



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

Καρκίνος Νεφρών - Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Δήμητρα Ούτση

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ-ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ - 2016

Περιεχόμενα

Περίληψη	3-4
Εισαγωγή	5
Ιστορική αναδρομή	6

Α' ΜΕΡΟΣ

1. Ανατομία	7-9
2. Φυσιολογία	10-11
2.1 Ρύθμιση ηλεκτρολυτών	11
2.2 Ενδοκρινής λειτουργία νεφρών	12
3. Παθολογία	13-14
4. Ιστοπαθολογία- Γενετική	15
5. Αίτια	16
6. Κλινική εικόνα	17
7. Διάγνωση	18-19
8. Στάδια καρκίνου	20
9. Θεραπεία	21-24
9.1 Μεταμόσχευση νεφρού	24
9.2 Συμβατότητα δότη-λήπτη	24-26
9.3 Επανεκτίμηση μετά τη θεραπεία	26
10. Πρόληψη	27
11. Πρόγνωση	28

Β' ΜΕΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

12. Εισαγωγή αρρώστου στο νοσοκομείο-νοσηλευτικές ευθύνες	29
13. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	29
14. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	30
15. Φυσική εκτίμηση (κλινική εξέταση)	31
16. Βιοψία νεφρών	31
17. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	32
18. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μη χειρουργική θεραπεία	33
19. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	34-35
20. Διεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	35
21. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	35-36
22. Ο ασθενής στην ανάνηψη και ο ρόλος του νοσηλευτή	37
23. Η θέση του αρρώστου στο κρεβάτι	37
24. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες-αντιμετώπιση	38
25. Διατροφή	39-41
26. Ψυχολογική κατάσταση	42
27. Ψυχολογική υποστήριξη	42-43
28. Πρόληψη μολύνσεων	44-45
29. Φροντίδα χειρουργικού τραύματος	45
30. Έγερση αρρώστου	46
31. Διδασκαλία αρρώστου	47-48

Γ' ΜΕΡΟΣ

Νέα δεδομένα που αναφέρονται στον καρκίνο των νεφρών	49-63
Βιβλιογραφία	64-65

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία αναπτύσσεται το θέμα του καρκίνου του νεφρού. Αποτελείται από τρία μέρη (θεματικές ενότητες). Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την ανατομία, φυσιολογία και παθολογία του νεφρού, όπως και την διάγνωση, τα αίτια και τα στάδια του καρκίνου, την θεραπεία του. Το δεύτερο το νοσηλευτικό μέρος της εργασίας, όπου παρουσιάζεται η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Και το τρίτο τα νέα δεδομένα σχετικά με το καρκίνο του νεφρού. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που βρίσκεται κοντά στον καρκινοπαθή, ακούγοντας τα προβλήματά του, φροντίζοντας για την ικανοποίηση των αναγκών του και αντιμετωπίζοντάς τον σαν ψυχοκοινωνική οντότητα. Το έργο του είναι δύσκολο και απαιτεί γνώσεις και ευθύνες.

Σκοπός: Τα αίτια και τα στάδια του καρκίνου των νεφρών, η θεραπεία και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Υλικό και μέγεθος: Πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσο αναφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα δεδομένα της ανασκόπησης των άρθρων που έγινε, συμπεραίνουμε πως ο καρκίνος των νεφρών μπορεί να κάνει μετάσταση σε αρκετά όργανα (κυρίως του ουροποιητικού συστήματος). Επιπλέον, η μετάσταση στην καρδιά είναι ιδιαίτερα σπάνια.

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος των νεφρών μπορεί να ανιχνευτεί σε μη πρώιμο στάδιο και να θεραπευτεί είτε με χειρουργική επέμβαση, είτε συντηρητικά με φαρμακευτική αγωγή. Σημαντικό ρόλο στην παραπάνω διαδικασία έχει ο νοσηλευτής, ο οποίος συμβάλει στην θεραπεία και στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: νοσηλευτικές παρεμβάσεις, καρκίνωμα, μεταστάσεις.

Summary

In this paper develops the theme of kidney cancer. It consists of three parts (modules). The first part includes anatomy, physiology and pathology of the kidney, as well as the diagnosis, causes and stages of cancer, its treatment. The second part of the nursing work, which presents the assessment of the situation of the patient, the role of the nurse in the diagnosis, treatment and psychosocial rehabilitation. And the third new data about kidney cancer. The nurse is the one who is close to the cancer patient, listening to its problems, sure to satisfy the needs and treating him as a psychosocial entity. The work is difficult and requires knowledge and responsibilities.

Purpose: The causes and stages of kidney cancer, treatment and nursing interventions.

Material and size: There was a search of the literature in electronic databases Pubmed and google scholar. The material of the study were selected articles. The selection was made by general articles, reviews, systematic studies. Posted restriction as a reference to Articles Post language and only used those which were published in English and Greek language.

Results: According to the background information in the articles was, we conclude that the kidney cancer may spread to several organs (mainly urinary tract). Moreover, the metastasis of the heart is extremely rare.

Conclusions: kidney cancer can be detected in non-early stage and treated with either surgery or conservatively with medication. Important role in this procedure is the nurse, who contribute to the treatment and psychological support of the patient.

Keywords: nursing interventions, carcinoma, metastases.

Εισαγωγή

Η καθημερινότητα του ανθρώπου στη σημερινή εποχή έχει επιφέρει οδυνηρές αλλαγές στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του. Το άγχος, το στρες, η καθημερινή πίεση και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής έχουν δημιουργήσει ανθρώπους αδύναμους, ανασφαλείς που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους με αισιοδοξία. Η πρόοδος της μοριακής βιολογίας, αναμφίβολα, έχει συμβάλει στην κατανόηση και αντιμετώπιση πλήθους ασθενειών. Ωστόσο περιβαλλοντικοί παράγοντες καθώς και η γήρανση του πληθυσμού καθιστούν τις νεοπλασματικές ασθένειες μιας διαρκώς εξελισσόμενη απειλή για την ανθρώπινη υγεία.

Ο καρκίνος είναι ένα παράδειγμα τέτοιου είδους προβλημάτων με τον οποίο εννοούμε οποιαδήποτε κακοήγη νεοπλασία. Στην προκειμένη περίπτωση με τον όρο «καρκίνος του νεφρού» εννοούμε τη μη ελεγχόμενη αύξηση μη φυσιολογικών κυττάρων στους νεφρούς ή στον άμεσα περιβάλλοντα ιστό. Περίπου 90% των όγκων του νεφρού αναφέρονται ως ενδοκυτταρικός καρκίνος (RCC), γνωστός και ως αδενοκρίνωμα του νεφρού (Χατζηδάκη, 2002).

Η διάγνωση του καρκίνου των νεφρών γίνεται σε προχωρημένο στάδιο με κλινικά ευρήματα και ορισμένο μέγεθος όγκου, ενώ δεν μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτός στα αρχικά στάδια διότι είναι σιωπηρά.

Ιστορική αναδρομή

Λέγεται πως ο καρκίνος υπάρχει από όταν δημιουργήθηκε η ζωή. Στο British Museum του Λονδίνου βρίσκεται ένα προϊστορικό ζώο που παρουσιάζει έναν όγκο των οστών στην ουρά.

Τα νεοπλάσματα έχουν διαδοθεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού.

Το 1740 στο Rheims στη Γαλλία εμφανίστηκε το πρώτο νοσοκομείο για καρκινοπαθείς και περίπου την ίδια στιγμή ο Morgagni δημοσίευσε μια μελέτη για τη φύση κ τις αιτίες της ασθένειας. Ως το 1975 η γενικά αποδεκτή ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του νεφρού ήταν του Lucke και Schlumberger κατά την οποία τα νεοπλάσματα του νεφρού διακρίνονται σε νεοπλάσματα: α) του νεφρικού παρεγχύματος, β) της νεφρικής πυέλου, γ) του μεσεγχυματικού ιστού, δ) της κάψας του νεφρού.

Η πρόσφατη ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του νεφρού που έγινε από τους Bannigton και Bcekwith, διακρίνεται στις εξής μεγάλες ομάδες: α) νεοπλάσματα του νεφρού από μεσεγχυματικό ιστό, β) εμβρυικά νεοπλάσματα, γ) νεοπλάσματα της νεφρικής πυέλου και δ) αδενοκρινώματα του νεφρού (Πυρπασόπουλος, 2006).

Ά ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού και είναι οπισθοπεριτοναϊκά όργανα που εντοπίζονται στην οπίσθια κοιλιακή περιοχή. Βρίσκονται μέσα στον εξωπεριτοναϊκό ιστό αμέσως πλάγια από τη σπονδυλική στήλη. Στην ύπτια θέση, οι νεφροί εκτείνονται από τον Θ12 περίπου σπόνδυλο προς τα άνω μέχρι τον Ο3 σπόνδυλο προς τα κάτω, με τον δεξιό νεφρό σε κάπως χαμηλότερη θέση σε σχέση με τον αριστερό, λόγω της σχέσης του με το ήπαρ. Παρόλο ότι έχουν το ίδιο μέγεθος και σχήμα, ο αριστερός νεφρός έχει μεγαλύτερο μήκος και είναι λεπτότερος από τον δεξιό και βρίσκεται πλησιέστερα στην μέση γραμμή (GRAY'S ANATOMY, 2005).

Οι νεφροί περιβάλλονται από ένα μοναδικό συνδυασμό περιτονίας και λίπους. Αμέσως έξω από τη νεφρική κάψα παρατηρείται μία συσσώρευση εξωπεριτοναϊκού λίπους, είναι το περινεφρικό λίπος, που περιβάλλει τελείως τον νεφρό. Το περινεφρικό λίπος περικλείεται σε μία μεμβρανώδη πάχυνση της εξωπεριτοναϊκής περιτονίας (τη νεφρική περιτονία). Στο περιτοναϊκό αυτό διαμέρισμα περικλείονται και τα επινεφρίδια, που χωρίζονται από τους νεφρούς με ένα λεπτό διάφραγμα. Για να προσπελασθεί εγχειρητικά ο νεφρός, πρέπει να διανοιχθεί η νεφρική περιτονία (Richard, 2007).

Η πρόσθια και η οπίσθια επιφάνεια των νεφρών είναι ομαλές και καλύπτονται από ένα ινώδες περίβλημα (νεφρική κάψα), που μπορεί να αφαιρεθεί εύκολα εκτός από την περίπτωση πάθησης.

Στο έσω χείλος του νεφρού βρίσκεται η πύλη του νεφρού που είναι μια βαθιά κάθετη σχισμή από την οποία εισχωρούν στο νεφρό και αναδύονται από αυτόν τα νεφρικά αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα. Προς το εσωτερικό η πύλη οδηγεί στον νεφρικό κόλπο. Το περινεφρικό λίπος επεκτείνεται μέσα στις πύλες και τον κόλπο και περιβάλλει όλα τα μορφώματα.

Κάθε νεφρός αποτελείται από τον εξωτερικό νεφρικό φλοιό και τον εσωτερικό νεφρικό μυελό. Ο νεφρικός φλοιός είναι μια συνεχής ταινία υπόλευκου (ωχρού) ιστού, η οποία περιβάλλει τελείως το νεφρικό μυελό. Προεκτάσεις του νεφρικού φλοιού (νεφρικές στήλες) εισχωρούν στο εσωτερικό του νεφρού και διαιρούν το νεφρικό μυελό σε διακεκομμένα τμήματα (τις νεφρικές πυραμίδες). Οι βάσεις των νεφρικών πυραμίδων κατευθύνονται προς τα έξω, προς το νεφρικό φλοιό, ενώ η κορυφή κάθε μιας νεφρικής πυραμίδας προβάλλει προς τα έσω, προς τον νεφρικό κόλπο. Η κορυφαία προβολή (νεφρική θηλή) περιβάλλεται από μία ελάσσονα (μικρή) κάλυκα. Η ελάσσονες κάλυκες υποδέχονται τα ούρα και αποτελούν τα κεντρικά

τμήματα του σωλήνα που σχηματίζει στη συνέχεια του ουρητήρα. Στο νεφρικό κόλπο πολλές ελάσσονες κάλυκες ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν μία μείζονα (μεγάλη) κάλυκα, ενώ οι δύο ή τρεις μείζονες κάλυκες ενώνονται και σχηματίζουν την νεφρική πύελο, που είναι το χωνοειδές άνω άκρο του ουρητήρα.

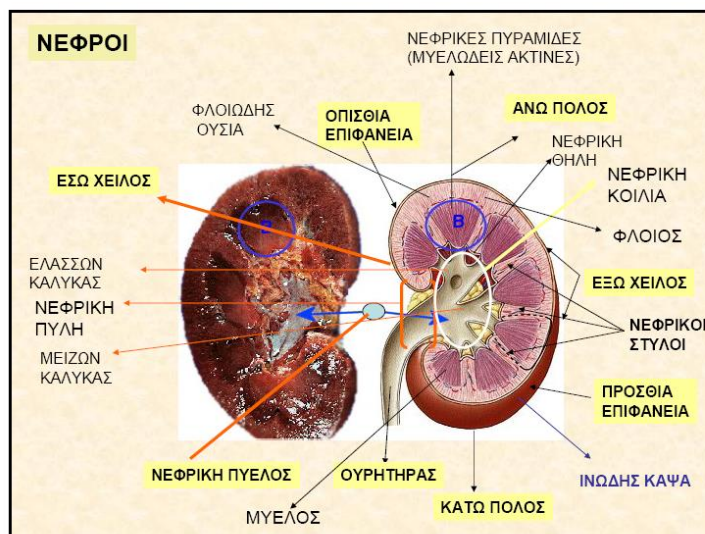
Κάθε νεφρός τροφοδοτείται με αίμα μόνο από μία μεγάλη νεφρική αρτηρία, που είναι πλάγιος κλάδος της κοιλιακής αορτής. Τα αγγεία αυτά εκφύονται συνήθως αμέσως κάτω από την έκφυση της άνω μεσεντέριας αρτηρίας, στο επίπεδο μεταξύ O1 και O2 σπονδύλου. Η αριστερή νεφρική αρτηρία εκφύεται λίγο ψηλότερα από την δεξιά και η δεξιά νεφρική αρτηρία έχει μεγαλύτερο μήκος και πορεύεται πίσω από την κάτω κοίλη φλέβα. Προσεγγίζοντας τη νεφρική πύλη, η νεφρική αρτηρία διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο, που τροφοδοτούν το νεφρικό παρέγχυμα. Συχνά υπάρχουν επικουρικές νεφρικές αρτηρίες, που εκφύονται από τα πλάγια της κοιλιακής αορτής, κάτω ή πάνω από την έκφυση της σύστοιχης κύριας νεφρικής αρτηρίας, εισχωρούν στον νεφρό σε κάποιο διαφορετικό επίπεδο και ονομάζονται συνήθως εξωπυλαίες αρτηρίες.

Πολλαπλές νεφρικές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την αριστερή και τη δεξιά νεφρική φλέβα, που και οι δύο βρίσκονται μπροστά από τις νεφρικές αρτηρίες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η μακρύτερη αριστερή νεφρική φλέβα περνά από τη μέση γραμμή, μπροστά από την κοιλιακή αορτή και πίσω από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και μπορεί να συμπιεσθεί από ένα ανεύρυσμα οποιοδήποτε από τα δύο αυτά αγγεία. Η λεμφική αποχέτευση κάθε νεφρού γίνεται προς τους οσφυϊκούς λεμφαδένες γύρω από την έκφυση της νεφρικής αρτηρίας.

Οι ουρητήρες είναι μυώδεις σωλήνες που μεταφέρουν τα ούρα από τους νεφρούς στην ουροδόχο κύστη. Προς τα πάνω ενώνονται με την νεφρική πύελο, η οποία είναι ένα χωνοειδές μόρφωμα μέσα στον νεφρικό κόλπο. Η νεφρική πύελος σχηματίζεται από την συνένωση δύο ή τριών μείζονων καλύκων, που με την σειρά τους σχηματίζονται από την συνένωση αρκετών ελασσόνων καλύκων. Κάθε μία ελάσσων κάλυκα περιβάλλει μία νεφρική θηλή. Η νεφρική πύελος στενεύει, καθώς πορεύεται προς τα κάτω διαμέσου της πύλης του νεφρού και ενώνεται με τον ουρητήρα στην ουρητηροπυελική συμβολή. Κάτω από την συμβολή αυτή, ο ουρητήρας πορεύεται προς τα κάτω οπισθοπεριτοναϊκά στην έσω επιφάνεια του μείζονος ψοίτη μύος. Στο πυελικό χείλος, ο ουρητήρας διασταυρώνεται είτε με το τέλος της κοινής λαγόνιας, είτε με την αρχή της έξω λαγόνιας αρτηρίας, φτάνει στην πυελική κοιλότητα και συνεχίζει την πορεία του προς την ουροδόχο κύστη (Richard, 2007).

Κάθε νεφρός που έχει περίπου μέγεθος μιας γροθιάς, περιβάλλεται από ινώδη κάψα. Το παρέγχυμα χωρίζεται στο φλοιό και στον έσω και έξω μυελό. Ο φλοιός περιέχει τα νεφρικά σωμάτια, που είναι τα σπειραματικά τριχοειδή που περιβάλλονται από τη κάψα του Bowman. Τα σωμάτια συνδέονται με τους

νεφρώνες, οι οποίοι είναι τα σωληνάκια που θεωρούνται ότι είναι η λειτουργική μονάδα των νεφρών. Το εξωτερικό μέρος του νεφρού περιέχει το παχύ ανιόν σκέλος της αγκύλης του Henle και τα αθροιστικά σωληνάκια, ενώ το έσω μέρος περιέχει τα ερυθρά αγγεία, το παχύ και λεπτό κατιόν σκέλος της αγκύλης και Henle και τα αθροιστικά σωληνάκια. Αυτά μεταφέρουν ούρα στους κάλυκες και τον ουρητήρα που οδηγεί στην ουροδόχο κύστη. Έτσι, το κλάσμα του πλάσματος που εισέρχεται στους νεφρούς διηθείται μέσω της σπειραματικής τριχοειδικής μεμβράνης στο χώρο του Bowman, ρέει στους νεφρώνες και μετατρέπεται σε σωληναριακό υγρό. Μετά την επεξεργασία του σωληναριακού υγρού στον νεφρώνα, το υγρό που παραμένει (ούρα) και ρέοντας μέσω των αθροιστικών σωληναρίων εξέρχεται από τις νεφρικές πυραμίδες στους ελάσσονες κάλυκες. Οι ελάσσονες κάλυκες συνδυάζονται για να σχηματίσουν τους κύριους κάλυκες που αποβάλλουν το περιεχόμενό τους στον ουρητήρα. Οι ουρητήρες οδηγούν στην ουροδόχο κύστη, όπου αποθηκεύονται τα ούρα μέχρι να απεκκριθούν (ούρηση) (Netter, 2010).



