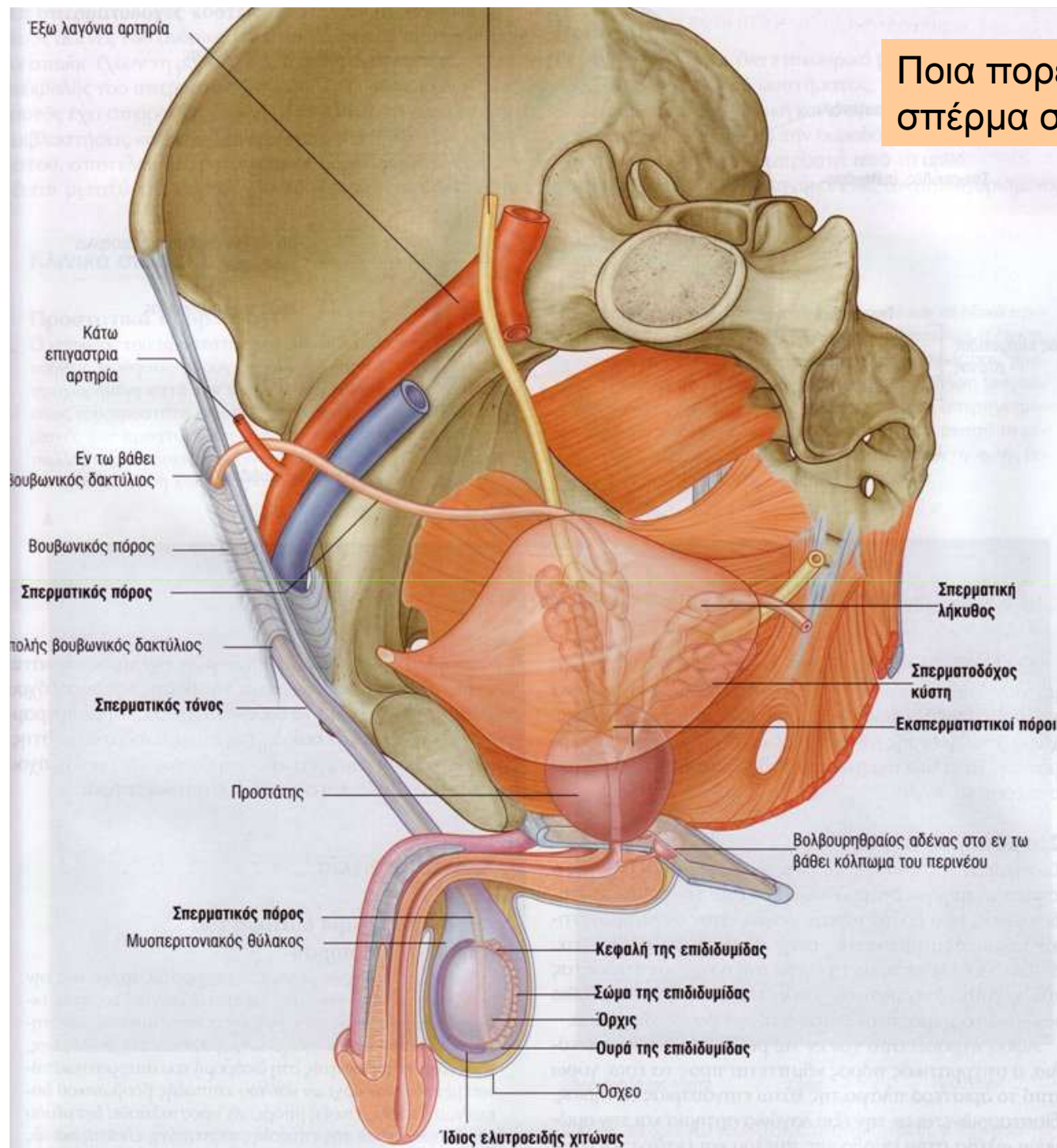


Καλοήθης υπερπλασία Προστάτη ΚΥΠ

Καρκίνος Προστάτη



Ποια πορεία ακολουθεί το σπέρμα στην εκσπερμάτωση?

Ο Σπερματικός πόρος (60εκ.) μέσα στον σπερματικό τόνο

Έπειτα φέρεται στην οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης και σχηματίζει την **σπερματοδόχο κύστη (εκσφενδόνιση)**

Συνεχίζει ως **εκσπερματικός πόρος** διαμέσω του προστάτη για να εισβάλλει στην **προστατική μοίρα της ουρήθρας**.

