1097/WON.0b013e31827e8499.Herdiman O(1), Ong K, Johnson L, Lawrentschuk N. Author information: (1) Department of Surgery, University of Melbourne, Melbourne, Victoria,Australia.

Abstract:

Bladder replacement following radical cystectomy is widely practiced and in some centers has become the standard method of urinary diversion when possible, rather than the traditional ileal conduit. To minimize the impact of cystectomy and bladder replacement on quality of life and to obtain optimal functional results, postoperative care must be comprehensive and multidisciplinary. Critical team members include the surgeon, urologic nurses, WOC nurses, and allied health care providers such as physiotherapists. This article highlights postoperative considerations for patients undergoing radical cystectomy with orthotopic neobladder construction. The common issues and complications that arise are discussed with a focus on strategies to optimize outcomes.

PMID: 23466722 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Η αντικατάσταση της ουροδόχου κύστης μετά από ριζική κυστεκτομή είναι ευρέως διαδεδομένη και σε ορισμένα κέντρα έχει γίνει η πρότυπη μέθοδος εκτροπής των ούρων, όταν είναι δυνατόν, αντί για την παραδοσιακή εκτροπή ούρων με χρήση ειλεού. Για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της κυστεκτομής και της αντικατάστασης της ουροδόχου κύστης στην ποιότητα ζωής και για την επίτευξη βέλτιστων λειτουργικών αποτελεσμάτων, η μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και διεπιστημονική. Κρίσιμα μέλη της ομάδας περιλαμβάνουν το χειρουργό, ουρολογικούς νοσηλευτές, απλούς νοσηλεύτες, καθώς και συνεργάτες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όπως φυσιοθεραπευτές. Το

άρθρο αυτό τονίζει μετεγχειρητικά θέματα ασθενών που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή με ορθοτοπική κατασκευή νεοκύστης. Συζητούνται κοινά προβλήματα και επιπλοκές που προκύπτουν, με έμφαση στις στρατηγικές για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων.

3. "Intravesical Bacillus Calmette-Guerin for treating bladder cancer.",

Urol Nurs. 2003 Jun;23(3):189-91, 199; quiz 192.

Boyd LA(1).

Author information:

(1)Southwest Florida Urologic Associates, Cape Coral, FL, USA.

Abstract:

Bladder cancer continues to be a leading cause of malignant neoplasm in men. Since 1976, Bacillus Calmette-Guerin (BCG) has been a recommended treatment for superficial bladder malignancy. BCG treatment indications, administration, side effects, patient education, and nursing implications are discussed.

PMID: 12861735 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης συνεχίζει να αποτελεί ένα συχνό κακόηθες νεόπλασμα στους άντρες. Από το 1976 το BCG έχει προταθεί ως θεραπεία για επιφανειακές κακοήθειες της ουροδόχου κύστης. Οι ενδείξεις αυτής της θεραπείας, η δοσολογία, οι παρενέργειες, η εκπαίδευση των ασθενών και η συμμετοχή των νοσηλευτών συζητούνται σε αυτό το άρθρο.

4. "Nursing issues in the management of urinary diversions in women.",

Semin Urol Oncol. 1997 Aug;15(3):193-9.

Erwin-Toth P(1), Calabrese DA.

Author information: (1)Cleveland Clinic Foundation, OH 44195, USA.

Abstract:

Cancer and urinary diversion via orthotopic or cutaneous stomas in women result in significant physiological and psychosocial issues. Patient counseling, education, and follow-up care are best achieved by the intervention of a multidisciplinary health care team. Urologic and enterostomal therapy nursing support in these endeavors can contribute to facilitating a positive outcome.

Μετάφραση περίληψης:

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης και η εκτροπή των ούρων, μέσω ορθοτοπικής ή υποδόριας στομίας στις γυναίκες αποτελεί σημαντικό φυσιολογικό και ψυχολογικό αντικείμενο μελέτης. Η συμβουλευτική του αρρώστου, η εκπαίδευση και η συνεχόμενη φροντίδα επιτυγχάνονται καλύτερα από μία πολυπαραγοντική ομάδα φροντίδας υγείας. Η νοσηλευτική υποστήριξη στην ουρολογική θεραπεία και στη φροντίδα της στομίας μπορεί να συνεισφέρει και να διευκολύνει σε ένα θετικό αποτέλεσμα.