2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι νεφροί έχουν πολλές λειτουργίες όπως είναι:

- Η ρύθμιση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών: Οι νεφροί ρυθμίζουν τον όγκο του εξωκυττάριου υγρού μέσω της επαναρρόφησης και της απέκκρισης του NaCl και του νερού. Επίσης ρυθμίζουν τα επίπεδα άλλων σημαντικών ουσιών στο πλάσμα (Na⁺, K⁺, Cl⁻, HCO₃⁻, γλυκόζης, αμινοξέων, Ca²⁺, φωσφορικών αλάτων). Οι σημαντικότερες διαδικασίες ρύθμισης των ουσιών που κυκλοφορούν είναι οι παρακάτω:
 - ✓ Διήθηση υγρού και ουσιών από το πλάσμα στους νεφρώνες.
 - ✓ Επαναρρόφηση υγρού και ουσιών από τα νεφρικά σωληνάρια στα περισωληναριακά τριχοειδή.
 - ✓ Έκκριση επιλεγμένων ουσιών από τα περισωληναριακά τριχοειδή στο σωληναριακό υγρό, το οποίο διευκολύνει την απέκκριση των ουσιών. Τόσο ενδογενείς (π.χ. K⁺, H⁺, κρεατινίνη, Ach, NE) όσο και εξωγενείς ουσίες (π.χ. παρααμινο-ιππουρικό οξύ, σαλικυλικό οξύ και πενικιλίνη) μπορούν να εκκριθούν στα ούρα.
 - ✓ Απέκκριση περίσσειας υγρών, ηλεκτρολυτών και άλλων ουσιών (π.χ. ουρία, χολερυθρίνη, H⁺).
- Ρύθμιση της ωσμωμοριακότητας του πλάσματος: Η «διάνοιξη» και «σύγκλειση» ειδικών διαύλων νερού στα αθροιστικά σωληνάρια ελέγχει τη συμπύκνωση και την αραιώση των ούρων (αντίστοιχα) επιτρέποντας τη ρύθμιση της ωσμωμοριακότητας του πλάσματος και τον όγκο του εξωκυττάριου υγρού (ECF).
- Απέκκριση άχρηστων μεταβολικών προϊόντων: η ουρία (από το μεταβολισμό πρωτεϊνών), η κρεατινίνη (από μεταβολισμό των μυών), η χολερυθρίνη (από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης), το ουρικό οξύ (από τη διάσπαση των νουκλεϊκών οξέων), τα μεταβολικά οξέα και οι ξένες ουσίες όπως είναι τα φάρμακα αποβάλλονται με τα ούρα.
- Παραγωγή/μετατροπή ορμονών: οι νεφροί παράγουν ερυθροποιητίνη και ρενίνη. Η ερυθροποιητίνη διεγείρει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων στον μυελό των οστών. Η ρενίνη, ένα πρωτεολυτικό ένζυμο, εκκρίνεται στο αίμα και μετατρέπει το αγγειοτενσινογόνο σε αγγειοτενσίνη I (που μετατρέπεται σε αγγειοτενσίνη II από το μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτενσίνης (ACE) στους πνεύμονες και σε άλλους ιστούς). Το σύστημα ρενίνης αγγειοτενσίνης είναι σημαντικό για την ομοιόσταση υγρών-ηλεκτρολυτών και για την μακρόχρονη ρύθμιση της πίεσης του αίματος. Τα νεφρικά σωληνάρια μετατρέπουν επίσης και τη 25-υδροξυμιταμίνη D σε ενεργή 1,25-διυδροξυβιταμίνη D, που δρα στους νεφρούς, στο έντερο και στα οστά ρυθμίζοντας την ομοιόσταση του ασβεστίου.

- **Μεταβολισμός:** η νεφρική αμμωνιογένεση παίζει σημαντικό ρόλο στην οξεοβασική ομοιόσταση. Σε έλλειψη τροφής οι νεφροί έχουν την ικανότητα να σχηματίσουν γλυκόζη μέσω της γλυκονεογένεσης (Netter, 2010).

2.1 Ρύθμιση ηλεκτρολυτών:

- **Κάλιο:** ρυθμίζεται με τον μηχανισμό παλινδρομής ρύθμισης της αλδοστερόνης όπως και το νάτριο ως αποτέλεσμα της επαναρρόφησης του νατρίου στο εσπειραμένο και αθροιστικό σωληνάριο, με την παραπάνω ρύθμιση υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός θετικών ιόντων για να μεταφέρουν σωληναριακά κύτταρα στο σωληναριακό υγρό. Η επαναρρόφηση νατρίου από τα σωληναριακά κύτταρα αφήνει ένα αρνητικό δυναμικό στον αυλό του σωληναρίου. Για την διατήρηση της ουδετερότητας, κάλιο διαχέεται στον αυλό από τα σωληναριακά κύτταρα. Συνεπώς, το κάλιο ανταλλάσσεται για νάτριο.
- **Ασβέστιο:** είναι από τα κύρια άλατα των οστών και η μεγαλύτερή του ποσότητα βρίσκεται στον σκελετό. Υπάρχει στο πλάσμα σε δύο μορφές, περίπου 50% σε ελεύθερη ιονισμένη μορφή και το 50% υπάρχει δεσμευμένο με πρωτεΐνες, όπως η αλβουμίνη. Η ρύθμιση του ασβεστίου ελέγχεται από την ορμόνη των παραθυρεοειδών αδένων. Όταν υπάρχει ελάττωση του επιπέδου ασβεστίου στο εξωκυττάριο υγρό, ή παραθορμόνη ενεργεί άμεσα στα οστά για να αυξήσει την κινητοποίησή του από αυτά.
- **Μαγνήσιο:** είναι σημαντικό ενδοκυττάριο κατιόν που σχετίζεται με την παραγωγή και κατανάλωση ενέργειας. Το 55% του μαγνησίου βρίσκεται στα οστά, έτσι η ισορροπία του σχετίζεται με το ασβέστιο. Η ελάττωση του ασβεστίου στο εξωκυττάριο υγρό, ελαττώνει την επαναρρόφηση στους νεφρούς και αντίθετα η αύξηση του στο εξωκυττάριο υγρό, ελαττώνει την επαναρρόφησης του. Οι γαστρεντερικές διαταραχές ίσως μειώσουν την πρόσληψη μαγνησίου αλλά αυτό ίσως ισοσκελίζεται με την μείωση της νεφρικής απέκκρισης. Τα περισσότερα διουρητικά και το αλκοόλ αυξάνουν την απέκκριση μαγνησίου με τους νεφρούς.
- **Χλώριο:** η επαναρρόφηση των ιόντων χλωρίου από τα εσπειραμένα σωληνάκια μερικώς ρυθμίζεται από την αλδοστερόνη και αυτό συμβαίνει σε δεύτερη φάση προς την απορρόφηση του νατρίου. Η διαφορά στο ηλεκτρικό δυναμικό ανάμεσα στον αυλό του σωληναρίου και τα κύτταρα γίνεται με την απορρόφηση νατρίου που είναι κατιόν. Το νάτριο έλκει το αρνητικό ιόν χλώριο, όπου περνά μέσα από την μεμβράνη (Χανιώτης, 2009).

2.2 Ενδοκρινής λειτουργία των νεφρών

Ο νεφρός βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο ορισμένων ορμονών, όπως η αντιδιουρητική ορμόνη, η αλδοστερόνη κ.λ.π. Ο ίδιος όμως συμπεριφέρεται σαν αδένας έσω εκκρίσεως και παίζει σημαντικό ρόλο:

- I. Στο μεταβολισμό της βιταμίνης D.
- II. Στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.
- III. Στην ερυθροποίηση.

Έτσι οι βασικές λειτουργίες του νεφρού είναι:

- 1) Η ρύθμιση της υδροηλεκτρικής ισορροπίας.
- 2) Η συμβολή της ρύθμισης της οξεοβασικής ισορροπίας.
- 3) Η αποβολή των προϊόντων μεταβολισμού.
- 4) Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.
- 5) Η συμβολή στην ερυθροποίηση (Χανιώτης, 2009).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Μια επίσημη έκδοση για τα νεοπλάσματα τα διακρίνει στις εξής ομάδες:

ΌΓΚΟΙ ΝΕΦΡΟΥ

1) ΑΔΕΝΟΚΡΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.

2) ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟ.

Κακοήθη: λειομυοσαρκώματα, βαβδομυοσαρκώματα, λιποσαρκώματα, ινοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, κακοήθη νεοπλάσματα του νευρικού οστίτη και αιμοποιητικού ιστού.

Καλοήθη: λειομύματα, λιπώματα, αιμαγγειώματα, ινώματα, λεμφαγγεώματα, καλοήθης νεοπλάσματα του νευρικού οστίτη και αιμοποιητικού ιστού.

3) ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ:

A. Νεοπλάσματα από επιθηλιακό ιστό.

Καλοήθη: θηλώματα

Κακοήθη: καρκινώματα

α) Από μεταβατικό επιθήλιο, διηθητικά και μη, θηλώδη και μη.

β) Από πλακώδες επιθήλιο.

γ) Αδενοκαρκινώματα.

δ) Αδιαφοροποίητα καρκινώματα.

B. Μεσεγγυματικά νεοπλάσματα της νεφρικής πυέλου.

4) ΕΜΒΡΥΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ.

α) Νεφροβλάστωμα (όγκοι Wilms).

β) Εμβρυικά αμαρτώματα.

γ) Μονήρης πολύχρωμες κύστες νεφρού (Καρδάση, 2006).

Οι συμπαγείς όγκοι του νεφρού είναι ως επί το πλείστον κακοήθους φύσεως. Υπάρχουν όμως και πολυάριθμες άλλες βλάβες στο νεφρό, με προέλευση από επιθηλιακά, αγγειακά, νευρικά και μεσεγγυματικά κύτταρα. Οι τύποι των κακοηθών επιθηλιακών νεφρικών όγκων είναι : των διαυγών κυττάρων του θηλώδους τύπου 1 και 2 και των χρωμόφοβων όγκων (Πεκτασίδης, 2004).

Πιο αναλυτικά κακοήθη όγκοι του νεφρού είναι:

Καρκίνωμα του νεφρού: αποτελεί το 3% όλων των κακοηθειών του ενήλικα και το 80% περίπου όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων του οργανισμού. Η αναλογία μεταξύ αντρών και γυναικών είναι 1,6/1 με μέσο όρο ηλικίας το 55^ο έτος.

Θηλώδες καρκίνωμα νεφρού: Είναι το δεύτερο πιο συχνό καρκίνωμα του νεφρού. Αποτελεί το 10-15% των νεφρικών καρκινωμάτων. Θεωρούνται όγκοι μικροί αλλά

σε μια μεγάλη σειρά το μέγεθος φτάνει τα 8 cm². Οι άντρες επικρατούν των γυναικών σε αναλογία 2/1 και ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 50-55 έτη.

Χρωμόφοβος καρκίνος νεφρού: Είναι το τρίτο πιο συχνό καρκίνωμα του νεφρού. Αποτελεί το 5% των καρκινωμάτων του νεφρού. Είναι λιγότερο επιθετικό από ότι το καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα, εκτός αν παρουσιάζεται με τη σαρκωματώδη μορφολογία του.

Καρκίνωμα εξ' αθροιστικών πόρων: Αποτελεί το 5% των νεφρικών καρκινωμάτων και συγκαταλέγεται στα καρκινώματα με κακή πρόγνωση.

Αταξινόμητο καρκίνωμα: Ο τύπος αυτός συμπεριλαμβάνει όλα τα καρκινώματα των οποίων τα μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά ή άλλα βιολογικά χαρακτηριστικά δεν επιτρέπουν την κατάταξή τους σε έναν από τους περιγραφέντες τύπους. Αποτελούν περίπου το 5% των καρκινωμάτων.

Νευροενδοκρινικοί όγκοι: Έχουν αναφερθεί περισσότερες από δύο δωδεκάδες νευροενδοκρινικών όγκων του νεφρού, οι οποίες καλύπτουν όλο το φάσμα από το καρκινοειδές έως το μικροκυτταρικό καρκίνωμα. Οι όγκοι αυτοί έχουν παρατηρηθεί εξ' ίσου σε άντρες και γυναίκες και οι ηλικίες κυμαίνονται από την εφηβεία έως και την ένατη δεκαετία της ζωής.

Μεσεγχυματικοί όγκοι: Στο νεφρό του ενήλικα έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σαρκωμάτων διαφόρων τύπων όπως : λειομυοσάρκωμα, ινοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, κακώθες ινώδες ιστοκύττωμα, λιποσάρκωμα, κακώθες σωμαγγειοπερκύττωμα, οστεοσάρκωμα, χονδροσάρκωμα και κακώθες μεσεγχύμωμα.

Διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα του νεφρού (ccRCC). Το διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα του νεφρού (clear cell renal cell carcinoma), αποτελεί την πιο κοινή μορφή καρκινώματος του νεφρού. Σχεδόν 8 στους 10 ασθενείς με κακοήθη νόσο του νεφρού προσβάλλονται από αυτό το είδος νεοπλασίας. Τα κύτταρα που απαρτίζουν το ccRCC εμφανίζονται στο μικροσκόπιο πολύ αμυδρά ή διαυγή. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν βιολογικοί δείκτες για την έγκαιρη διάγνωση και πρόγνωσή του (Πεκτασίδης, 2004).

4. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ- ΓΕΝΕΤΙΚΗ

Τον 19^ο αιώνα θεωρήθηκε από τους Grawitz ότι τα καρκινώματα του νεφρού προέρχονται από κακοήγη μετασχηματισμό επινεφριδιακών υπολειμματικών κυττάρων εντός του νεφρού.

Αυτή η πεποίθηση καθιέρωσε αργότερα το όρο υπερνέφρωμα, που χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να υποδηλώνει την προέλευση κυττάρων άνωθεν του νεφρού. Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων η μάζα περιέχει μεγάλα διαυγή κύτταρα, τα οποία περιέχουν γλυκογόνο, χολυστερώλη και φωσφολιπίδια. Διαθέτει ένα χαρακτηριστικά λεπτό αγγειακό δίκτυο με διακλαδώσεις και κυστικές δομές, ενώ θεωρείται ότι προέρχεται από τα κύτταρα των νεφρικών σωληναρίων. Πρόσφατα δεδομένα εισαγούνται ότι το διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα του νεφρού σχετίζεται με τα μεσεγγυματικά βλαστικά κύτταρα (stem) (Πεκτασίδης, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το δυαυγκυτταρικό καρκίνωμα του νεφρού είναι ανθεκτικό τόσο στην χειμειοθεραπεία, όσο και στην ακτινοθεραπεία, ιδιότητες που χαρακτηρίζουν τα καρκινικά βλαστικά κύτταρα.

Ο καρκίνος του νεφρού συνήθως έχει σποραδική εμφάνιση αλλά μπορεί να έχει και κληρονομική επίπτωση. Οι κληρονομούμενες μορφές εμφανίζονται αμφοτερόπλευρα και είναι πολυεστιακές. Στο 50% των περιπτώσεων αναφέρεται μετάλλαξη του αγκοκατασταλτικού γονιδίου von Hippel- Lindau (VHL). Οι όγκοι αυτοί συνήθως ξεκινούν σε νεαρή ηλικία και έχουν παρατηρηθεί και σε εφήβους (Πεκτασίδης, 2004).



5. ΑΙΤΙΑ

Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Φαίνεται όμως ότι την εμφάνισή του προδιαθέτουν: το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, οι περιβαλλοντικές τοξίνες, η αιμοκάθαρση, η ακτινοβολία, η έκθεση σε μόλυβδο. Από μελέτες γίνεται φανερό πως τα οιστρογόνα σχετίζονται με τον καρκίνο του νεφρού. Η θεωρία αυτή στηρίζεται στη διαφορά συχνότητας που εμφανίζουν τα δύο φύλλα. Αντίθετα ποιο συχνός είναι ο ρόλος του καπνίσματος. Ένας καπνιστής έχει πενταπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσει καρκίνο στο νεφρό, από έναν μη καπνιστή. Ο παράγοντας αυτός έχει φανεί ότι αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 35%. Ακόμη ένας αιτιολογικός παράγοντας φαίνεται να είναι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων ζωικού λίπους. Πρόσφατα παρατηρήθηκε μια μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου σε ασθενείς με καλοήθεις κύστες των νεφρών, οι οποίοι υφίστανται αιμοδιάλυση λόγω εγκατάστασης εγκατάστασης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Κατσικάς, 2005).

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κύρια συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη νόσο, κατά σειρά συχνότητας είναι: Αιματουρία (περίπου στα 2/3 των ασθενών), το αίμα στα ούρα μπορεί να χρειάζεται μικροσκοπική εξέταση των ούρων για να διαπιστωθεί η ύπαρξη καρκίνου. Κοιλιακός ή οσφυϊκός πόνος (περίπου στο 50% των ασθενών) και ψηλαφητή νεφρική μάζα (περίπου στο 1/3 των ασθενών). Σπανίως, εμφανίζεται στο 2% των αρρώστων η οξεία αριστερή κισσοκήλη, η οποία δημιουργείται από απόφραξη της αριστερής σπειραματικής φλέβας και θεωρείται παθογνωμική για καρκίνο του αριστερού νεφρού.

Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί ως σύμπτωμα η αναιμία, εξαιτίας της ερυθροποιητικής ή καταπίεσης του μυελού των οστών, ο πυρετός, εξαιτίας μάλλον ενδογενούς παραγωγής πυρετογόνων από τον όγκο, η ερυθροκυττάρωση, εξαιτίας την παραγωγή από τον όγκο ουσίας σαν την ερυθροποιητίνη, η υπέρταση, εξαιτίας περισσότερης παραγωγής ρετίνης, η υπερασθεσαιμία και ο αρρενομορφισμός και η εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης, εξαιτίας παραγωγής από τον όγκο γοναδοτροπίνων και γλυκογόνης. Επίσης, η δυσλειτουργία του ήπατος ως τοξικό φαινόμενο. Ο πόνος πίσω στη πλάτη: στη περιοχή κάτω από τις πλευρές, ο οποίος είναι επίμονος και δεν έχει σχέση με κάποιον τραυματισμό. Καθώς και μάζα στη περιοχή των νεφρών που ανιχνεύεται συνήθως κατά τη διάρκεια μιας κλινικής εξέτασης. Κούραση που δεν συνδιάζεται με υπερβολική εργασία ή σωματική δραστηριότητα. Και τέλος, οίδημα στους αστραγάλους και στα πόδια.

Ο καρκίνος του νεφρού μπορεί να κάνει μεταστάσεις σε διάφορα όργανα, κυρίως στους πνεύμονες, σε ποσοστό περίπου 10% των ασθενών (Πυρπασόπουλος, 2006).

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τρίτος κατά σειρά συχνότητας, μετά τον προστάτη και την ουροδόχο κύστη, είναι ο καρκίνος του νεφρού. Σήμερα, περισσότεροι από τους μισούς ανακαλύπτονται τυχαία με υπέρηχο, ενόσω διερευνώνται άλλες παθολογικές καταστάσεις της κοιλίας. Σπουδαίο προτέρημα του τρόπου αυτού της τυχαίας διάγνωσης είναι ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό σχετικά πρώιμου σταδίου. Το γεγονός αυτό βοηθά ουσιαστικά στην καλύτερη πρόγνωση ύστερα από χειρουργική επέμβαση (Βασιλειάδου, 2008).

Για τη διάγνωση γίνεται χρήση καταρχήν υπερήχων, οι οποίοι εντοπίζουν τη <<βλάβη>> και δίνουν, πολλές φορές, την οριστική διάγνωση της κακοήθειας. Πάντοτε η διάγνωση συμπληρώνεται με την αξονική τομογραφία. Με αυτές τις δύο μεθόδους και μερικές φορές, με συμπλήρωμα τη μαγνητική, είμαστε σε θέση να κάνουμε με μεγάλη ακρίβεια τη διάγνωση. Ταυτόχρονα, μπορούμε να ξεχωρίσουμε τον όγκο από τη κύστη του νεφρού (Πυρπασόπουλος, 2006).

Ένας τρόπος για να γίνει εμφανή η παραμόρφωση του νεφρικού περιγράμματος και η επασβέστωση σε ποσοστό 10% στην περιφέρεια του όγκου, είναι η απλή ακτινογραφία της κοιλίας (Ν.Ο.Κ.).

Στην ενδοφλέβια πυελογραφία, κατά τη φάση του νεφρογράμματος, παρατηρείται: παραμόρφωση του νεφρικού περιγράμματος, ενώ απώθηση, ακρωτηριασμός και περιπτώσεις εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων στους ιστούς κατά μήκος της βελόνας-βιοψίας (Κατσικάς, 2005).

Διαγνωστικές εξετάσεις:

- Εργαστηριακός και παρακλινικός έλεγχος
- ΗΚΓ
- Εξετάσεις αίματος (ειδικές, μη ειδικές)
- Απεικονιστικές τεχνικές
- Ακτινογραφία
- Υπερηχογράφημα
- Αξονικές τομογραφίες

Η μαγνητική τομογραφία έχει τελευταία μεγάλη ανάπτυξη. Στους όγκους του νεφρού αποδίδει πολύ μεγάλη ακρίβεια στη <<σταδιοποίηση>>, δηλαδή κατά πόσο έχει προχωρήσει. Ιδίως αν έχει προχωρήσει στα μεγάλα αγγεία (κάτω κοίλη φλέβα), οπότε χρειάζεται εξαιρετικά εκτεταμένη εγχείρηση.

Όσον αφορά η βιοψία διά βελόνης, χρησιμοποιείται πολύ σπάνια, αφού ο συνδυασμός υπερήχων, αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, δίνει συνήθως την οριστική απάντηση. Τέλος, οι διάφοροι διαγνωστικοί δείχτες που δοκιμάζονται δεν έχουν αποδώσει σίγουρα διαγνωστικά αποτελέσματα (Βεγεμέζης, 2004).

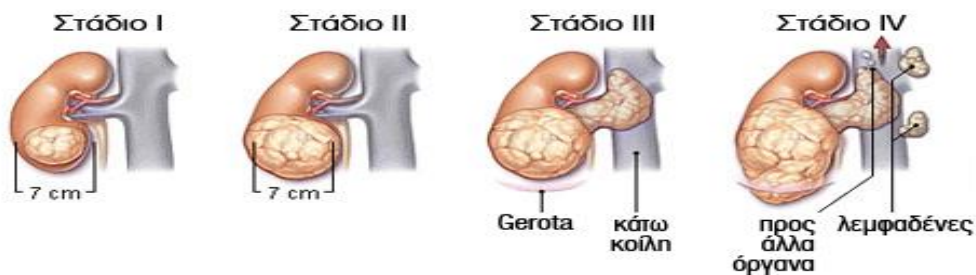
8. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση του καρκίνου του νεφρού χρησιμοποιείται όχι μόνο για την πρόγνωση της νόσου αλλά και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Έτσι ο καρκίνος του νεφρού διακρίνεται σε 4 στάδια:

1. Όγκος μικρότερος των 7 εκατοστών που περιορίζεται στο νεφρό.
2. Όγκος μεγαλύτερος των 7 εκατοστών, έχει εισχωρήσει στο περινεφρικό λίπος αλλά δεν έχει ξεπεράσει την περιτονία του Gerota.
3. Ο καρκίνος δεν έχει μόνο εισχωρήσει στο περινεφρικό λίπος και έχει περάσει την περιτονία του Gerota, αλλά έχει εισβάλει στη νεφρική και κάτω κοίλη φλέβα και στους επιχωρίους αδένες.
4. Έχει κάνει μεταστάσεις στα γειτονικά όργανα και σε απομακρυσμένους ιστούς.

Μεταστάσεις ο καρκίνος του νεφρού δίνει μέσω λεμφαδένων και αίματος στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Τα αδενοκρινώματα μπορεί να δώσουν μετάσταση και σε ασυνήθη σημεία όπως, δάχτυλα, βλέφαρα, μύτη κ.α.

Αν και η σταδιοποίηση του αδενοκρινώματος γίνεται θετικά μόνο κατά τη χειρουργική επέμβαση, ωστόσο η χρήση της αγγειογραφίας της υπερηχοτομογραφίας, της υπολογιστικής τομογραφίας και ο προσδιορισμός των καρκινικών δειχτών έχει αυξήσει σημαντικά την ακρίβεια της προεχειρητικής σταδιοποίησης (Βασιλειάδου, 2008).



Οι κύστες: δεν είναι επικίνδυνες. Απλώς τις παρακολουθούμε ανά εξάμηνο για να ξέρουμε την εξέλιξη τους. Πρόβλημα διαγνωστικό παρουσιάζουν οι λεγόμενες επιπλεγμένες κύστες. Σπάνια, η παρουσία ασβεστώσεων ή ενδοκυστική αιμορραγία περιπλέκουν το πρόβλημα και δεν είναι δυνατή η διάγνωση παρά μόνο με εγχείρηση (Βασιλειάδου, 2008).

9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ιστορικά, οι Αμερικανοί έχουν πεθάνει από λοιμώδη νοσήματα, συχνά στη παιδική ηλικία ή την ενηλικίωση. Ο καρκίνος ήταν επίσης υπεύθυνος για χιλιάδες θανάτους. Με την έλευση την βελτιωμένων αντιβιοτικών και την χημειοθεραπεία, οι άνθρωποι επιβιώνουν πολύ περισσότερο, αλλά όσοι είναι άνω των 65 ετών, θα επιβαρυνθούν με τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια ή αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους. Καθώς η έμφαση της υγειονομικής περίθαλψης έχει αλλάξει από την παρέμβαση για την οξεία ασθένεια στην αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της χρόνιας νόσου, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αλλάξει ταχύτητες σε αντίθεση με την σοβαρή οξεία ασθένεια, χρόνιες ασθένειες γενικά δεν οδηγούν σε ταχύ θάνατο στο νοσοκομείο, αλλά σε μία παρατεταμένη πορεία μακροχρόνιας φροντίδας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής ή η οικογένειά του, μάχονται μία διαδικασία ασθένειας κατά την οποία ο θάνατος είναι αναπόφευκτος.

Στη φροντίδα των νεφροπαθών, νοσηλευτές νεφρολογίας έχουν διευρυνθεί και παίζουν σημαντικό ρόλο βοηθώντας τους ασθενείς με τις αποφάσεις τους, σχετικά με το τέλος της φροντίδας ζωής και με τη παροχή αυτούσιας της φροντίδας. Ευτυχώς οι πόροι είναι διαθέσιμοι για να βοηθήσουν με το συντονισμό ενός θεραπευτικού προγράμματος φροντίδας (Price, 2003).

➤ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ

Ο εμβολισμός της νεφρικής αρτηρίας με αιθυλική αλκοόλη ή με ειδικά σπιράλ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιορισθεί η αγγείωση του όγκου, αλλά πολύ συχνά συνοδεύεται από πόνο, ναυτία και πυρετό και για αυτό παραμένει μέθοδος για επιλεγμένα περιστατικά (Κατσικάς, 2005).

Για ιατρικούς θεραπευτικούς σκοπούς χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία, κατά την οποία στοχεύουμε περιοχές του ανθρώπινου σώματος και προσπαθούμε να καταστρέψουμε όσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα είναι εκεί (Αρχοντάκης, 2009).

Η χρήση της ιντερφερόνης και της βινπλαστίνης, απέδειξε πρόσφατα, ότι μπορεί να περιορίσει την μάζα του όγκου σε ποσοστό 15-20%, στο 50% των ασθενών και συνήθως εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν έχει πραγματοποιηθεί χειρουργική αντιμετώπιση, αλλά ριζική νεφρεκτομή σε παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (Κατσικάς, 2005).

Ακτινοθεραπεία: Ο ρόλος της είναι περιορισμένος και εφαρμόζεται κυρίως σαν παρηγορική θεραπεία, δηλαδή συμπτωματικά για την ανακούφιση του πόνου, τον περιορισμό των μεγάλων μαζών ή της αιματοουρίας και την αντιμετώπιση παθολογικών καταγμάτων των οστών.

Χημειοθεραπεία: Ο βασικός στόχος της χημειοθεραπείας του καρκίνου είναι η ανεύρεση φαρμάκων τα οποία είναι τοξικά για τα καρκινικά κύτταρα και συγχρόνως δε βλάπτουν τους φυσιολογικούς ιστούς. Η χημειοθεραπεία του καρκίνου του νεφρού έχει θέση μόνο στην αντιμετώπιση μετρητής νόσου και μάλιστα μεγαλύτερη ανταπόκριση εμφανίζουν οι πνευμονικές μεταστάσεις. Δεν έχει θέση σαν προεγχειρητική ή μετεγχειρητική συμπληρωματική θεραπεία.

Ορμονοθεραπεία: Έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα κατά το παρελθόν τόσο τα ανδρογόνα όσο και η προγεστερόνη στην προχωρημένη νόσο, κυρίως λόγω της μικρής τοξικότητας. Τα ποσοστά ανταποκρίσεων κυμάνθηκαν από 0,1-6,1%. Πρακτικά, η χρήση τους σήμερα είναι πολύ περιορισμένη (Βασιλειάδου, 2004).

Ανοσοθεραπεία: Παλαιότερα, είχε χρησιμοποιηθεί το B.C.G., ενώ τελευταία η ιντερφερόνη-α αλλά και σε μικρότερη κλίμακα η ιντερλευκίνη-2 και ιντερφερόνη-γ. Όσο αναφορά την ιντερφερόνη-α σημειώνονται σημαντικές αποκρίσεις σε συχνότητα 15-25%. Καλύτερα αποτελέσματα σημειώνονται στις πνευμονικές μεταστάσεις. Η δόση της είναι συνήθως 5 εκατομμύρια μονάδες ανά m² επιφάνειας σώματος ημερησίως. Σε χαμηλές ή πολύ χαμηλές δόσεις μειώνονται τα αποτελέσματα (Βασιλειάδου, 2004).

Συνδυασμοί: Ο συνδυασμός ιντερφερόνης και βινβλαστίνης έχει χρησιμοποιηθεί, αλλά επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτός ο συνδυασμός δεν υπερτερεί από την μονοθεραπεία με ιντερφερόνη-α. Η βινβλαστίνη μπορεί να προκαλέσει γαστρεντερικές διαταραχές, μυελοτοξικότητα, νευροτοξικότητα (παραισθήσεις) και δερματολογική τοξικότητα. Η ιντερφερόνη συχνότερα προκαλεί «γριππώδες» σύνδρομο, νευρολογική τοξικότητα, μυελοτοξικότητα (ήπια) και γαστρεντερικές διαταραχές (Μπανκουσλί, 2008).

➤ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η χειρουργική θεραπεία ενός κακοήθους όγκου είναι η παλαιότερη μορφή θεραπείας. Είναι αποτελεσματική για όγκους που είναι εύκολα προσπελάσιμοι.

- i. Η θεραπεία που προτείνεται πιο συχνά σε καρκίνο νεφρού με μονήρη μετάσταση: είναι ταυτόχρονη νεφρεκτομή και αφαίρεση της μεταστάσεως. Η τριετής επιβίωση είναι 20%. Καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται όταν οι μεταστάσεις εντοπίζονται μόνο στους πνεύμονες.
- ii. Σε ασθενείς με καρκίνο του νεφρού με πολλαπλές μεταστάσεις και ελαφρά συμπτώματα, συνιστάται νεφρεκτομή σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία γιατί αυξάνει την επιβίωση κατά 6 μήνες. Στους υπόλοιπους ασθενείς η νεφρεκτομή συνιστάται μόνο για ανακούφιση από τα τοπικά συμπτώματα. Αυτόματη υποστρόφη των μεταστάσεων μετά την νεφρεκτομή παρατηρείται σε ποσοστό 0,8% (Καρδάση, 2006).

A) Ολική νεφρεκτομή

❖ Εντοπισμένος νεφρικός καρκίνος. Εκτελείται ριζική νεφρεκτομή, δηλαδή αφαιρούνται ο νεφρός με τα περιβλήματά του και τους επιχώριους λεμφαδένες. Η νεφρεκτομή σε μικρούς όγκους εκτελείται με τη συνήθη οσφυϊκή τομή. Σε ευμεγέθεις όγκους, στη μεσότητα και στον κάτω πόλο του νεφρού η διακοιλιακή οδός είναι προτιμότερη, ενώ σε ευμεγέθεις όγκους του άνω πόλου είναι προτιμότερη η θωρακική οδός (Κωστάκης, 2004).

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση έχει προστεθεί και η εμβολή. Αυτή εφαρμόζεται για την ευχερέστερη αφαίρεση του όγκου και την αποφυγή απώλειας του αίματος, λόγω της μεγάλης αγγειοβριθείας του. Ο εμβολισμός επίσης γίνεται για την αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων σε άτομα που λόγω της γενικής κατάστασης δεν μπορεί να γίνει επέμβαση. Οι επιπλοκές του όμως είναι αρκετές όπως οξύς κοιλιακός πόνος, ειλεός.

❖ Νεφρικός καρκίνος με τοπική διήθηση. Εφαρμόζεται ριζική νεφρεκτομή με αφαίρεση των παρακείμενων προσβεβλημένων οργάνων. Ίσως η προεγχειρητική ακτινοβολία με 3.000 rads να βελτιώνει το προσδόκιμο επιβίωσης

❖ Μεταστατικός καρκίνος. Σε ύπαρξη μεταστάσεων η θεραπευτική αντιμετώπιση θα εξαρτηθεί από το εγχειρήσιμο ή μη της πρωτοπαθούς εστίας, από την εντόπιση της μετάστασης, από την ηλικία και την γενική κατάσταση του ασθενούς (Κωστάκης, 2004).

B) Μερική νεφρεκτομή

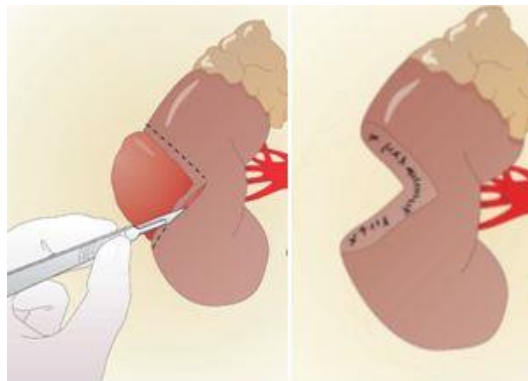
✚ Επέκταση του νεφρικού καρκίνου στη κάτω κοίλη φλέβα. η επέκταση αυτή που αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, απαιτεί ποίο επιθετική χειρουργική θεραπεία. Η χειρουργική αφαίρεση της επέκτασης του όγκου στη κάτω κοίλη φλέβα συνοδεύεται με μονοετή επιβίωση στο 75% των περιπτώσεων. Η θεραπεία περιλαμβάνει είτε την αφαίρεση των θρόμβων, είτε την εκτομή της κάτω κοίλης φλέβας. Τελευταία προτείνεται η χρήση αιθανόλης διότι προκαλεί ταχύτερη απόφραξη και περιορίζει τα συμπτώματα του αποφρακτικού συνδρόμου (Κωστάκης, 2004).

✚ Καρκίνος σε μονήρη νεφρό ή αμφοτερόπλευρος. Η θεραπεία σε μονήρη νεφρό, αν ο όγκος είναι εντοπισμένος, είναι η μερική νεφρεκτομή. Σε αμφοτερόπλευρο καρκίνο, μπορεί να εφαρμοστεί μερική νεφρεκτομή στη μια πλευρά και ριζική στην άλλη ή αμφοτερόπλευρη νεφρική και ταυτόχρονα εφαρμογή χρόνιας αιμοκάθαρσης (Κωστάκης, 2004).

Με τη σημερινή τάση για <<λιγότερη επεμβατική χειρουργική>>, η μερική αφαίρεση άρχισε να γίνεται λαμπραροσκοπικά (χωρίς τομή). Δοκιμάζεται μάλιστα αργό λέιζερ αντί για νυστέρι. Ακόμη, έχουν ανακοινωθεί περιστατικά όπου γίνεται χρήση κρυοχειρουργικής ή και ραδιοσυχνότητας. Στην μεν πρώτη γίνεται θεραπεία με πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, στη δε δεύτερη με πολύ ψηλές.