5. "Quality of life after cystectomy. Comparison between patients with conduit and those with continent caecal reservoir urinary diversion."

Br J Urol. 1988 Sep;62(3):240-5.

Mansson A(1), Johnson G, Mansson W.

Author information: (1)Malmohus County Council School of Nursing, University Hospital, Lund, Sweden.

Abstract:

A questionnaire survey was carried out to assess the quality of life of 60 patients who had undergone cystectomy because of bladder carcinoma. Urinary diversion was by a continent caecal reservoir in 20 patients and by a conduit in 40. The patients' replies showed that cystectomy could cause severe problems in all aspects of life. Diversion with a continent caecal reservoir was associated with fewer stoma-related problems and seemed to allow the patients greater freedom to continue activities such as sport, travel and social life. Sexual problems, disturbed relationships with partners and emotional and mental problems were common and did not differ between the two groups of patients. It is recommended that patients judged to be prone to mental and emotional disturbance after cystectomy should be identified pre-operatively and given extra psychological support.

PMID: 3191337 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Ένα ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε, προκειμένου να προσεγγίσει την ποιότητα ζωής 60 ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κυστεκτομή, λόγω καρκινώματος ουροδόχου κύστεως. Η εκτροπή των ούρων αποκαταστήθηκε με ορθικό παρασκεύασμα σε 20

ασθενείς και με στομία σε 40 ασθενείς. Αποδείχθηκε ότι η κυστεκτομή μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής. Η μέθοδος εκτροπής με δημιουργία ορθικής νεοκύστης σχετίστηκε με λιγότερα προβλήματα και φάνηκε να επιτρέπει στους ασθενείς μεγαλύτερη ελευθερία στο να συνεχίσουν δραστηριότητες, όπως αθλήματα, ταξίδια και κοινωνική ζωή. Σεξουαλικά προβλήματα, διακοπή σχέσεων με συντρόφους και συναισθηματικά ή/και νοητικά προβλήματα ήταν συχνά και δεν διέφεραν μεταξύ των δύο γκρουπ ασθενών. Προτείνεται ότι ασθενείς, οι οποίοι είναι επιρρεπείς σε νοητικές ή συναισθηματικές διαταραχές μετά την κυστεκτομή, θα πρέπει να αναγνωρίζονται προεγχειρητικά, ώστε να τους δίνεται επιπλέον ψυχολογική υποστήριξη.

6. "Implementing hexaminolevulinate HCl blue light cystoscopy: a nursing perspective.",

AORN J. 2014 Nov;100(5):489-96; quiz 497-9. doi: 10.1016/j.aorn.2013.12.013. Epub2014 Oct 25. Calvaresi AE, Trabulsi EJ, Sonzogni M, Gomella LG, Lallas CD, Wachsmuth KS.

Abstract:

Hexaminolevulinate HCl is a diagnostic imaging agent used with blue light during cystoscopy to help detect non-muscle-invasive bladder cancer. Blue light cystoscopy performed using hexaminolevulinate HCl has been found to detect more papillary non-muscle-invasive bladder tumors than cystoscopy performed using standard white light. Because bladder instillation and retention requirements of hexaminolevulinate during cystoscopy can affect patient flow in the perioperative setting, this technique necessitates changes in nursing practice and care of patients with known or suspected non-muscle-invasive bladder cancer. Nursing personnel at one facility followed the AORN guidelines for preoperative patient care in the ambulatory setting to address staffing, preoperative nursing assessment, anesthesia evaluation, and preoperative teaching related to implementing blue light cystoscopy.