Επί προχωρημένου καρκίνου και μετεγχειρητικά, γίνεται θεραπεία με ιντερφερόνη. Είναι η λεγόμενη ανοσοθεραπεία. Γίνεται δηλαδή απόπειρα ερεθισμού τη ανοσίας του οργανισμού.

Συμπερασματικά, η συμπεριφορά του καρκίνου του νεφρού βελτιώνεται με την όλο και πιο νωρίς διάγνωση και με τις μοντέρνες χειρουργικές θεραπείες (Πυρπασόπουλος, 2006).



9.1. Μεταμόσχευση νεφρού

Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε στη Θεσσαλονίκη το 1968 και στην Αθήνα το 1971. Η πρώτη ταυτόχρονη ήπατος και νεφρού έγινε από τον καθηγητή Χατζηγιαννάκη στο νοσοκομείο <<Ευαγγελισμός>> το 1992 (Βεγεμέζης, 2004).

Γενικά οι σημαντικότερες αντενδείξεις νεφρικής μεταμόσχευσης είναι η ενεργός λοίμωξη (συστηματική ή ενδοκοιλιακή) και η κακοήθεια, καθώς τα νοσήματα υποτροπιάζουν με τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών. Συνήθως για όγκους με χαμηλό δυναμικό μετάστασης η αναμονή για μεταμόσχευση είναι 2 έτη, ενώ για όγκους με υψηλό δυναμικό μετάστασης είναι 5 έτη (Πεκτασίδης, 2004).

9.2 Συμβατότητα δότη-λήπτη

Η μεταμόσχευση οργάνων, ξεκινώντας αρχικά σαν πειραματική διαδικασία ανάγκης, έχει μετατραπεί τελικά σε έναν τεχνολογικό εξελιγμένο τρόπο θεραπείας. Ιδιαίτερα, η ανοσολογία της μεταμόσχευσης αποτελεί ένα νέο ελκυστικό τομέα της

ιατρικής με τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον, που απορρέει από την προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας των μηχανισμών εκείνων της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή, που τελικά οδηγούν στην καταστροφή του αλλομοσχεύματος.

Η βάση για την έναρξη της ειδικής ανοσιακής απάντησης, μετά την είσοδο ενός αλλοαντιγόνου, είναι η αναγνώριση από το ανοσιακό σύστημα των <<δικών>> του από τα <<ξένα>> στοιχεία. Στις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών ο βασικός αυτός βιολογικός ρόλος του ανοσιακού συστήματος διεγείρει τους μηχανισμούς απόρριψης, με αποτέλεσμα την απώλεια των μοσχευμάτων.

Τελευταία, με την κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στη διαδικασία της απόρριψης του <<ξένου>>, καθώς και με την ανακάλυψη αποτελεσματικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών για θεραπευτικούς σκοπούς, αποτελεί καθημερινή κλινική πρακτική. Για παράδειγμα, σήμερα μεταμοσχεύονται περισσότεροι από 10.000 νεφροί το χρόνο διεθνώς και με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας. Η βελτίωση των χορηγούμενων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων έχει επηρεάσει ελάχιστα τη μακροχρόνια επιβίωση των μοσχευμάτων. Βασικός παράγοντας για την μακροχρόνια λειτουργία του μοσχεύματος είναι ο βαθμός ιστοσυμβατότητας δότη-λήπτη ως προς τα δύο μείζονα συστήματα που είναι:

- Το σύστημα των ερυθροκυτταρικών αντιγόνων (ABO)
- Το σύστημα ιστοσυμβατότητας ή HLA (Πεκτασίδης, 2004).

Οι ενδείξεις για λήψη νεφρικού μοσχεύματος είναι οι εξής:

- Ηλικία κάτω των 18 ετών
- Ηλικία άνω των 70 ετών
- Πρόσφατη κακοήθεια
- Βαριά καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια
- Ανωμαλίες νεφρικών αγγείων (στένωση νεφρικής αρτηρίας, πολλαπλές μικρές νεφρικές αρτηρίες ατφοτερόπλευρα)
- Αρρυθμιστη υπέρταση
- Σοβαρές συστηματικές παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια πνευμονοπάθεια, καρδιοπάθεια, αρτηριοσκλήρυνση)
- Κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Γενικευμένη αγγειακή νόσος
- Χρόνια λοίμωξη (π. χ. φυματίωση, ηπατίτιδα Β/С)
- Σημαντικές συγγενείς ανωμαλίες ουροποιητικού συστήματος
- Διανοητική καθυστέρηση – ψυχολογικά προβλήματα
- Αλκοολισμός

- AIDS
- Νοσηρή παχυσαρκία (άνω του 30% του ιδανικού βάρους) (Πεκτασίδης, 2004).

Οι επιπλοκές της μεταμόσχευσης νεφρού είναι οι εξής:

- ✓ Απόφραξη, στένωση ή θρόμβωση νεφρικής αρτηρίας
- ✓ Στένωση ή διαφυγή ουρητηροκυστικής αναστόμωσης
- ✓ Συρίγγιο (ουρητηροδερματικό κυστεοδερματικό)
- ✓ Λεμφοκίλη
- ✓ Οξεία σωληναριακή νέκρωση
- ✓ Νεφρική ανεπάρκεια
- ✓ Ευκαιριακές λοιμώξεις (ιοί, μύκητες, πρωτόζωα)
- ✓ Αιμορραγία
- ✓ Διάτρηση έλκους ή εκκολπώματος
- ✓ Παγκρεατίτιδα
- ✓ Ισχαιμική κολίτιδα (Πεκτασίδης, 2004).

9.3. Επανεκτίμηση μετά τη θεραπεία

Η αξονική τομογραφία είναι η καλύτερη απεικονιστική μέθοδος για την επανεκτίμηση ασθενών με νεφρικό καρκίνωμα μετά από θεραπευτική αντιμετώπιση είτε και με ριζική, είτε με μερική νεφρεκτομή, είτε με λαμπαροσκοπική νεφρεκτομή.

Επειδή οι περισσότερες υποτροπές θα εμφανιστούν μέσα στα πρώτα δύο έτη, μετά από τη χειρουργική επέμβαση και είναι συχνότερες σε μεγάλους ή διηθητικούς όγκους, η αξονική τομογραφία του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου πρέπει να εκτελείται τακτικά μέχρι δύο έτη, μετά το χειρουργείο. Φαίνεται να υπάρχει μικρή χρησιμότητα για επανέλεγχο, μετά την πάροδο δεκαετίας (Δεληβελιώτης, 2009).

10. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του νεφρού έχει βρεθεί σταθερά ότι είναι πιο συχνός στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές. Η σχέση μεταξύ καρκίνου και διατροφής δεν έχει ακόμα αποδειχθεί, αλλά ορισμένες ερευνητικές ενδείξεις δείχνουν ότι η υπερβολική κατανάλωση κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων, λίπους ή πρωτεϊνών, μπορεί να παίξει ρόλο. Ωστόσο η παχυσαρκία ειδικά στις γυναίκες, είναι ένας εξακριβωμένος παράγοντας κινδύνου. Η έκθεση σε ορισμένα βιομηχανικά υλικά, όπως το κάδμιο, ο αμιάντος και ο μόλυβδος μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο του νεφρού. Οι πάσχοντες από διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο ή υπέρταση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου νεφρών (Κατσικάς, 2005).

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η αύξηση της ηλικίας και το φύλλο, καθώς η νόσος είναι συχνότερη στους άντρες. Ενώ ο καρκίνος του νεφρού παρουσιάζει αύξηση, έχουμε αποτελεσματικούς τρόπους πρόληψής του. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως η αποφυγή του καπνίσματος, ο υγιεινός τρόπος ζωής, με την εξάλειψη της παχυσαρκίας αποτελούν μια πολύ καλή πρόληψη.

Τέλος, η τακτική εξέταση των ατόμων υψηλού κινδύνου όπως άτομα με διαβήτη, υπέρταση ή χρόνια νεφρική νόσο, έχει αποδειχθεί η καλύτερη πρόληψη. Μη ξεχνάμε ποτέ λοιπόν πως η έγκαιρη διάγνωση είναι και η καλύτερη πρόληψη (Κατσικάς, 2005).

11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο βαθμός κακοήθειας (grade), αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό παράγοντα. Εξετάζει την ομοιότητα των καρκινικών κυττάρων σε σχέση με τα φυσιολογικά, στην μικροσκοπική εξέταση. Το σύστημα ταξινόμησης κατά Fuhrman, χρησιμοποιεί μια βαθμολογική κλίμακα από το 1 έως το 4 σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (American Joint Committee on Cancer AJCC). Παρουσιάζεται λοιπόν πως τα καρκινώματα grade 1 έχουν πολύ μικρές διαφορές σε σχέση με τα φυσιολογικά κύτταρα του νεφρού. Αυτοί οι όγκοι αναπτύσσονται αργά και έχουν συνήθως καλή πρόγνωση, ενώ οι νεοπλασίες grade 4, εμφανίζουν αρκετές διαφορές σε σχέση με το φυσιολογικό νεφρό και τείνουν να έχουν κακή πρόγνωση. Αυτού του είδους η κατηγοριοποίηση φαίνεται να έχει προγνωστικό χαρακτήρα, σε αντίθεση με το θηλώδη καρκίνο του νεφρού, όπου δεν έχει προγνωστική αξία (Πεκτασίδης, 2004).

Β ' ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

12. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ

Σκοπός της εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και η αποκατάστασή του.

Όταν ένας ασθενής εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, η παραμονή σε αυτό αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της.

Επειδή ίσως ο ασθενής, έχει έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων δε μπορεί να κρίνει την βαρύτητα της καταστάσεώς του, συχνά αγωνιά και ανησυχεί για ασήμαντα πράγματα. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο της ζωής του. Αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και τις ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σε ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον (Lemone, 2006).

13. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης της νοσηλευτικής διαδικασίας ελέγχονται όλα τα σημαντικά δεδομένα που αφορούν τον ασθενή.

- ✓ Ιστορικό της πάθησης του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των σημείων και των συμπτωμάτων που οδήγησαν τον ασθενή στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.
- ✓ Άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως σακχαρώδης διαβήτης.
- ✓ Τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα του καρκίνου, όπως πόνος ή κατάθλιψη.
- ✓ Κατανόηση του θεραπευτικού σχεδίου.
- ✓ Προσδοκίες από το θεραπευτικό σχέδιο.
- ✓ Λειτουργική περιορισμοί λόγω της πάθησης ή της θεραπείας.
- ✓ Επιδράσεις της νόσου στον τρόπο ζωής.
- ✓ Αξιόπιστα συστήματα υποστήριξης ή άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς.
- ✓ Στρατηγικές για την συνεργασία του ασθενούς με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος και αξιολόγηση των στρατηγικών αυτών (Lemone, 2006).

14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο κυριότερος σκοπός της συνέντευξης επικοινωνίας μεταξύ δύο ατόμων, είναι να πάρει ο νοσηλευτής πληροφορίες για να γράψει το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενή (Σαββοπούλου, 2004).

Το νοσηλευτικό ιστορικό επικεντρώνεται στην εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, στην περιγραφή φυσικών, διανοητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων του, προς την ασθένεια, στις απορρέουσες από την ασθένεια συνέπειες και αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου (Σαββοπούλου, 2004).

Το νοσηλευτικό ιστορικό βοηθάει τον νοσηλευτή να αρχίσει μια θετική, βοηθητική σχέση επικοινωνίας με τον άρρωστο και παρέχει πληροφορίες πάνω στις οποίες βασίζεται η νοσηλευτική διάγνωση (Σαββοπούλου, 2004).

Όταν λαμβάνεται ιστορικό υγείας, είναι βασικής σημασίας ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί όρους και γλώσσα κατανοητή στον άρρωστο και να έχει επίγνωση ότι ο άρρωστος νιώθει αμηχανία και δυσκολία όταν συζητά για την λειτουργία και τα συστήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος και γι' αυτό μπορεί να ξεχνά ή να αρνείται συμπτώματα (Σαββοπούλου, 2004).

Σε ένα ιστορικό υγείας πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω πληροφορίες:

- Φύλλο, ηλικία
- Ύψος, βάρος, απώλεια ή αύξηση βάρους, οίδημα
- Επάγγελμα με πιθανή έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες
- Οικογενειακή κατάσταση
- Διαιτητική εκτίμηση
- Ιστορικό αλλεργίας και ομάδα αίματος
- Ιστορικό χρήσης φαρμάκων
- Παρουσία πόνου, εντόπιση, χαρακτήρας, ακτινοβολία, ποιότητα και παράγοντες που τα προκαλούν ή τα επιδεινώνουν
- Σχήμα ούρησης και χαρακτηριστικά ούρων, ειδικά διαλείπουσα ή συνεχής ανώδυνη αιματουρία, μακροσκοπική ή μικροσκοπική
- Παρουσία πυρετού-ρίγους
- Ιστορικό καπνίσματος
- Παιδικά και άλλα νοσήματα που τυχόν έχει περάσει ο ασθενής (Σαββοπούλου, 2004).

15. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ)

Επειδή ο άρρωστος έχει άγχος κατά την εξέταση, ο οποίο δε δυσκολεύει μόνο ον ίδιο, αλλά μπορεί να επηρεάσει και τα φυσικά ευρήματα της εξέτασης, είναι επιτακτική η ανάγκη να μειώσουμε το άγχος του και να τον βοηθήσουμε να χαλαρώσει. Παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν σε αυτό είναι η εξασφάλιση ενός άνετου, ιδιαίτερου ατομικού εξεταστέου και η ενθάρρυνση του αρρώστου να μιλάει κάπου-κάπου κατά την εξέταση.

Πριν από την κλινική εξέταση, ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή τι θα περιλάβει η εξέταση, καθώς και πώς ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει κατά την εξέταση.

Κατά την ιατρική εξέταση ο νοσηλευτής βοηθάει τον γιατρό, δίνοντας στον ασθενή κατάλληλη θέση και ελευθερώνοντας το εξεταζόμενο μέλος του σώματος. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή ότι δεν πρόκειται να τον εκθέσει περισσότερο από ότι χρειάζεται για μία επιτυχή εξέταση και ότι ο ίδιος θα παραμείνει κοντά του σε όλο το διάστημα της εξέτασης. Ακόμη, ο νοσηλευτής προσφέρει στον γιατρό τα απαιτούμενα εργαλεία για την εξέταση, γράφει τις ιατρικές οδηγίες και ενημερώνεται περισσότερο για τη γενική του κατάσταση. Κατά την κλινική εξέταση σαν μέθοδος χρησιμοποιείται η επισκόπηση, η ψηλάφηση, η επίκρουση και η ακρόαση (Σαββοπούλου, 2004).

16. ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΩΝ

Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον άρρωστο για τη μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί. Χορηγεί στην άρρωστο ηρεμιστικό και τον τοποθετεί σε ύπτια θέση. Το δέρμα στην περιοχή της εξέτασης αναισθητοποιείται με τοπικό αναισθητικό. Κατά την εισαγωγή της βελόνας παραγγέλλεται στον άρρωστο να συγκρατήσει την αναπνοή του, μετά από βαθιά εισπνοή.

Μετά τη βιοψία, ο άρρωστος μένει στο κρεβάτι για ένα 24 ώρο και εφαρμόζεται πίεση στον σημείο της παρακέντησης. Παρακολουθείται για αιματουρία, που μπορεί να εμφανιστεί πρώιμα, αλλά και όψιμα, αρκετές μέρες μετά τη βιοψία (Πεκτασίδης, 2004).

17. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης έχει δει απίστευτες προόδους και όλο και περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες για τις σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, αλλά το πνευματικό στοιχείο της φροντίδας είναι ένας πόρος παρέμβασης που περνάει συχνά απαρατήρητος, χωρίς αντιμετώπιση που δεν αξιοποιείται επαρκώς για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις.

Πρέπει να ληφθεί μία προοπτική που να επεκτείνεται πέρα από μία έμφαση στις βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών, ώστε να ενσωματώσουν και τις πρακτικές δεξιότητες για την αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών.

Η πνευματικότητα μπορεί να προσφέρει πολύτιμες παρεμβάσεις για να βοηθήσει στην διατήρηση της ελπίδας και της σταθερότητας σε περιόδους αναταραχής. Εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, είναι αρμόδιοι να προσφέρουν ολιστική βοήθεια στους ασθενείς, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον στο οποίο η πνευματικότητα είναι αρμόδια για να διερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα (Mattison, 2006).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία είναι να ενημερώσει τον ασθενή για τους τύπους της θεραπείας που θα χρειαστεί να ακολουθήσει. Θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι υπάρχουν τρεις παραδοσιακοί τύποι θεραπείας: η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Κάθε ένας από τους τύπους μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνος του ή σε συνδυασμό με έναν ή και με τις δύο από τις άλλες διαθέσιμες μεθόδους (π.χ. η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως επικουρική μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει στον ασθενή ότι καμία μέθοδος δεν είναι αναγκαία καλύτερη ή πιο αποτελεσματική από την άλλη, αλλά εξαρτάται από την αντιμετώπιση της κακοήθειας, τον τύπο, την εξάπλωση και την αντίδραση του όγκου και τον ασθενή ως άτομο (Λαμπρινού, 2009).

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για τα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από την θεραπεία όπως: ανορεξία, απώλεια βάρους, ναυτία, έμμετος και διάρροια, δυσκοιλιότητα και κυστίτιδα. Αλλά και για τις λοιμώξεις που μπορούν να προκληθούν από την θεραπεία για τον καρκίνο του νεφρού (Λαμπρινού, 2009).

18. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής έρθει σε επαφή με τον άρρωστο του. Από τη στιγμή αυτή ο νοσηλευτής με την ενσυνείδητη αγάπη του, το ενδιαφέρον του, τη κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009).

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή απέναντι στον άρρωστο που εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία είναι οι εξής:

1. Ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία.
2. Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στη θεραπεία.
3. Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων τόσο για τον άρρωστο, όσο και για το περιβάλλον του.
4. Ψυχολογική τόνωση του αρρώστου κατά και μετά τη διάρκεια της θεραπείας.

Σκόπιμος είναι ο διαχωρισμός της νοσηλευτικής φροντίδας σε:

- ✓ Προετοιμασία και βοήθεια αρρώστου στον οποίο εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ, τηλεακτινοθεραπεία).
- ✓ Προετοιμασία και βοήθεια αρρώστου στον οποίο έχουμε εφαρμογή εσωτερικής ακτινοθεραπείας (ιώδιο-131, χρυσός-198 κ.α.).

Ο νοσηλευτής αμέσως μετά την εισαγωγή του αρρώστου στο τμήμα ακτινοθεραπείας είναι υποχρεωμένος να λάβει τις παρά κάτω πληροφορίες από το φάκελο του ασθενή :

- i. Το είδος της καθορισμένης ακτινοθεραπείας.
- ii. Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- iii. Το σκοπό (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό) της θεραπείας.
- iv. Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, προσπαθώντας να αξιολογήσει και να κατανοήσει αν αυτός αντιλαμβάνεται το είδος της ακτινοθεραπείας και ανάλογα να τον ενημερώσει με την βοήθεια του γιατρού (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009).

19. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η ανταπόκριση κάθε ασθενούς στην προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε μεγάλο βαθμό ποικίλλει κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές, ψυχολογικές και σωματικές ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς, το είδος της επέμβασης και η εκάστοτε συνθήκες που οδήγησαν στην ένδειξη της χειρουργικής παρέμβασης. Προκειμένου να προσδιορισθεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα κάθε ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, απαιτείται λεπτομερής νοσηλευτική εκτίμηση.

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας ο νοσηλευτής προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μιας φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωριστούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιοριστούν οι απαιτήσεις όσο αναφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο τρόπος εκτίμησης του ασθενούς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθορίζονται ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί έναν σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από τη φύση της χειρουργικής επέμβασης ο ασθενής και η οικογένειά του θα νιώσουν άγχος.

Η ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς είναι μεγάλης σημασίας για την δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του. Η «θεραπευτική επικοινωνία» είναι δυνατόν να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να αναγνωρίσουν τους φόβους και τις επιφυλάξεις τους. Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττώσει το άγχος του και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους διάφορους παράγοντες που δημιουργούν άγχος στη διάρκεια της περεγχειρητικής περιόδου.

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να αναφέρει τα παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα στον γιατρό. Η μικροβιουρία, διαταραχές στην πυκνότητα του αίματος ή άλλες σημαντικές παθολογικές τιμές μπορεί να επηρεάσουν την εγχείρηση και την μετεγχειρητική φροντίδα. Ο νοσηλευτής θα συζητήσει με τον ασθενή για τον εγχειρητικό και το μετεγχειρητικό πλάνο, ανάλογα με τις ενδείξεις, αναφέροντας την εντόπιση της τομής και τους πιθανούς σωλήνες και παροχετεύσεις που θα υπάρχουν μετά. Η προεγχειρητική ενημέρωση γι αυτά που θα προκύψουν μετεγχειρητικά,

μειώνει το άγχος του ασθενούς και της οικογένειάς του κατά την πρώτη μετεγχειρητική περίοδο (Lemone, 2006).

20. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η διεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο ασθενής εισέρχεται στην αίθουσα του χειρουργείου και τελειώνει όταν μεταφέρεται στην μονάδα μετά-αναισθητικής φροντίδας (αίθουσα ανάνηψης). Η νοσηλευτική φροντίδα στη φάση αυτή εστιάζεται στην ασφάλεια του ασθενούς και στη συνεχή παρακολούθηση των φυσιολογικών παραμέτρων (Monitoring), όπως επίσης και στην ψυχολογική του υποστήριξη. Ο νοσηλευτής κίνησης και ο εργαλειοδότης υποστηρίζουν και φροντίζουν τον ασθενή και βοηθούν τους χειρουργούς στα πλαίσια του ειδικού τους ρόλου (Lemone, 2006).

21. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει μόλις ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και την περιοχή της χειρουργικής τομής προκειμένου να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση και να ανιχνεύσει τυχόν σημαντικές μεταβολές. Η συχνή εκτίμηση της διανοητικής λειτουργίας και του επιπέδου συνείδησης του ασθενή αποτελεί ακόμη ένα καθήκον του νοσηλευτή. Ενδέχεται να χρειαστεί επανειλημμένως προσανατολισμό ως προς το χώρο, χρόνο και τα πρόσωπα. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι επίσης σημαντικοί καθότι ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και εξαρτάται πλήρως από άλλους. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση της ενυδάτωσης με την παρακολούθηση και την καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι ζωτικής σημασίας για την αναγνώριση σημαντικών επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα ή τους νεφρούς. Επιπλέον, ο νοσηλευτής στην αίθουσα ανάνηψης εκτιμά την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενούς με την προσεκτική χορήγηση αναλγητικών εξασφαλίζονται η ανακούφιση και η άνεση του ασθενούς, χωρίς να επιδεινώνονται οι πιθανές παρενέργειες της ασθένειας.

- ο Εκτιμάτε συχνά το χρώμα, την ποσότητα και τους χαρακτήρες των ούρων, ελέγχοντας για αιματουρία, πυουρία ή ίζημα. Αναφέρεται αμέσως αν παρουσιαστεί ολογουρία ή ανουρία, όπως και κάθε άλλη αλλαγή στο χρώμα ή στην διαύγεια των ούρων. Η διατήρηση της λειτουργίας του εναπομείναντος νεφρού είναι κρίσιμη και η συχνή

εκτίμηση επιτρέπει την άμεση παρέμβαση σε περίπτωση που παρουσιαστούν προβλήματα.

- ο Σημειώσατε την ύπαρξη, την κατάσταση και την ποσότητα υγρών που παροχετεύονται σε κάθε είδους σωλήνες. Σημάνετε κάθε σωλήνα ευδιάκριτα. Διατηρήστε σε χαμηλό ύψος τους σωλήνες για να παροχετευτούν με τη βαρύτητα, ξεπλύνετε μόνο αν έχει δοθεί οδηγία. Η διατήρηση της βαρύτητας των παροχετεύσεων είναι απαραίτητα για την αποφυγή της ενδονέφρωσης. Παρουσία ανοιχτού χρώματος αίματος ή μη αναμενόμενα υγρά στις παροχετεύσεις μπορεί να σημαίνουν χειρουργική επιπλοκή.
- ο Κατανοήστε να θρήνο και την απώλεια του νεφρού και στηρίξτε την προσπάθεια αποδοχής της κατάστασης. Η απώλεια ενός σημαντικού οργάνου οδηγεί σε αλλοίωση της εικόνας του σώματος και σε αντίδραση θλίψης. Όταν μάλιστα η υποκείμενη νόσος είναι καρκίνος ο ασθενής ανησυχεί για την απώλεια της υγείας του και ενδεχομένως και της ζωής του (Lemone, 2006).

22. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο σκοπός της αίθουσας μεταναισθητικής ανάνηψης είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να ανανήψει ομαλά, σε αυτό το κρίσιμο μετεγχειρητικό στάδιο, να προλάβει τυχόν εμπλοκές από τα αναισθητικά φάρμακα και να τις αντιμετωπίσει αν συμβούν. Ο νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης πρέπει να είναι εκπαιδευμένο, με μεγάλη γνώση των αναισθητικών φαρμάκων, τη δράση και τις παρενέργειές τους, για να γνωρίζει ποια συμπτώματα πρέπει να παρακολουθεί, ανάλογα με τα φάρμακα που έχει πάρει ο άρρωστος (Lemone, 2006).

23. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ

Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση, συμβάλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να αφορούν τους πνεύμονες, το κυκλοφορικό, το ουροποιητικό, το πεπτικό, το τραύμα, τους μύες και τις αρθρώσεις. Οι ενδεδειγμένες θέσεις είναι:

- ❖ Ύπτια θέση
- ❖ Πλάγια θέση ή θέση Sim
- ❖ Θέση Trendelenburg
- ❖ Θέση fowler
- ❖ Θέση ημι-Fowler (Lemone, 2006).

24. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Πόνος: είναι από τα πρώτα μετεγχειρητικά συμπτώματα και συνοδεύεται από δυσφορία. Ο νοσηλευτής για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση η οποία προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους, και όταν υπάρχει ανάγκη του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον γιατρό.
- Δίψα: παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών διά της πεπτικής ή παρεντερικής οδού, ανάλογα πάντα με τη γενική κατάσταση του ασθενούς.
- Έμετος: ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, γιατί η παραμονή του κοντά στον άρρωστο, προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.
- Λόξυγγας: είναι ένας διαλείπων σπασμός του διαφράγματος συνήθως παροδικός, κάποτε επιμένει και ταλαιπωρεί τον άρρωστο. Ο λόξυγγας αντιμετωπίζεται με πολύ κρύο ή ζεστό νερό, ή άλλο πώμα με πολύ προσοχή να μη πνιγεί ο άρρωστος την ώρα του λόξυγγα (Σαββοπούλου, 2004).

25. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η σωστή διατροφή είναι πολύ σημαντική για όσους υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία, όπου παρατηρούνται αυξημένες πρωτεϊνικές και ενεργειακές ανάγκες. Οι βασικοί στόχοι μιας σωστής διατροφής είναι η διατήρηση του βάρους και η επιλογή και κατανάλωση υγιεινών τροφών που παρέχουν στο σώμα την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός για να ανταπεξέλθει. Προλαμβάνονται οι ανεπάρκειες σε μακροθρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες) και μικροθρεπτικά συστατικά (βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία), ενώ θωρακίζει τον οργανισμό του ασθενή με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες μόλυνσεων. Τέλος, οι σωστή διατροφή συμβάλει στην μείωση των διατροφικών παρενεργειών από τις αντικαρκινικές θεραπείες και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Η νόσος του καρκίνου, καθώς και οι παρενέργειες των αντικαρκινικών θεραπειών επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ασθενή, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί τα θρεπτικά συστατικά. Γενικότερα, οι επεμβάσεις, οι μεταμοσχεύσεις, οι χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία επηρεάζουν σημαντικά την πρόσληψη, πέψη και απορρόφηση της τροφής, οδηγώντας συχνά σε μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία, σοβαρή απώλεια μυϊκής μάζας και πολλές φορές καχεξία. Είναι εξαιρετικά σημαντική επομένως, η άμεση διατροφική παρέμβαση μέσω εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής, τόσο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που έχουν ήδη εμφανιστεί και σχετίζονται με τη διατροφή, όσο και για την πρόληψη της υποθρεψίας και τη βελτίωση του τρόπου ζωής.

Ο νοσηλευτής, με τις οδηγίες του γιατρού και του τμήματος διατροφής, προσπαθεί να ακολουθήσει όλες αυτές τις οδηγίες για την καλύτερη και ταχύτερη προσαρμογή του αρρώστου στις νέες εντολές και οδηγίες. Παρακολουθεί και ενημερώνεται για την πρόοδό του και τον ενθαρρύνει για παραπάνω προσπάθεια ή για επιβράβευση, καθώς και βελτίωση μίας δύσκολης κατάστασης ή προβλήματος.

Τα συχνότερα προβλήματα ογκολογικών ασθενειών σε σχέση με τη διατροφή είναι:

- ✚ Μειωμένη όρεξη
- ✚ Δυσκαταποσία
- ✚ Ναυτία
- ✚ Έμετος
- ✚ Τυμπανισμός
- ✚ Δυσσπορρόφηση
- ✚ Δυσπεψία
- ✚ Αλλοίωση γεύσης

- ✚ Αλλοίωση όσφρησης
- ✚ Κόπωση
- ✚ Αίσθηση κορεσμού
- ✚ Διάρροια
- ✚ Δυσκοιλιότητα
- ✚ Βλεννογονίτιδες (Lemone, 2006).

Σε περίπτωση απώλειας όρεξης πρέπει να εφαρμόζονται οι παρά κάτω οδηγίες:

- 1) Κατανάλωση 5-6 μικρών γευμάτων αντί για 3 μεγάλα. Με τα μικρά και συχνά γεύματα, το στομάχι υφίσταται λιγότερη πίεση με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται καλύτερη πέψη και απορρόφηση των τροφών
- 2) Επιλογή τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες, πρωτεΐνη (κρέας, πουλερικά, ψάρι, ασπράδια αυγών-τα οποία δεν έχουν καθόλου λίπος, τυρί και τα λοιπά) και θρεπτικά συστατικά. Τρόφιμα ή γεύματα πλούσια σε θερμίδες και θρεπτικά συστατικά, βελτιώνουν την αδυναμία και το αίσθημα κόπωσης που συχνά νιώθουν οι ασθενείς με καρκίνο
- 3) Κατανάλωση μεγαλύτερων γευμάτων όταν αισθάνεται ο ασθενής καλά και είναι ξεκούραστος
- 4) Ένα μικρό σνακ πριν τον βραδινό ύπνο, προσδίνει θερμίδες χωρίς να επηρεάσει την όρεξη του.

Σε περίπτωση ναυτίας πρέπει να εφαρμόζονται οι παρά κάτω οδηγίες:

- Κατανάλωση μικρών και συχνών γεμάτων, 3 κύρια γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό) και 3 ενδιάμεσα μικρότερα (δεκατιανό, απογευματινό και προς του ύπνου). Καταναλώνοντας μικρά και συχνά γεύματα, το αίσθημα της ναυτίας περιορίζεται.
- Καθ' όλη της διάρκειας της ημέρας, προτείνεται ο ασθενής να πίνει με αργό ρυθμό υγρά. Να αποφεύγει την κατανάλωση νερού ή άλλως ροφημάτων κατά την διάρκεια του γεύματος.
- Πριν και μετά το φαγητό να ξεπλένει το στόμα του
- Τα φαγητά να βρίσκονται σε θερμοκρασία δωματίου. Με αυτό τον τρόπο εξουδετερώνονται οι οσμές του φαγητού που πυροδοτούν το αίσθημα της ναυτίας
- Προτίμηση φαγητών που δεν έχουν έντονη μυρωδιά
- Επιλογή τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (λευκό ψωμί, δημητριακά πρωινού χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες, ρύζι, μακαρόνια κ.λ.π) και χαμηλής με μέτριας περιεκτικότητας σε λίπος (λάδι, μαργαρίνη, βούτυρο, ελιές, αβοκάντο κ.λ.π)

- Οι τροφές που θα επιλέξει να είναι εύπεπτες. Ενώ θα ήταν προτιμότερο να τις καταναλώνει με αργό ρυθμό
- Δοκιμή φαγητών που περιέχουν πιπερόριζα. Η πιπερόριζα θεωρείται ότι μειώνει τη τάση για ναυτία και έμετο
- Αν η ναυτία παρατηρείται το πρωί, ο άρρωστος να δοκιμάσει να καταναλώσει φρυγανιά ή κράκερ πριν σηκωθεί από τι κρεβάτι
- Ιδανικές για την προετοιμασία του φαγητού θεωρούνται οι στιγμές της ημέρας που δεν νιώθει ναυτία. Να ανοίξει τα παράθυρα κατά τη διάρκεια ή μετά το μαγείρεμα. Ο καθαρός αέρας θα τον ανακουφίζει.
- Κατανάλωση των αγαπημένων του φαγητών σε περιόδους που δε νιώθει ναυτία
- Μετά ο πέρας του γεύματος, προτείνεται να σηκώνεται από ο τραπέζι
- Το κυρίως γεύμα ή τα ενδιάμεσα γεύματα να καταναλώνονται περίπου 2-3 ώρες πριν την οποιαδήποτε θεραπεία. Το φαγητό σε συνδυασμό με το είδος της θεραπείας, κάνουν το αίσθημα της ναυτίας εντονότερο (Σαββοπούλου, 2004).

26. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει όλες τις βιο-ψυχολογικές ικανότητες που έχει, όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζησει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο.

Για να γίνει αυτό όμως η αρρώστια να αντιμετωπίζεται οργανικά αλλά συγχρόνως κοινωνικά ψυχολογικά. Έτσι όλα τα μέλη της ομάδας υγείας από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου, πρέπει να κρατούν στάση κατανόησης σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή. Επίσης πρέπει να δούμε πως η οικογένεια και τα κοινωνικά περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορούσαν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάσταση του.

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει καίριο ρόλο στην παροχή βοήθειας στον ασθενή για την αντιμετώπιση των πολλών προκλήσεων που σχετίζονται μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών και των μακροχρόνιων σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων. (Eby, Brown, 2010).

27. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο καρκίνος επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο. Άλλοι αισθάνονται ιδιαίτερα ανήσυχοι ή αγχωμένοι, άλλοι φοβισμένοι ή ανέλπιστοι για το μέλλον. Συναισθήματα σαν αυτά μπορούν να επηρεάσουν αρκετά τον ίδιο τον άνθρωπο ή το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον. Άλλα κοινά προβλήματα αφορούν την αντιμετώπιση των αλλαγών που επέρχονται στο σώμα του ασθενούς, καθώς επίσης και την επιρροή αυτών των αλλαγών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Είναι πολύ σύνηθες για όλους όσους βιώνουν τον καρκίνο οι ίδιοι ή μέσα από κάποιο οικείο τους πρόσωπο να νιώθουν φόβο, ανησυχία, στεναχώρια και αδυναμία.

Οι ψυχολόγοι αναγνωρίζουν πως ο καρκίνος επηρεάζει τον άνθρωπο σαν ολότητα καθώς και τα οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και όχι μονό σωματικά αλλά και συναισθηματικά. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως οικονομικές πιέσεις ή ανησυχίες για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Έρευνες έχουν δείξει πως η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος, καθώς και να βοηθήσει στη μείωση του σωματικού πόνου. Επιπροσθέτως, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν τον

καρκίνο, νιώθουν πως η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων είναι αρκετά βοηθητικά για να αισθανθούν καλύτερα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους.

Η ψυχολογική υποστήριξη δεν αφορά μόνο τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο, αλλά και όλους τους άλλους ανθρώπους που τους αγαπούν.

Άνθρωποι στο εξωτερικό που έχουν ήδη περάσει μέσα από την διαδικασία του καρκίνου και της θεραπείας του, εξέφρασαν τη σημαντικότητα που έχει για αυτούς η ψυχολογική υποστήριξη και η εξωτερική των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Επίσης, υπάρχει δυνατό επιστημονικό υλικό το οποίο υποστηρίζει πως η αξία τέτοιων υπηρεσιών που βοηθούν καρκινοπαθείς αλλά και συγγενικά τους μέλη ζουν πιο ολοκληρωμένα, καθώς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος, η θεραπεία του και τα στάδιά του.