Copyright B© 2014 AORN, Inc. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

PMID: 25443119 [PubMed - in process]

Μετάφραση περίληψης:

Το Hexaminolevulinate Hcl είναι ένα διαγνωστικό απεικονιστικό μέσο, το οποίο χρησιμοποιείται με μπλε φώς κατά τη διάρκεια της κυστεοσκόπησης, προκειμένου να ανιχνεύσει καρκίνους ουροδόχου κύστης που δεν διηθούν το μυϊκό ιστό. Η συγκεκριμένη

μέθοδος φάνηκε να ανιχνεύει καλύτερα τους εν λόγω όγκους σε αντίθεση με την κλασική κυστεοσκόπηση, με λευκό φως. Επειδή οι απαιτήσεις ενστάλαξης και κατακράτησης του Hexaminolevulinate Hcl κατά τη διάρκεια της κυστεοσκόπησης μπορούν να επηρεάσουν τη ροή ούρων του ασθενούς διεγχειρητικά, η τεχνική αυτή χρειάζεται αλλαγές στη νοσηλευτική πρακτική και στη φροντίδα ασθενών με γνωστό ή πιθανό μη διηθητικό καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενός κέντρου ακολούθησε τις οδηγίες του AORN στην προεγχειρητική φροντίδα ασθενών σε ότι αφορά τις προεγχειρητικές νοσηλευτικές διαδικασίες, την εφαρμογή αναισθησίας και την προεγχειρητική εκπαίδευση, η οποία σχετίζεται με τη χρήση του μπλε φωτός στην κυστεοσκόπηση.

7. "Urostomy management in the community.",

Br J Community Nurs. 2014 Sep;19(9):448-52. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.9.448.

Nazarko L(1). Author information: (1)Consultant Nurse and Lead, Community IV Services and Dementia, Ealing NHS Trust.

Abstract:

Around 11 000 people in the UK have a urostomy. A urostomy is now usually carried out for bladder cancer. Most urostomists are older men and around half require assistance with routine care. Complications such as parastomal skin soreness are common. Community nurses can work with urostomists and formal and informal carers to encourage and enable the person to manage their urostomy independently whenever possible and provide support, advice and help when complications occur. This article provides an overview of effective care and possible complications. PMID: 25184899 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Περίπου 11.000 άνθρωποι στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν μια ουροστομία. Η ουροστομία πλέον γίνεται συχνά για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Οι περισσότεροι ασθενείς με ουροστομία είναι άντρες μεγαλύτερης ηλικίας και περίπου το ήμισυ αυτών χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινή τους φροντίδα. Επιπλοκές, όπως ξηρότητα του δέρματος γύρω από τη στομία είναι συχνές. Νοσηλεύτριες και νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν με αυτούς τους ασθενείς, με σκοπό να ενθαρρύνουν και να επιτρέψουν στο άτομο να διαχειρίζεται την ουροστομία του ανεξάρτητα, όποτε αυτό είναι δυνατό και να παρέχουν υποστήριξη, συμβουλές και βοήθεια, όταν εμφανιστούν επιπλοκές. Αυτό το άρθρο παρέχει μια επισκόπηση της αποτελεσματικής φροντίδας και τις πιθανές επιπλοκές.

8. "Haematuria: from identification to treatment."

Br J Nurs. 2014 May 8-21;23(9):S28-32.

King K(1), Steggall M(2).

Author information: (1)Research Associate Nurse, Department of Urology, UCL Medical School, University College London. (2)Associate Dean/Director of Undergraduate Studies, City University London and Clinical Nurse Specialist (ED/PE), Barts Health NHS Trust, London.

Abstract:

Haematuria has a prevalence of 0.1% to 2.6%. Potential diagnoses may include infection, kidney stones, trauma, exercise or spurious causes, such as foods, drugs or menstruation, and a tumour. Approximately 20% of patients with haematuria have a urological tumour, with a further 20% found to have a significant underlying pathology. Haematuria is subsequently known as the 'classic presentation' of bladder cancer with 70-80% of patients experiencing painless, gross (visible) haematuria. However, in all cases of visible haematuria, a tumour should be suspected until proven otherwise. A patient with visible haematuria requires urgent, stringent investigation, warranting specialist assessment and subsequent selective referral through a series of patient-centred investigations at a haematuria clinic. One-stop clinics have been shown to improve the patient experience in early diagnosis of potentially life-threatening conditions. Yet despite morbidity and mortality from bladder cancer increasing, the haematuria service has remained largely unchanged for several decades. This paper will discuss the tests and investigations that need to be undertaken in an individual with either visible or non-visible haematuria, and outline the care that is needed to support patients through the investigation process, with special focus on bladder tumour. PMID: 24820511 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Η αιματουρία έχει επιπολασμό 0,1% σε 2,6%. Πιθανές διαγνώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν μόλυνση, πέτρες στα νεφρά, τραύμα, άσκηση ή πλαστές αιτίες, όπως τρόφιμα, ναρκωτικά ή εμμηνόρροια, και όγκος. Περίπου το 20% των ασθενών με αιματουρία έχουν ουρολογικό όγκο, ενώ ένα επιπλέον 20% βρέθηκε να έχει μια σημαντική υποκείμενη παθολογία. Η αιματουρία είναι ακολούθως γνωστή ως «κλασική μορφή» του καρκίνου της ουροδόχου κύστης με 70-80% των ασθενών να βιώνουν ανώδυνη, καταφανή (ορατή) αιματουρία. Ωστόσο, σε όλες τις περιπτώσεις της ορατής αιματουρίας, πρέπει να