Έρευνες δείχνουν πως αυτοί που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεσή τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι. Αυτό σαν αποτέλεσμα έχει, να υπάρχει μια θετική επιρροή στο πώς αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και την διάγνωσή του, την θεραπεία και την διαδικασία της, καθώς επίσης και άλλα γεγονότα που συμβαίνουν παράλληλα στη ζωή τους. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται πιο ανακουφισμένοι όταν μάθουν πως υπάρχουν και άλλοι συνάνθρωποί τους που βρίσκονται στο ίδιο «καραβάκι» μαζί τους και βιώνουν μία παρόμοια κατάσταση.

Οι πληροφορίες που ανταλλάσει ο ασθενής με τον ειδικό της ψυχικής υγείας μπορούν να είναι καθαρά εμπιστευτικές. Αυτό σημαίνει ότι κανένας δεν θα μιλήσει ή δε θα γράψει κάτι που αφορά τον ασθενή, χωρίς τη δική του άδεια. Ο μοναδικός λόγος για τον οποίο θα μπορούσε να μιλήσει σε κάποιον ειδικό ή σε κάποιο συγγενικό του πρόσωπο, είναι αν διαπιστώσει πως ο ασθενής έχει σκοπό να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλον (Eby, Brown, 2010).

Ο/Η σύμβουλος ή θεραπευτής, μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης θα προσπαθήσει:

- Να ακούσει σωστά αυτά που λέει ο ασθενής
- Να τον βοηθήσει να ξεμπερδέψει τα συναισθήματά του και τις ανησυχίες του
- Να τον βοηθήσει να καταλάβει πώς σκέφτεται και πώς αισθάνεται
- Να τον βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματά του με τον δικό του τρόπο, σε ασφαλές περιβάλλον
- Να τον βοηθήσει να βρει τις δικές τους λύσεις στα θέματα που τον αφορούν
- Να τον βοηθήσει να αποδεχτεί ότι δε μπορεί να αλλάξει
- Να τον βοηθήσει να αναγνωρίσει, ότι μπορεί να αλλάξει για τον εαυτό και εφόσον θέλει να το αλλάξει (Eby, Brown, 2010).

28. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ

Η προσπάθεια για την εκτέλεση μιας άσηπτης, κατά το δυνατόν, περιποίησης τραύματος αποτελεί βασικό καθήκον του νοσηλευτή. Η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές:

1. Από τη σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα στους θαλάμους
2. Από τα μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα και τη μύτη του γιατρού και των νοσηλευτών και φτάνουν στο τραύμα
3. Από τα χέρια του γιατρού και των νοσηλευτών που φτάνουν στο τραύμα
4. Από τη χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων π.χ. νεφροειδών κ.λ.π.
5. Από άλλα μολυσμένα τραύματα
6. Από επισκέπτες μικροβιοφορείς

Τα μέτρα που παίρνονται για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση του τραύματος ασθενούς, που γίνονται στο θάλαμο είναι:

1) Ο ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΛΑΜΟΥ:

Κατά τις πρωινές ώρες αυξάνεται η περιεκτικότητα σε μικρόβια του αέρα του θαλάμου, διότι η τακτοποίηση του κρεβατιού του αρρώστου και του περιβάλλοντός του καθώς και η καθαριότητα του δαπέδου, το ξεσκόνισμα κ.λ.π. γίνονται αυτές τις ώρες. Προφυλακτικά μέτρα για τον περιορισμό των μικροβίων στον αέρα του θαλάμου του ασθενούς είναι τα ακόλουθα: α) υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, β) χρήση του ιματισμού κατά το στρώσιμο του κρεβατιού, γ) περάτωση της καθαριότητας του θαλάμου μία ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή του τραύματος, δ) στη διάρκεια των αλλαγών απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών στο θάλαμο και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού, ε) κατά την αλλαγή κλείνουν οι πόρτες και τα παράθυρα, ζ) όλοι στο θάλαμο εκτός των ασθενών φορούν μάσκα.

2) ΧΕΡΙΑ

Αν και τα χέρια δεν αποστειρώνονται, το φροντισμένο πλύσιμο πριν και μετά από κάθε αλλαγή θα απομακρύνει μικρόβια, ενώ κατά το διάστημα των αλλαγών δεν πρέπει τα χέρια να έρχονται σε επαφή με το τραύμα. Στην καθαριότητα των χεριών, σπουδαίο ρόλο παίζουν τα κομμένα νύχια. Η ασφαλής περιποίηση ενός τραύματος εκτός από την άσηπτη τεχνική, απαιτεί και προετοιμασία του επιδερμικού και άλλου υλικού, το οποίο θα χρειαστεί.

Για την περιποίηση ενός τραύματος απαιτείται ένα χωριστό πακέτο, το οποίο περιέχει γάζες σε διάφορα μεγέθη, τολύπια βάμβακος, υλικό παροχετεύσεως (εφόσον χρειαστεί) και εργαλεία. Το ατομικό πακέτο για την περιποίηση ενός

τραύματος τοποθετείται με διάφορα άλλα αντικείμενα στο «τροχήλατο αλλαγών». Προσωπικό που ασχολείται με την περιποίηση ενός τραύματος είναι ένας γιατρός και δύο νοσηλεύτες (de Wit, 2001).

29. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

1) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος καθώς, και εφαρμογή θεραπειών μέσων ή φαρμάκων. Κατά την καθαριότητα του τραύματος, απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί, παροχετεύεται συγκέντρωση πύον ή άλλων υγρών από το τραύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό ή άλλα υγρά μέσα. Η απολύμανση της τραυματικής χώρας συνίσταται στην επάλειψη της με αντισηπτικό διάλυμα. Η εφαρμογή θεραπευτικών ή ανακουφιστικών μέσων, μπορεί να περιλαμβάνει τοποθέτηση αντιβιοτικού φαρμάκου, έγχυση φαρμάκου, τοποθέτηση παροχευτικού σωλήνα ή γάζας κ.λπ.

2) ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Καθαρισμό του δέρματος γύρω από αυτό με βενζίνη ή αιθέρα, με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανση του.

3) ΕΠΙΔΕΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΑΠΟΣΚΟΠΕΙ:

- ✓ Την απορρόφηση υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα
 - ✓ Στην ακινητοποίηση του τραύματος
 - ✓ Στην προστασία του τραύματος από μηχανική κάκωση, μόλυνση και λοίμωξη
 - ✓ Στην αιμόσταση
 - ✓ Στην άνεση του αρρώστου και στην ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας
- Η ασφαλή για τον άρρωστο εκτέλεση όλης της εργασίας αποτελεί εξολοκλήρου καθήκον του νοσηλεύτη (de Wit, 2001).

30. ΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

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

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

Κατά την έγερση, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαριά πάσχοντες και οι υπερήλικες. Πρώτα, τοποθετούνται σε ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνονται ζάλη. Κατόπιν, στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνονται. Ο χρόνος που μένει ο άρρωστος μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης, τη γενική του κατάσταση και την ηλικία του (Lemone, 2006).

31. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η ημέρα αποχωρήσεως του ασθενούς με καρκίνου του νεφρού από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάσει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Ο χρόνος προετοιμασίας του αρρώστου και του περιβάλλοντός του για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλει. Αυτός επηρεάζεται από την κατάσταση του, το μορφωτικό του επίπεδο, το κοινωνικό, το διανοητικό καθώς και από την ηλικία του. Ακόμη στον χρόνο προετοιμασίας του ασθενούς για την έξοδο του περιλαμβάνεται και η ψυχική του κατάσταση.

Με την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει τις πλέον αλλαγές που θα γίνουν στη ζωή του, σχετικά με την ψυχαγωγία του, τη δραστηριότητά του, τη δίαιτα και τη χημειοθεραπεία ή τυχόν ακτινοθεραπεία που θα ακολουθήσει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

1. Δραστηριότητες: Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει έντονες δραστηριότητες. Θα πρέπει να αυξάνει το χρόνο βάδισης κάθε μέρα, η βαθμιαία αύξηση γενικά των δραστηριοτήτων πρέπει να γίνεται μέσα στα επιτρεπτά όρια. Μπορεί να αποφεύγει την οδήγηση μέχρι το πρώτο μετεγχειρητικό έλεγχο.
2. Δίαιτα: Η δίαιτα του ασθενούς με καρκίνο νεφρών είναι ανάλογη με την κατάσταση του ασθενούς. Έτσι αν π.χ. έχει μεγάλη απώλεια βάρους θα πρέπει να παίρνει περισσότερες θερμίδες από εκείνον που έχει μικρή απώλεια βάρους. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να συμβουλευούνται και να τρέφονται με πρωτεΐνες, βιταμίνες, μέταλλα και να διατηρούν καλά το ισοζύγιο ούρων.
3. Θεραπείες: Ο ασθενής θα πρέπει να διδάσκεται για το κάθε πότε θα κάνει χημειοθεραπεία ή τυχόν ακτινοθεραπεία, πόσο χρόνο θα κρατήσει και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που θα εμφανιστούν. Του τονίζει επίσης ότι συχνά θα πρέπει να κάνει ιατρικές εξετάσεις.
4. Απασχόληση-ψυχαγωγία: Τόσο η απασχόληση όσο και η ψυχαγωγία τονώνουν το ηθικό του ασθενούς, αποσπούν την προσοχή του, αυξάνουν την αισιοδοξία του και με αυτόν τον τρόπο ξεχνάει τα προβλήματά του και ακολουθεί σαν φυσιολογικός άνθρωπος την καθημερινότητα της ζωής.
5. Ύπνος-ανάπαυση: Η φυσική ανάπαυση του αρρώστου με καρκίνο νεφρών συμβάλει στην γρήγορη και ομαλή αποκατάσταση της υγείας του. Απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας σωματικής αναπαύσεως είναι η ψυχική ηρεμία και γαλήνη (Eby, Brown, 2010).

Οι νοσηλευτές πρέπει να επικεντρώνουν την διδασκαλία τους όχι μόνο στις δικές τους μεθόδους εφαρμογής μιας νοσηλείας, αλλά και στους τρόπους που ο άρρωστος

μπορεί να αναπτύξει για την ασφαλή εκτέλεση κάθε νοσηλείας και οδηγίας, ανάλογα με τις δεξιότητες και τις οικογενειακές του συνθήκες (Δεληβελιώτης, 2009).

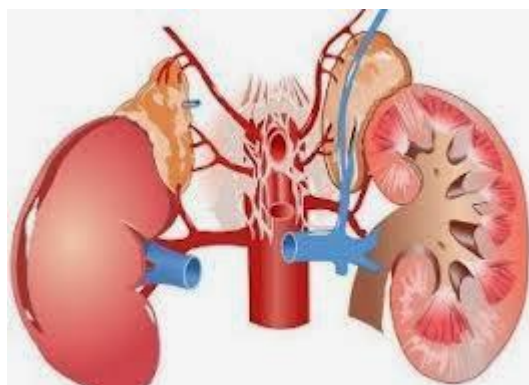
Είναι πολύ σημαντικό να επισημαίνει ο νοσηλευτής στον ασθενή τις ανάγκες για συχνές, περιοδικές εξετάσεις, ώστε να αποφευχθούν και να διαγνωστούν καθώς και να θεραπευτούν εγκαίρως τυχόν μεταστάσεις (Eby, Brown, 2010).

Τα κριτήρια ώστε ο ασθενής να μπορέσει να βγει από το νοσοκομείο 'ελέγχονται' και διδάσκονται από το γιατρό και το νοσηλευτή. Αυτά είναι:

- Να μην έχει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
- Να έχει επαρκή παροχή ούρων
- Να γνωρίζει τρόπους για τη διατήρηση της υγείας του απομένοντος νεφρού
- Να γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο γιατρό
- Να μοιράζεται τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σχετικά με την απώλεια του νεφρού
- Να κατανοεί και να ακολουθεί πιστά το πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, του προγράμματος επιτρεπόμενων σωματικών δραστηριοτήτων, της περιποίησης του τραύματος, της φαρμακευτικής αγωγής που συστήθηκε και του προγράμματος για την μελλοντική αγωγή της υποκείμενης νόσου (Δεληβελιώτης, 2009).

Στην εξωνοσοκομειακή αγωγή ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή σχετικά με τρόπους για τη διατήρηση της ακεραιότητας του απομένοντος νεφρού. Αυτό γίνεται με το να συμμορφωθεί προς τις προφυλάξεις για τη πρόληψη ουρολοιμώξεων, καθώς και με το να υπάρχουν μέτρα για την πρόληψη της στάσις των ούρων:

- Να πίνει τουλάχιστον 10 ποτήρια υγρών την ημέρα
- Να ουρεί με την πρώτη αίσθηση της ένδειξης προς ούρηση
- Να αποφεύγει μικρές περιόδους έλλειψης σωματικής δραστηριότητας (εάν δεν είναι ικανός να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα μέτρια δραστηριότητας, ο νοσηλευτής εξασφαλίζει την τακτική αλλαγής θέσεως) (Πακτασίδης, 2004).



Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Σκοπός: Τα αίτια και τα στάδια του καρκίνου των νεφρών, η θεραπεία και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Υλικό και μέγεθος: Πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσο αναφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

1. **Renal cell carcinoma in patient with crossed fused renal ectopia.**

Primary renal cell carcinomas have rarely been reported in patients with crossed fused renal ectopia. We presented a patient with right to left crossed fused kidney harbouring renal tumor. The most frequent tumor encountered in crossed fused renal ectopia is renal cell carcinoma. In this case, partial nephrectomy was performed which pave way to preservation of the uninvolved both renal units. Due to unpredictable anatomy, careful preoperative planning and meticulous delineation of renal vasculature is essential for preservation of the uninvolved renal units.

Καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων σε ασθενή με διασταυρωμένη συγχωνευμένη νεφρική παρεκτομή.

Τα καρκινώματα των κύριων νεφρικών κυττάρων σπάνια έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με διασταυρωμένα συγχωνευμένα νεφρική παρεκτόπιση. Παρουσιάσαμε έναν ασθενή με δεξιά προς αριστερά διασταυρωμένο συγχωνευμένο νεφρό το οποίο έκρυβε νεφρικό όγκο. Ο πιο συχνός όγκος που συναντάται σε διασταυρωμένα συγχωνευμένα νεφρική παρεκτόπιση είναι το καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων. Στην περίπτωση αυτή, η μερική νεφρεκτομή που έγινε άνοιξε τον δρόμο για την

διατήρηση των δύο αμέτοχων νεφρών. Εξαιτίας της απρόβλεπτης ανατομίας του, ο προσεκτικός προεγχειρητικός σχεδιασμός και η σχολαστική σκιαγράφιση της νεφρικής αγγείωσης είναι απαραίτητη για τη διατήρηση των αμέτοχων νεφρών.

2. **Drug evaluation for the treatment of metastatic renal cell carcinoma.**

Renal cell carcinoma is a cancer that results from a genetic inactivation of the *VHL* tumor suppressor gene leading to an upregulation of VEGF. Targeted therapies against VEGF receptors have piqued substantial interest among clinicians and researchers, and these drugs are now the standard of care in the treatment of advanced renal cell carcinoma. One of these VEGF receptor inhibitors, axitinib, has been shown to be a superior second-line therapy when compared with sorafenib. Although axitinib has clinical activity and a manageable safety profile in patients with treatment-naive metastatic renal cell carcinoma, utility in the front-line setting is area of ongoing investigation. Another area of ongoing research is dose titration of axitinib to achieve the maximum clinical benefit. Interestingly, the axitinib-related side effect of hypertension has shown to be associated with more favorable clinical outcomes. This article describes the development of axitinib and discusses the current indications for clinical use in the management of metastatic renal cell carcinoma.

Αξιολόγηση των φαρμάκων για τη θεραπεία των μεταστατικών καρκινωμάτων των νεφρικών κυττάρων.

Τα καρκινώματα νεφρικών κυττάρων είναι ένας καρκίνος που προκύπτει από μια γενετική αδρανοποίηση του ογκοκατασταλτικού γονιδίου *VHL* το οποίο οδηγεί σε ανοδική ρύθμιση του VEGF. Στοχευμένες θεραπείες εναντίον των υποδοχέων VEGF έχουν κεντρίσει σημαντικό ενδιαφέρον ανάμεσα σε ιατρούς και ερευνητές, και αυτά τα ναρκωτικά αποτελούν πλέον το πρότυπο της περίθαλψης για τη αντιμετώπιση των εκτεταμένων νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων. Ένας από αυτούς τους αναστολείς των υποδοχέων VEGF, το axitinib, έχει αποδειχθεί ότι είναι μια ανώτερη δευτερογενής θεραπεία όταν συγκριθεί με το sorafenib. Μολονότι το axitinib έχει κλινική δραστηριότητα και διαχειρίσιμο προφίλ ασφαλείας σε ασθενείς με απλοϊκή θεραπεία μεταστατικών καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων, η ωφέλεια του στην ρύθμιση της μπροστινής γραμμής ερευνάται. Μια άλλη περιοχή συνεχιζόμενης έρευνας είναι η ογκομετρική ανάλυση των δόσεων του axitinib ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο κλινικό όφελος. Είναι ενδιαφέρον, ότι οι παρενέργειες υπέρτασης από την

χρήση axitinib δείχνουν να σχετίζονται με ευνοϊκότερες κλινικές εκβάσεις. Το άρθρο αυτό περιγράφει την ανάπτυξη του axitinib και συζητά τις τρέχουσες ενδείξεις για κλινική χρήση στη διαχείριση των μεταστατικών καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων.

3. **An integrated metabolic atlas of clear cell renal cell carcinoma.**

Dysregulated metabolism is a hallmark of cancer, manifested through alterations in metabolites. We performed metabolomic profiling on 138 matched clear cell renal cell carcinoma (ccRCC)/normal tissue pairs and found that ccRCC is characterized by broad shifts in central carbon metabolism, one-carbon metabolism, and antioxidant response. Tumor progression and metastasis were associated with metabolite increases in glutathione and cysteine/methionine metabolism pathways. We develop an analytic pipeline and visualization tool (metabolograms) to bridge the gap between TCGA transcriptomic profiling and our metabolomic data, which enables us to assemble an integrated pathway-level metabolic atlas and to demonstrate discordance between transcriptome and metabolome. Lastly, expression profiling was performed on a high-glutathione cluster, which corresponds to a poor-survival subgroup in the ccRCC TCGA cohort.

Ένας ενσωματωμένος μεταβολικός άτλας καθαρών κελιών των καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων.

Ο κακορυθμισμένος μεταβολισμός είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του καρκίνου, που εκδηλώνεται μέσω των διαφοροποιήσεων των μεταβολιτών. Έχουν γίνει μεταβολομικές σκιαγραφήσεις σε 138 ταχτοποιημένα καθαρά κύτταρα των καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων (ccRCC)/ζεύγη κανονικού ιστού και διαπιστώθηκε ότι τα ccRCC χαρακτηρίζονται από μεγάλες αλλαγές στον κεντρικό μεταβολισμό του άνθρακα, στον μεταβολισμό του μονοξειδίου του άνθρακα και στην αντιοξειδωτική αντίδραση. Η εξέλιξη των όγκων και η μετάσταση ήταν συνδεδεμένες με τις μεταβολίτικές αυξήσεις γλουταθειόνης και τα μονοπάτια μεταβολισμού της κυστεΐνης/μεθειονίνης. Αναπτύσσουμε αναλυτικά γραφήματα και εργαλεία οπτικοποίησης (μεταβολογραφίες) έτσι ώστε να γεφυρώσουμε το χάσμα μεταξύ των μετακρυπτοματικών συνθέσεων TCGA και των μεταβολομικών μας δεδομένων, το οποίο μας επιτρέπει να συναρμολογήσουμε ένα ολοκληρωμένο επίπεδο, μεταβολικό άτλα και να επιδείξει ασυμφωνίες μεταξύ των μετακρυπτομάτων και των μεταβολιτών. Τέλος, πραγματοποιήθηκε σκιαγράφιση χαρακτηριστικών σε

σύμπλεγμα υψηλής γλουταθειόνης, το οποίο αντιστοιχεί σε μια υποομάδα μικρής πιθανότητας επιβίωσης της ομάδας ccRCC TCGA.

4. **Antitumoral effects of vasoactive intestinal peptide in human renal cell carcinoma xenografts in athymic nude mice.**

We studied antitumor effect of VIP in human renal cell carcinoma (RCC) (A498 cells xenografted in immunosuppressed mice). VIP-treated cells gave resulted in p53 upregulation and decreased nuclear β -catenin translocation and NF κ B expression, MMP-2 and MMP-9 activities, VEGF levels and CD-34 expression. VIP led to a more differentiated tubular organization in tumours and less metastatic areas. Thus, VIP inhibits growth of A498-cell tumours acting on the major issues involved in RCC progression such as cell proliferation, microenvironment remodelling, tumour invasion, angiogenesis and metastatic ability. These antitumoral effects of VIP offer new therapeutical possibilities in RCC treatment.

Αντιογκολογικές επιδράσεις αγγειοδραστικών εντερικών πεπτιδίων σε ξενομοσχεύματα καρκινωμάτων ανθρωπίνων νεφρικών κυττάρων σε αθυμικά γυμνά ποντίκια.

Μελετήσαμε την αντιογκολογική επίδραση των VIP στο καρκίνωμα ανθρωπίνων νεφρικών κυττάρων (RCC) (κύτταρα τα οποία ξενομοσχεύθηκαν σε ανοσοκατασταλμένα ποντίκια). Τα κύτταρα που θεραπεύθηκαν με το VIP οδήγησαν σε αναρρύθμιση και μειώθηκε η εκτόπιση πυρηνικής β -κατενίνης και η εξωτερίκευση NF κ B, οι δραστηριότητες των TX-2 και TX-9, τα επίπεδα VEGF και η εξωτερίκευση CD-34. Το VIP οδήγησε σε μια πιο διαφοροποιημένη σωληνοειδή οργάνωσης σε όγκους και λιγότερο μεταστατικές περιοχές. Έτσι, το VIP απαγορεύει την ανάπτυξη όγκων των κυττάρων, τα οποία έχουν επίδραση στα μείζονα θέματα που σχετίζονται με την πρόοδο του RCC όπως την εξάπλωση των κυττάρων, την αναμόρφωση μικροπεριβάλλοντος, την εισβολή όγκου, την αγγειογένεση και την μεταστατική ικανότητα. Αυτές οι αντιογκολογικές επιδράσεις του VIP προσφέρουν νέες θεραπευτικές δυνατότητες στην επεξεργασία του RCC.

5. **Optimizing patient adherence to targeted therapies in renal cell carcinoma.**

The current standard of care for treating metastatic renal cell carcinoma is sequential therapy with vascular endothelial growth factor-targeted agents (i.e., axitinib, bevacizumab, pazopanib, sorafenib, and sunitinib) and mammalian target of rapamycin inhibitors (i.e., everolimus and temsirolimus). To maximize adherence to and persistence with targeted therapy, which should help improve clinical benefit, a clear understanding of the tolerability profiles of these agents and implementation of early, appropriately aggressive adverse event (AE) prevention and management strategies are key. Active and aggressive AE management should improve the quality of life of patients during the course of their treatment. Nurses are in a unique position to educate patients on the potential AEs they may experience and their prevention and management. This article reviews the safety and tolerability of currently available targeted therapies recommended for use in the second-line treatment setting, as well as their management in the context of maximizing clinical outcomes and patient quality of life.

Βελτιστοποίηση της υποστήριξης του ασθενή στις στοχευμένες θεραπείες σε καρκινώματα νεφρικών κυττάρων.

Το τρέχον πρότυπο φροντίδας για θεραπεία μεταστατικών καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων είναι η διαδοχική θεραπεία με μέσα που στοχεύουν αγγειακούς ενδοθηλιακούς παράγοντες ανάπτυξης και θηλαστικούς στόχους των αναστολών ραπαμυκίνης. Για να μεγιστοποιηθεί η τήρηση και σταθερότητα στη θεραπεία, η οποία θα βελτιώσει το κλινικό όφελος, η σαφής κατανόηση των προφίλ ανθεκτικότητας αυτών των παραγόντων, καθώς και την εφαρμογή των πρώιμων, κατάλληλα επιθετικών στρατηγικών πρόληψης και διαχείρισης δυσμενών συμβάντων ΑΕ είναι το κλειδί. Η ενεργή και επιθετική διαχείριση ΑΕ λογικά θα πρέπει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι νοσηλεύτριες βρίσκονται σε ιδιαίτερη θέση για να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς στις πιθανές στρατηγικές πρόληψης που μπορούν να αντιμετωπίσουν. Αυτό το άρθρο ανασκοπεί την ασφάλεια και την ανεκτικότητα των διαθέσιμων στοχευμένων θεραπειών σήμερα οι οποίες συνιστώνται για χρήση σε δευτερογενές περιβάλλον,

καθώς και τη διαχείριση τους στο πλαίσιο της μεγιστοποίησης των κλινικών εκβάσεων και της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

6. Renal cell carcinoma: a reappraisal.

Surgical treatment of renal cell carcinoma is the gold standard. Nephron-sparing surgery, laparoscopic and robotic surgery and minimally invasive procedures have decreased the morbidity of treatment. Although traditionally resistant to chemotherapy and radiation therapy, advances have been made with immunotherapies. Physicians and nurses caring for patients with renal cell carcinoma should be aware of changes in management and newer therapies for treatment of advanced disease.

Καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων: μια επανεκτίμηση.

Η χειρουργική θεραπεία των καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων είναι ο χρυσός κανόνας. Χειρουργεία που σώζουν τα νεφρά, λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική και ελάχιστες επεμβατικές διαδικασίες έχουν μειώσει τη νοσηρότητα της θεραπείας. Παρόλο που είναι παραδοσιακά ανθεκτικά σε χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες, έχουν γίνει πρόοδοι με την ανοσοθεραπεία. Γιατροί και νοσηλευτές οι οποίοι φροντίζουν ασθενείς με καρκινώματα νεφρικών κυττάρων, πρέπει να γνωρίζουν τις αλλαγές στη διαχείριση και τις νεότερες θεραπείες για την αντιμετώπιση της νόσου σε προχωρημένο στάδιο.

7. Nursing considerations with pazopanib therapy: focus on metastatic renal cell carcinoma.

The rapid evolution of targeted therapies has had a dramatic impact on multiple domains in oncology, particularly metastatic renal cell carcinoma (RCC). Four agents antagonizing vascular endothelial growth factor-mediated signaling have been approved for the treatment of metastatic RCC, including the monoclonal antibody bevacizumab and the small molecular inhibitors sunitinib, sorafenib, and pazopanib. Pazopanib was approved in 2009 for this disease on the basis of a phase III clinical trial demonstrating a superior progression-free survival compared to placebo in 435 patients with either treatment-naive or cytokine-refractory disease. The trial offered insight related to the toxicity profile associated with this

agent. The most common clinical adverse events are diarrhea, hypertension, nausea, anorexia, and vomiting. With respect to laboratory adverse events, hepatotoxicity represents a specific concern with pazopanib. Oncology nurses play a critical role in counseling patients regarding the toxicity profile and management of adverse events in pazopanib treatment.

Περιθαλπτικές σκέψεις για την θεραπεία με pazopanib: εστίαση σε μεταστατικά καρκινώματα νεφρικών κυττάρων.

Η ταχεία εξέλιξη των στοχευμένων θεραπειών έχει δραματικές επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ογκολογίας, ιδιαίτερα στα μεταστατικά καρκινώματα νεφρικών κυττάρων (RCC). Τέσσερις παράγοντες οι οποίοι ανταγωνίζονται τους μεσολαβητικούς παράγοντες ειδοποίησης των αγγειακών ενδοθηλιακών όγκων, έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία των μεταστατικών RCC, συμπεριλαμβανομένου το μονοκλωνικό αντίσωμα bevacizumab και τους μικρούς μοριακούς αναστολείς sunitinib, sorafenib και pazopanib. Το pazopanib εγκρίθηκε το 2009 για την ασθένεια αυτή με βάση τη φάση III των κλινικών δοκιμών που αποδεικνύουν μια ανώτερη επιβίωση χωρίς πρόοδο σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο σε 435 ασθενείς είτε με ασθένεια απλοϊκής θεραπείας ή δύστηκτης κυτοκίνης. Η δοκιμή προσέφερε γνώσεις που σχετίζονται με το προφίλ τοξικότητας που σχετίζονται με αυτόν τον παράγοντα. Οι πιο κοινές κλινικές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις είναι διάρροια, υπέρταση, ναυτία, ανορεξία, και εμετός. Όσον αφορά τις εργαστηριακές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις, η υπατοτοξικότητα αντιπροσωπεύει μια συγκεκριμένη ανησυχία με το pazopanib. Οι νοσηλευτές ογκολογίας παίζουν κρίσιμο ρόλο στη συμβουλευτική ασθενών, όσον αφορά την τοξικότητα του προφίλ και τη διαχείριση των αρνητικών γεγονότων με τη θεραπεία pazopanib.

8. Multidisciplinary management of metastatic renal cell carcinoma in the era of targeted therapies.

The use of targeted agents to treat metastatic renal cell carcinoma (mRCC) has significantly extended progression-free and overall survival but raises issues relating to the long-term delivery of care and the sustained monitoring of efficacy and toxicities, certain of which have not previously been experienced. In this paper, an expert group of medical oncologists, urologists and oncology nurses and pharmacists review and make informal recommendations on the multidisciplinary management of mRCC in the light of progress made and problems that have arisen.

Decentralisation of care, with a shift in emphasis from large to small hospitals and possibly to the community, may offer advantages of cost and convenience. However, the major responsibility for care should continue to lie with clinicians (either medical oncologists or urologists) with extensive experience in mRCC, assisted by specialist nurses, and working in centres with facilities adequate to monitor efficacy and manage toxicities. That said, the extended survival of patients emphasises the importance of compliance and the long-term prevention, detection and management of side effects. Much of this will take place in the community. There is therefore a need for multidisciplinary working to extend beyond specialist centres to include general practitioners, community nurses and pharmacists. Although this paper focuses on mRCC, many of the considerations discussed are also relevant to the management of more common solid tumours in the era of targeted therapy.

Η πολυεπιστημονική διαχείριση των μεταστατικών καρκινωμάτων, νεφρικών κυττάρων στην εποχή των στοχευμένων θεραπειών.

Η χρήση των στοχευμένων παραγόντων για τη θεραπεία μεταστατικών καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων (mRCC) έχει επεκτείνει σημαντικά την παύση της εξέλιξης και τη συνολική επιβίωση, αλλά εγείρει ζητήματα που σχετίζονται με την μακροχρόνια περίθαλψη και την συνεχή παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και τοξικότητας, ορισμένα από τα οποία δεν έχουν ήδη ερευνηθεί. Σε αυτό το βιβλίο, μια ομάδα ειδικών της ογκολογικής ιατρικής, ουρολόγοι, νοσηλευτές ογκολογίας και φαρμακοποιοί επανεξετάζουν και συστήνουν την πολυτομεακή διαχείριση mRCC υπό το φως της προόδου και των προβλημάτων που έχουν ανακύψει. Η αποκέντρωση της περίθαλψης, με μια μετατόπιση της έμφασης από μεγάλο σε μικρά νοσοκομεία και πιθανώς στην Κοινότητα, μπορούν να προσφέρουν πλεονεκτήματα κόστους και ευκολίας. Ωστόσο, η σημαντική ευθύνη για τη φροντίδα θα πρέπει να συνεχίσει να βρίσκεται στους γιατρούς κλινικών (είτε ιατρικοί ογκολόγοι ή ουρολόγοι) με μεγάλη εμπειρία στα mRCC, με τη βοήθεια ειδικευμένων νοσηλευτών, και που εργάζονται σε κέντρα με κατάλληλες εγκαταστάσεις για να παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα και η διαχείριση της τοξικότητας. Παρ' όλα αυτά, η επέκταση της επιβίωσης των ασθενών, τονίζει τη σημασία της συμμόρφωσης και της μακροπρόθεσμης πρόληψης, ανίχνευσης και διαχείρισης των παρενεργειών. Πολλά από αυτά θα λάβουν χώρα στην κοινότητα. Υπάρχει λοιπόν ανάγκη για διεπιστημονική λειτουργία ώστε να επεκταθεί πέρα από τα ειδικευμένα κέντρα που περιλαμβάνουν τους γενικούς παθολόγους, τους κοινοτικούς νοσηλευτές και τους φαρμακοποιούς. Μολονότι αυτό το βιβλίο επικεντρώνεται στα mRCC, πολλά από τα ζητήματα που συζητήθηκαν είναι επίσης

σχετικά με τη διαχείριση των πιο κοινών στερεών όγκων στην εποχή των στοχευμένων θεραπειών.

9. **Uncommon gastrointestinal bleeding during targeted therapy for advanced renal cell carcinoma: A report of four cases.**

Clinically available targeted agents to treat advanced renal cell carcinoma (RCC) include sunitinib, sorafenib and temsirolimus. Sorafenib and sunitinib have been associated with bleeding in selected trials, but clinical and endoscopic characteristics of gastrointestinal bleeding are not well described. Herein, we report four cases of advanced RCC in which endoscopic hemostasis effectively resolved high-grade, life-threatening gastrointestinal bleeding that occurred during targeted therapy. Although stomatitis and mucositis have occurred during targeted therapies, life-threatening gastrointestinal bleeding is less common. In these four patients, the origins of gastrointestinal bleeding were identified, and complete endoscopic hemostasis was achieved. Endoscopies revealed variable characteristics including angiodysplasia, multiple gastric ulcers and oozing bleeding of the normal mucosa. Although the most effective diagnostic and treatment strategies are disputed, endoscopic examinations are best performed before starting targeted therapies. Additionally, these patients should be monitored even for rare life-threatening events.

Ασυνήθιστη γαστρεντερική αιμορραγία κατά τη διάρκεια θεραπείας με στόχο προχωρημένα καρκινώματα νεφρικών κυττάρων: μία έκθεση τέσσερις περιπτώσεις.

Οι κλινικά διαθέσιμοι στοχευμένοι παράγοντες για την θεραπεία εξελιγμένου καρκινώματος νεφρικών κυττάρων (RCC) περιλαμβάνουν τους sunitinib, sorafenib και temsirolimus. Το Sorafenib και το sunitinib έχουν συσχετιστεί με αιμορραγία σε επιλεγμένες δοκιμές, αλλά τα κλινικά και ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά της γαστρεντερικής αιμορραγίας δεν περιγράφονται σωστά. Εδώ, αναφέρουμε τέσσερις περιπτώσεις με ανεπτυγμένα RCC στις οποίες η ενδοσκοπική αιμόσταση είναι αποτελεσματικά υψηλής ποιότητας, όπου απειλούν τη ζωή γαστρεντερικές αιμορραγίες που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια στοχευμένης θεραπείας. Μολονότι η στοματίτιδα και η βλεννογονίτιδα εμφανίστηκαν κατά την διάρκεια στοχευμένων θεραπειών, γαστρεντερικές αιμορραγίες που απειλούν τη ζωή είναι λιγότερο κοινές. Σε αυτούς τους τέσσερις ασθενείς, η αιτία της γαστρεντερικής

αιμορραγίας, εντοπίστηκε και επετεύχθη με πλήρη ενδοσκοπική αιμόσταση. Οι ενδοσκοπήσεις αποκάλυψαν μεταβλητά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένων αγγειοδυσπλασίας, πολλαπλά στομαχικά έλκη και διαρρέουσα αιμορραγία του κανονικού βλεννογόνου. Αν και οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διάγνωσης και θεραπείας είναι θέμα συζήτησης, οι ενδοσκοπικές εξετάσεις εκτελούνται καλύτερα πριν ξεκινήσουν οι στοχευμένες θεραπείες. Επιπλέον, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται ακόμη και για σπάνιες περιπτώσεις που απειλούν τη ζωή.