υπάρχουν υπόνοιες για ύπαρξη όγκου, μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Ένας ασθενής με ορατή αιματουρία απαιτεί επείγουσα, αυστηρή εξέταση, εγγυημένη εξειδικευμένη αξιολόγηση και επακόλουθη επιλεκτική παραπομπή σε κλινική αιματουρίας μέσω μιας σειράς εξετάσεων με επίκεντρο τον ασθενή. Κλινικές One-stop έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την εμπειρία των ασθενών στην πρώιμη διάγνωση των πιθανά απειλητικών για τη ζωή συνθηκών. Ωστόσο, παρά το ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από τον καρκίνο ουροδόχου κύστης αυξάνει, η υπηρεσία αιματουρίας έχει παραμείνει σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη για αρκετές δεκαετίες. Αυτή η μελέτη θα συζητήσει τις δοκιμές και τις εξετάσεις που χρειάζεται να γίνουν σε ένα άτομο είτε με ορατή είτε με μη ορατή αιματουρία και θα τονίσει τη φροντίδα που απαιτείται για την υποστήριξη των ασθενών κατά τη διάρκεια της εξέτασης, με ιδιαίτερη έμφαση στον όγκο ουροδόχου κύστης.

9. "Validation of the urostomy education scale: the European experience."

Urol Nurs. 2013 Sep-Oct;33(5):219-29.

Jensen BT(1), de Blok W(2), Kiesbye B(3), Kristensen SA(3).

Author information: (1)Urology Department, Aarhus University Hospital, Denmark. (2)Uro-oncology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam. (3)Aarhus University Hospital, Denmark.

Abstract:

Bladder cancer is the fourth most common cancer among European males. Once diagnosed with muscle invasive bladder cancer, a radical cystectomy is the first line treatment, which results in a urostomy. The placement of a urostomy and the care required impacts the patient's life. Previous research validated the Urostomy Education Scale as the first standardized tool capable of documenting the patients' level of stoma self-care skills and useful to guide patient education interventions. A Danish-Dutch Fellowship was established to support and provide further evidence of applicability of the Urostomy Education Scale.

PMID: 24354110 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η τέταρτη πιο κοινή μορφή καρκίνου μεταξύ των ανδρών στην Ευρώπη. Σε περίπτωση διάγνωσης καρκίνου ουροδόχου κύστης με διήθηση του μυϊκού χιτώνα, η ριζική κυστεκτομή είναι η θεραπεία πρώτης γραμμής, η οποία οδηγεί

σε ουροστομία. Η τοποθέτηση ουροστομίας και η φροντίδα που απαιτείται έχει επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς. Προηγούμενη έρευνα έχει επικυρώσει την Κλίμακα Εκπαίδευσης Ουροστομίας ως το πρώτο τυποποιημένο εργαλείο για τεκμηρίωση του επιπέδου των ασθενών στις δεξιότητες για αυτο-φροντίδα της στομίας και για την καθοδήγηση της εκπαίδευσης αυτών. Μια δανό-ολλανδική συνεργασία οργανώθηκε για να στηρίξει και να παρέχει περαιτέρω αποδείξεις για την εφαρμογή της Κλίμακας.

10. "Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. ",

Semin Oncol Nurs. 2012 Aug;28(3):154-62. doi: 10.1016/j.soncn.2012.05.004.

Tyler Alisson(1)

Author information: (1)Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute, 9500 Euclid Ave., Desk R33, Cleveland, OH 44915, USA. tylera2@ccf.org

Abstract:

OBJECTIVES: To review the diagnosis, treatment, and nursing management of patients with urothelial cancers.

DATA SOURCES: PubMed, Ovid MEDLINE, Text books, and clinical experience. CONCLUSION: Progress is being made in the surgical and systemic management of urothelial cancers, and the oncology nurse is in a position to make an impact on patient education and overall quality of life.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: Nursing care begins at pre-diagnostic testing and continues through treatment for metastatic disease. Nurses must be knowledgeable about diagnostic tests, treatment options, and the quality-of-life implications of associated surgeries and/or treatments to support and guide patients. Education should be comprehensive, addressing not only treatment side effects but also long-term implications on patients' lives and lifestyles.

Copyright B© 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.

PMID: 22846483 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Μετάφραση περίληψης:

ΣΤΟΧΟΙ: Να επανεξεταστεί η διάγνωση, η θεραπεία και η νοσηλευτική διαχείριση των ασθενών με ουροθηλιακούς καρκίνους.

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ: PubMed, MEDLINE, συγγράμματα και η κλινική εμπειρία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Πρόοδος έχει σημειωθεί στη χειρουργική και τη συστηματική διαχείριση των ουροθηλιακών καρκίνων και ο/η ογκολογικός/ή νοσηλευτής/τρια είναι σε θέση να έχει επιρροή στην εκπαίδευση του ασθενή και τη συνολική ποιότητα της ζωής του.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ: Η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινάει από τις προ-διαγνωστικές εξετάσεις και συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας για τη μεταστατική νόσο. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες των διαγνωστικών εξετάσεων, των θεραπευτικών επιλογών, καθώς και των συνεπειών των χειρουργικών επεμβάσεων στην ποιότητα ζωής και/ή τις θεραπείες για την υποστήριξη και την καθοδήγηση των ασθενών. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, να αντιμετωπίζει όχι μόνο τα αποτελέσματα της θεραπευτικής πλευράς αλλά και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη ζωή και τον τρόπο ζωής των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Άγιος, Ε. Α. (1997). *Περιγραφική & Εφαρμοσμένη Ανατομική: Τα σπλάγχνα*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- American Cancer Society (2014). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.
- Αρβανιτάκης, Θ. (2010). Καρκίνωμα in Situ της Ουροδόχου Κύστεως. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6(2), σελ. 108-120.
- Babjuk, M., Burger, M., Zigeuner, R., Shariat, S., van Rhijn, B., Compérat, E., Sylvester, R., Kaasinen, E., Böhle, A., Palou Redorta, J. and Rouprêt, M. (2013). EAU Guidelines on Non–Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2013. *European Urology*, 64(4), pp.639-653.
- Boyd, L.A. (2003). Intravesical Bacillus Calmette-Guerin for Treating Bladder Cancer. *Urologic Nursing*, 23(3): pp.189-191.
- Calvaresi, A.E., Trabulsi, E.J., Sonzogni, M., Gomella, L.G., Lallas, C.D. and Wachsmuth, K.S. (2014). Implementing Hexaminolevulinate HCl Blue Light Cystoscopy: a Nursing Perspective. *AORN Journal*, 100(5): pp.489-99.
- Γκέκας, Α., Παπατσώρης, Α.Γ. και Δάρρας, Ι. (2002). *Ογκολογικοί Δείκτες Στον Καρκίνο Του Ουροποιητικού*. Πάτρα: Ουρολογική Κλινική Γ.Π.Ν. Πατρών.
- Δημόπουλος, Α.Κ. (1998). *Ουρολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Erwin-Toth, P. and Calabrese, D.A. (1997). Nursing Issues in the Management of Urinary Diversions in Women. *Seminars in Urologic Oncology*, 15(3): pp.193-199.
- European Association of Urology. (2012). *Guidelines on Bladder Cancer Muscle-invasive and Metastatic*. Διαθέσιμο σε <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.665.7909&rep=rep1&type=pdf> [Προσπελάστηκε 16 Αυγ. 2017].
- European Association of Urology. (2014). *Guidelines on Muscle-Invasive and Metastatic Bladder Cancer*. Διαθέσιμο σε <http://uroweb.org/guideline/bladder-cancer-muscle-invasive-and-metastatic> [Προσπελάστηκε 16 Αυγ. 2017].
- European Association of Urology. (2015). *Guidelines on Non-muscle-Invasive Bladder Cancer (Ta, T1 and CIS)*. Διαθέσιμο σε <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Non-muscle-invasive-Bladder-Cancer-2015-v1.pdf> [Προσπελάστηκε 16 Αυγ. 2017].