10. Overview of recurrent chromosomal losses in retinoblastoma detected by low coverage next generation sequencing.

Genes are frequently lost or gained in malignant tumors and the analysis of these changes can be informative about the underlying tumor biology. Retinoblastoma is a pediatric intraocular malignancy, and since deletions in chromosome 13 have been described in this tumor, we performed genome wide sequencing with the Illumina platform to test whether recurrent losses could be detected in low coverage data from DNA pools of Rb cases. An in silico reference profile for each pool was created from the human genome sequence GRCh37p5; a chromosome integrity score and a graphics 40 Kb window analysis approach, allowed us to identify with high resolution previously reported non random recurrent losses in all chromosomes of these tumors. We also found a pattern of gains and losses associated to clear and dark cytogenetic bands respectively. We further analyze a pool of medulloblastoma and found a more stable genomic profile and previously reported losses in this tumor. This approach facilitates identification of recurrent deletions from many patients that may be biological relevant for tumor development.

Επισκόπηση των περιοδικών χρωμοσωμικών απωλειών στο ρετινοβλάστωμα που εντοπίστηκαν από χαμηλής κάλυψης επόμενης γενιάς αλληλουχίες.

Τα γονίδια συχνά χάνονται ή αποκτούνται σε κακοήθεις όγκους και η ανάλυση αυτών των αλλαγών μπορεί να είναι κατατοπιστική για τη γενική βιολογία του καρκινικού όγκου. Το ρετινοβλάστωμα είναι μια παιδιατρική ενδοφθάλμια κακοήθεια και επειδή έχουν περιγραφεί διαγραφές στο χρωμόσωμα 13 σε αυτόν τον όγκο, έχουμε ερευνήσει αλληλουχίες του ευρέως γονιδιώματος με την πλατφόρμα Illumina για να ελέγξουμε εάν μπορούσαν να εντοπιστούν επαναλαμβανόμενες απώλειες σε

χαμηλή κάλυψη δεδομένων από περιπτώσεις ομάδων DNA του Rb. Ένα in silico προφίλ αναφοράς για κάθε ομάδα δημιουργήθηκε από την ακολουθία GRCh37p5 του ανθρώπινου γονιδιώματος. Ένα αποτέλεσμα της ακεραιότητας του χρωμοσώματος και μια προσέγγιση ανάλυσης του ορίου γραφικών 40 Kb, μας επέτρεψε να προσδιορίσουμε με υψηλή ανάλυση προηγουμένως, μη τυχαία αναφερθείσες απώλειες σε όλα τα χρωμοσώματα των όγκων αυτών. Επίσης βρήκαμε ένα μοτίβο όσον αφορά τα κέρδη και τις ζημιές που σχετίζονται με καθαρούς και σκοτεινούς κυτταρογενετικούς δεσμούς, αντίστοιχα. Αναλύουμε περαιτέρω μια ομάδα μεδουλοβραστομάτων και βρέθηκε ένα πιο σταθερό γονιδιωματικό προφίλ και προηγουμένως αναφερόμενες απώλειες σε αυτόν τον όγκο. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει την αναγνώριση των επαναλαμβανόμενων διαγραφών από πολλούς ασθενείς που μπορεί να έχει βιολογική σημασία για την ανάπτυξη του καρκινικού όγκου.

11. Hypertension management in patients with renal cell cancer treated with anti-angiogenic agents.

Inhibitors of the vascular endothelial growth factor (vegf-is) signalling pathway have fundamentally changed the treatment of metastatic renal cell carcinoma (mrc). Hypertension is one of the most common side effects of vegf-is and has been reported with almost every vegf-i used for treatment to date. The exact mechanism of vegf-i-induced hypertension appears complex and multifactorial, and it remains to be fully explained. No randomized clinical trials are available to guide the management of hypertension during vegf-i treatment in mrc patients. The guiding principles suggested here summarize the consensus of opinions on the diagnosis and management of vegf-i-induced hypertension during treatment of mrc obtained from an expert working group composed of 4 Canadian medical oncologists and 5 Canadian hypertension specialists. The Canadian Hypertension Education Program guidelines, available literature, and expert opinion were used to develop the guiding principles.

Διαχείριση υπέρτασης σε ασθενείς με καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων όπου χρησιμοποιούνται αντιαγγειογενής παράγοντες.

Αναστολείς του σηματοδότη του αγγειακού ενδοθηλιακού παράγοντα (vegf-) έχουν αλλάξει ριζικά την αντιμετώπιση των μεταστατικών καρκινωμάτων των νεφρικών

κυττάρων (mRCC). Η υπέρταση αποτελεί μία από τις πιο κοινές παρενέργειες του vegf-i και έχει αναφερθεί με σχεδόν κάθε vegf-i που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία τους μέχρι σήμερα. Ο ακριβής μηχανισμός της υπέρτασης που προκαλείται από το vegf-i φαίνεται πολύπλοκος και πολυπαραγωγικός, και δεν έχει εξηγηθεί πλήρως. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες τυχαίες κλινικές δοκιμές ώστε να οδηγήσουν στην διαχείριση της υπέρτασης κατά την διάρκεια της θεραπείας με vegf-i στους ασθενείς με mRCC. Οι κατευθυντήριες αρχές που προτείνονται εδώ συνοψίζουν την συναίνεση των απόψεων για τη διάγνωση και τη διαχείριση της υπέρτασης λόγω του vegf-i κατά τη διάρκεια της θεραπείας των mRCC που προέρχονται από μια εμπειρογνώμονα ομάδα εργασίας αποτελούμενη από 4 Καναδούς ιατρικούς ογκολόγους και 5 Καναδούς ειδικούς υπέρτασης. Οι αρχές του Καναδικού Εκπαιδευτικού Προγράμματος Υπέρτασης, η διαθέσιμη βιβλιογραφία, και γνώμες εμπειρογνομώνων χρησιμοποιήθηκαν για να αναπτύξουν τις κατευθυντήριες αρχές.

12. An update on current management of advanced renal cell cancer, biomarkers, and future directions.

In the past decade, metastatic renal cell carcinoma (mRCC) treatment underwent significant advancement that resulted in an unprecedented improvement in the prognosis of this disease. This review will provide an updated review of currently approved treatment options, namely antiangiogenic and immunotherapy, as well as treatment guideline recommended by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN). We will summarize studies ongoing in determining prognostic and predictive biomarkers in maximizing therapeutic benefit in the treatment of this disease. Lastly, we will discuss promising agents in clinical testing.

Μια ενημέρωση για την τρέχουσα διαχείριση των ανεπτυγμένων καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων, βιοδείκτες και μελλοντικές κατευθύνσεις.

Κατά την τελευταία δεκαετία, η θεραπεία των μεταστατικών καρκινωμάτων νεφρικών κυττάρων (mRCC) υπέστη σημαντική πρόοδο, η οποία οδήγησε σε μια άνευ προηγουμένου βελτίωση στην πρόγνωση της νόσου αυτής. Η ανασκόπηση αυτή θα παράσχει μια ενημερωμένη αναθεώρηση των ήδη εγκεκριμένων επιλογών θεραπείας, συγκεκριμένα της αντιαγγειογενικής και της ανοσο-θεραπείας, καθώς και τις αρχές θεραπείας που συνιστανται από τον Εθνικό Ολοκληρωμένο Δίκτυο Καρκίνου (NCCN). Θα συνοψίσουμε τις μελέτες που διεξάγονται για τον καθορισμό της πρόγνωσης και πρόβλεψης των βιοδεικτών, μεγιστοποιώντας την θεραπευτική

αντιμετώπιση της νόσου αυτής. Τέλος, συζητήσαμε ελπιδοφόρους παράγοντες σε κλινικές δοκιμές.

13. Good tolerability, long-term survival and easy management of side effects in a patient with metastatic renal cell carcinoma treated with pazopanib.

In recent years many new agents have been introduced into clinical practice to treat metastatic renal cell carcinoma. Some of these agents are tyrosine kinase inhibitors, which have different adverse events compared to chemotherapy or immunotherapy. We describe the case of a man treated with pazopanib as first-line therapy for metastatic disease, demonstrating the efficacy, good tolerability and easy management of some side effects of this tyrosine kinase inhibitor. The patient, who presented with lung metastases, started therapy in November 2012 and was alive and in continuous response at the time of writing (November 2014). We controlled the elevation of transaminase levels with low-dose corticosteroid administration. The patient had no other significant adverse events (apart from dysgeusia and grade 1 diarrhea), he had good quality of life, and his performance status throughout the treatment was very good (ECOG 0).

Καλή ανεκτικότητα, μακροπρόθεσμη επιβίωση και εύκολη διαχείριση των παρενεργειών σε ασθενή με μεταστατικό καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων όπου χρησιμοποιείται pazopanib.

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί νέοι παράγοντες έχουν εισαχθεί στην κλινική πρακτική για την θεραπεία των μεταστατικών καρκινωμάτων των νεφρικών κυττάρων. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι οι αναστολείς τυροσίνης κινασίνης, οι οποίοι έχουν διαφορετικά δυσμενή γεγονότα, σε σύγκριση με χημειοθεραπείες ή ανοσοθεραπείες. Περιγράφουμε την περίπτωση ενός ανθρώπου που θεραπεύεται με pazopanib ως πρώτης γραμμής θεραπεία για την μεταστατική ασθένεια του, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητα, την καλή ανεκτικότητα και την εύκολη διαχείριση ορισμένων παρενεργειών αυτών των αναστολών τυροζίνης κινασίνης. Ο ασθενής, ο οποίος παρουσίασε μετάσταση καρκίνου στους πνεύμονες, άρχισε τη θεραπεία το Νοέμβριο του 2012 και ήταν ζωντανός και σε συνεχή ανταπόκριση κατά τη στιγμή της σύνταξης (Νοέμβριος 2014). Ελέγχουμε την αύξηση των τρανσαμινασών με χαμηλές δόσεις κορτικοστεροειδών. Ο ασθενής δεν είχε κάποια άλλα σημαντικά δυσμενή γεγονότα (εκτός από δυσγευσία και βαθμού 1 διάρροια),

είχε καλή ποιότητα ζωής, και η απόδοσή του καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ήταν πολύ καλή (ECOG 0).

14. Renal cell carcinoma arising in ipsilateral duplex system.

Congenital anomalies of the kidney and urinary tract are common and include a wide anatomic spectrum. Duplex systems are one of the more common renal anomalies, with the majority being asymptomatic. Little is known about the molecular pathogenesis of these anomalies; however, certain causative genes have been implicated. The finding of renal cell carcinoma arising in a kidney with the duplication of pelvicalyceal system and ureters, as in the present case, is uncommon. The association between a duplex system and renal cell carcinoma may be more than a coincidence, requiring a deeper insight and further elucidation.

Καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων που προκύπτουν σε σύστημα αμφίδρομο σύστημα.

Οι συγγενείς ανωμαλίες των νεφρών και της ουροφόρου οδού είναι κοινές και περιλαμβάνουν ένα ευρύ ανατομικό φάσμα. Τα αμφίδρομα συστήματα (duplex) είναι από τις πιο κοινές νεφρικές ανωμαλίες, με την πλειοψηφία να είναι ασυμπτωματική. Λίγα είναι γνωστά για την μοριακή παθογένεση αυτών των ανωμαλιών· ωστόσο, ορισμένα αιτιολογικά γονίδια ενοχοποιούνται. Η ανακάλυψη των καρκινωμάτων των νεφρικών κυττάρων που προκύπτουν από ένα νεφρό, με το διπλασιασμό του πελβικαλυτικού συστήματος και των ουρητήρων, όπως στην παρούσα περίπτωση, είναι ασυνήθιστη. Η σύνδεση μεταξύ του συστήματος διπλής όψης και των καρκινωμάτων των νεφρικών κυττάρων μπορεί να είναι κάτι περισσότερο από μια απλή σύμπτωση, απαιτώντας μια βαθύτερη γνώση και περαιτέρω διευκρινίσεις.

15. Cardiac metastasis from renal cell carcinoma successfully treated with pazopanib: impact of TKIs' antiangiogenic activity.

Cardiac metastasis from renal cell carcinoma, especially without neoplastic thrombosis of the vena cava, is extremely rare. The prognosis of patients with metastatic renal cell carcinoma has been radically influenced by the introduction of tyrosine kinase inhibitors, but very few reports in the literature have described their

activity in heart metastasis. We report the case of a woman with a left ventricle metastasis from kidney cancer without renal vein involvement, who was treated with pazopanib. The patient achieved a prolonged partial response, with clear signs of metastasis devascularization and a favorable toxicity profile.

Καρδιακή μετάσταση από καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με pazopanib: επίδραση της αντιαγγειογενή δραστηριότητα των TKIs.

Η καρδιακή μετάσταση από καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων, ιδιαίτερα χωρίς νεοπλαστικές θρομβώσεις της vena cava, είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η πρόγνωση των ασθενών με μεταστατικά καρκινώματα νεφρικών κυττάρων έχει ριζικά επηρεαστεί από την εισαγωγή των αναστολέων τυροζίνης κινασίνης, αλλά πολύ λίγες αναφορές στη βιβλιογραφία έχουν περιγράψει τη δραστηριότητά τους στην καρδιακή μετάσταση. Έχουμε την περίπτωση μιας γυναίκας με μετάσταση στην αριστερή κοιλία από τον καρκίνο του νεφρού χωρίς την συμμετοχή νεφρικών φλεβών, η οποία θεραπεύθηκε με pazopanib. Η πατέντα πέτυχε με παρατεταμένη μερική ανταπόκριση, με σαφή σημάδια απαγγειώδη μετάστασης και ένα ευνοϊκό προφίλ τοξικότητας.



Βιβλιογραφία

- Αρχοντάκης Σ. (2009). **Βασικές Αρχές Νοσηλευτικής Ογκολογικών Παθήσεων**. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Βασιλειάδου Α. (2008) **Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για συνεργατική φροντίδα**. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα Τόμος III, 5^η Έκδοση.
- Βεγεμέζης Β. (2004) **Ο Νεφρός με μια ματιά**. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού.
- Bourdeanu L, Twardowski P, Pal SK. (2011) **Nursing considerations with pazopanib therapy: focus on metastatic renal cell carcinoma**. *Usa Clin J Oncol Nurs*.
- Cakmak O, Isoglu CS, Peker EA, Tarhan H, Kucuk U, Celik O, Zorlu F, Ilbey YO. (2016) **Renal cell carcinoma in patient with crossed fused renal ectopia**. *Usa Clin J Oncol Nurs*.
- Creel PA. (2014) **Optimizing patient adherence to targeted therapies in renal cell carcinoma**. *Usa: Clin J Oncol Nurs*.
- Δεληβελιώτης Χ. (2009) **Ουρολογία**. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Escudier B, Osanto S, Ljungberg B, Porta C, Wagstaff J, Mulders P, Gore M, Bex A, Bellmunt J, Bracarda S, Franklin A, Honoré PH, Ravaud A, Steijn Jv, Aziz Z, Akaza H. (2012) *Clin J Oncol Nurs*.
- Frascaroli M, Cesare P. (2014) **Good tolerability, long-term survival and easy management of side effects in a patient with metastatic renal cell carcinoma treated with pazopanib**. *Usa Clin J Oncol Nurs*.
- Fujihara S, Mori H, Kobara H, Nishiyama N, Ayaki M, Ohata R, Ueda N, Sugimoto M, Kakehi Y, Masaki T. (2015) **Uncommon gastrointestinal bleeding during targeted therapy for advanced renal cell carcinoma: A report of four cases**. *Clin J Oncol Nurs*.
- Κατσικάς Β. (2005) **Παθήσεις του Ουροποιογεννητικού Συστήματος, Διάγνωση-Θεραπεία**. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Καρδάση Α., 2006. **Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες)**. Τόμος 1,2,3. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Κωστάκης Α. (2004) **Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων**. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
- Λαμπρινού Α. & Λεμονίδου Χ. (2009) **Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: έννοιες και πρακτική**. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Larochelle P., Kollmannsberger C., Feldman D., Schiffrin E., Poirier L., PharmD, Patenaude F., Ruether D., Myers M., Mand G., Bjarnason G., (2012) **Hypertension management in patients with renal cell cancer treated with anti-angiogenic agents**. *Oxford: Clin J Oncol Nurs*.

- Lemone P. & Burke K. (2006) **Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά της Φροντίδα του Ασθενούς**. Τρίτη Έκδοση edn. Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.
- Mattison T. (2006) **The Forgotten Spiriti Integration of Sspirituality in Health Care**. Usa: Nephrol News Issues.
- Mohan H, Kundu R, Dalal U. (2014) **Renal cell carcinoma arising in ipsilateral duplex system**. Turk: J Urol.
- Μπανκούσλι Ι. (2008) **Πρακτική Προσέγγιση στην Κλινική Ογκολογία**. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
- Noble H, Page K. (2012) **Renal cell cancer: nurses' role in prevention and management**. Br J Nurs.
- Netter M. D., Susan E. Mulroney, Adam K. Myers., (2010) trans Ανωγειανάκης Γ. 2010. **Netter's Essential Physiology**. Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Parekh H, Griswold J, Rini B. (2016) **Axitinib for the treatment of metastatic renal cell carcinoma**. Future Oncol.
- Patel C, Ahmed A, Ellsworth P. (2012) **Renal cell carcinoma: a reappraisal**. Urol Nurs.
- Πεκτασίδης Δ. (2004) **Ουρολογική Ογκολογία**. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Price A. (2003) **Resources for Planning Palliative and-of-Life Care for Patients with Kindey Disease**. Salt Lake City, Ut, Usa: Nephrol Nurs J. Nephrology Associates.
- Πυρπασόπουλος Μ. (2006) **Θέματα Νεφρολογίας**. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Richard D., Wayne V., Adam V. Mitchell W. (2007) **Grays Anatomy for Students** trans Σκανδαλάκης Π. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης Α.Ε
- Schinzari G., Monterisi S., Signorelli D., Cona S., Cassano A., Danza F., Barone C., (2014) **Cardiac metastasis from renal cell carcinoma successfully treated with pazopanib: impact of TKIs' antiangiogenic activity**. Tumori
- Χανιώτης Φ., Χανιώτης Δ. (2009) **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**. Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ.
- Zhang W., Tan A., Blumenfeld J., Liu G., Michael A., Zhang T., Robinson BD., Salvatore SP., Kapur S., Donahue S., Bobb WO., Rennert H., (2015) **Papillary renal cell carcinoma with a somatic mutation in MET in a patient with autosomal dominant polycystic kidney disease**. Urol Nurs.
- Zhi WI, Kim JJ. (2014) **An update on current management of advanced renal cell cancer, biomarkers, and future directions**. Urol Nurs: Ann Cancer Res.