- Herdman, O., Ong, K., Johnson, L. and Lawrentschuk, N. (2013). Orthotopic Bladder Substitution (Neobladder). *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(2), pp.171-180.
- International Agency for Research on Cancer. (1999). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Some chemicals that cause tumors of the kidney or urinary bladder in rodents, and some other substances*. Διαθέσιμο σε <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol73/index.php> [Προσπελάστηκε 24 Μαΐου 2015].
- International Agency for Research on Cancer. (2004). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco smoke and involuntary smoking*. Διαθέσιμο σε <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php> [Προσπελάστηκε 24 Μαΐου 2015].
- International Agency for Research on Cancer. (2004). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Some Drinking-water Disinfectants and Contaminants, including Arsenic*. Διαθέσιμο σε <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol84/index.php> [Προσπελάστηκε 24 Μαΐου 2015].
- International Agency for Research on Cancer. (2004). *IARC Publications: Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs*. Διαθέσιμο σε <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb7/> [Προσπελάστηκε 10 Ιουν. 2017].
- Jemal, A., Thomas, A., Murray, T. and Thun, M. (2002). Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(1), pp.23-47.
- Jensen, B.T., de Blok, W., Kiesbye, B., and Kristensen, S.A. (2013). Validation of the Urostomy Education Scale: The European experience. *Urologic Nursing*, 33(5), pp.219-229.
- King, K. and Steggall, M. (2014). Haematuria: from identification to treatment. *British Journal of Nursing*, 23(9), pp.28-32.
- Λανάρα, Α. Β. (1994). Προγράμματα εκπαίδευσης στην ογκολογική νοσηλευτική στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. *Νοσηλευτική*, 33(1): σελ.26.
- Mansson, A., Johnson, G. and Mansson, W. (1988). Quality of life after cystectomy. Comparison between patients with conduit and those with continent caecal reservoir urinary diversion. *British Journal of Urology*, 62(3): pp.240-245.
- Mostofi, K. F., Sobin, H. L. and Torloni, H. (1973). *International Histological Classification of Tumours No. 10: Histological Typing of Urinary Bladder Tumours*. Geneva: World Health Organization.

- Nazarko, L. (2014). Urostomy management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 19(9): pp.448-452.
- Negri, E. and La Vecchia, C. (2001). Epidemiology and prevention of bladder cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 10(1), pp.7-14.
- Ong, K., Herdman, O., Johnson, L. and Lawrentschuk, N. (2013). Orthotopic Bladder Substitution (Neobladder). *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(1), pp.73-82.
- Parkin, D.M., Bray, F.I. and Devesa, S.S. (2001). Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer*, 37, pp.4-66.
- Ρούσσος, Σ.Χ. (1998). *Εντατική θεραπεία (Τόμος ΙΙΙ)*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Sudhakar, A. (2009). History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods. *Journal of Cancer Science & Therapy*, 01(02), pp.i-iv.
- Τριχοπούλου, Α. και Τριχόπουλος, Δ. (1986). *Προληπτική Ιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε..
- Τσουφάκης, Γ. και Τζανέτου, Κ. (2000). Διερεύνηση της αιματουρίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(1), σελ. 237-255.
- Tyler, A. (2012). Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(3): pp.154-162.
- Χατζή, Λ., Σολιδάκη, Ε. και Κογεβίνας, Μ. (2008). Ο επαγγελματικός καρκίνος στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), σελ. 622-630.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- <http://www.ygeiaonline.gr/ta-panta-gia-tin-ygeia/iatrikes-eidiseis/113-2009-01-11-18-41-23/9690-karkinos-tis-oyrodoxoy-kystis-neo-dedomena-sti-diagnosi> [Προσπελάστηκε 25 Σεπτ. 2017].