ΚΥΠ

- **Υπερτροφία** αν διογκώνονται τα αδενικά κύτταρα του προστάτη
- **Υπερπλασία** αν σχηματίζονται οζίδια στους περιουρηθραίους αδένες.
- Το αποτέλεσμα είναι η συμπίεση της ουρήθρας προκαλώντας μερική ή πλήρη απόφραξη της ροής.
- Δυσουρία, συχνουρία, αιματουρία, ελάττωση της ροής των ούρων, αίσθημα ατελούς κένωσης, σταγόνες μετά την ούρηση, επίσχεση ούρων
- ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ:
 - Διουρηθρική προστατεκτομή (TUR-P)
 - Διπολική διαθερμία TURIS
 - Εξάχνωση (greenlight laser)

Ca Προστάτη-Γενικές πληροφορίες

- Άνω των 65 ετών
- Θεραπεύεται και υπάρχει μακροημέρευση
- Οι πρωτογενείς καρκίνοι είναι αδενοκαρκινώματα του επιθηλιακού ιστού.
- Μετάσταση μέσω λεμφικής και φλεβικής οδού, και άμεση επέκταση στην ουροδόχο κύστη.
- Ο θάνατος επέρχεται από τις μεταστάσεις στα οστά συνήθως.

Κλινικές εκδηλώσεις

- **Ουρογεννητικές**
 - Δυσουρία, συχνουρία, αιματουρία, ελάττωση της ροής των ούρων, ανώμαλος προστάτης στη δακτυλική εξέταση
- **Μυοσκελετικές**
 - Πόνος στα οστά, οσφυαλγία, μεταστατικός πόνος
- **Νευρολογικές**
 - Νευραλγία, αμφοτερόπλευρη αδυναμία κάτω άκρων, δυσλειτουργία του εντέρου
- **Συστηματικές**
 - Απώλεια βάρους, εύκολη κόπωση

Εξετάσεις & σταδιοποίηση

- PSA <4ng/mL (>10 =SOS)
- Δακτυλική εξέταση (εξετάζεται η σκληρότητα)
- Βιοψία υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη

Στάδια ανάπτυξης καρκίνου

- I. Περιορισμένος μη ψηλαφητός
- II. Περιορισμένος ψηλαφητός
- III. Επέκταση του όγκου έξω από την προστατική κάψα, επινέμηση της σπερματοδόχου κύστης
- IV. Επέκταση του όγκου στους γύρω ιστούς, ή απομακρυσμένες μεταστάσεις

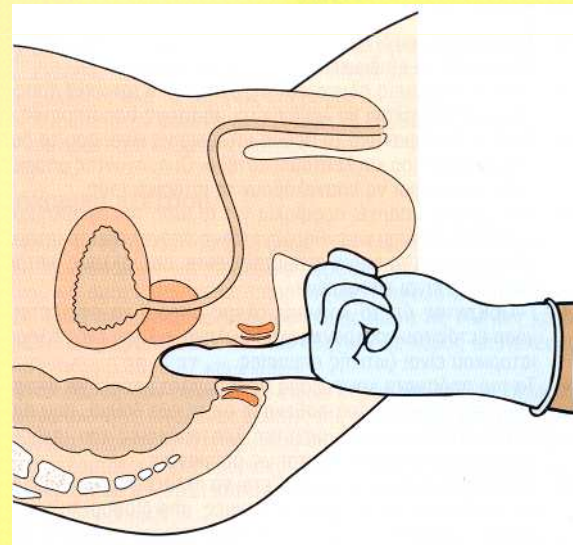
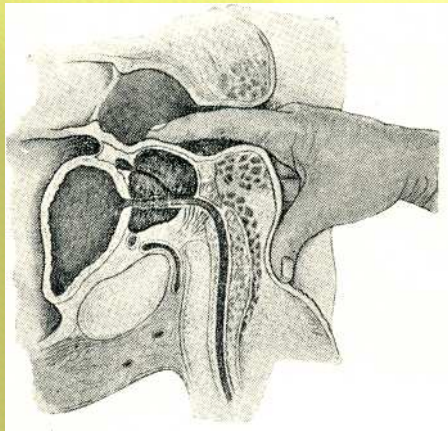
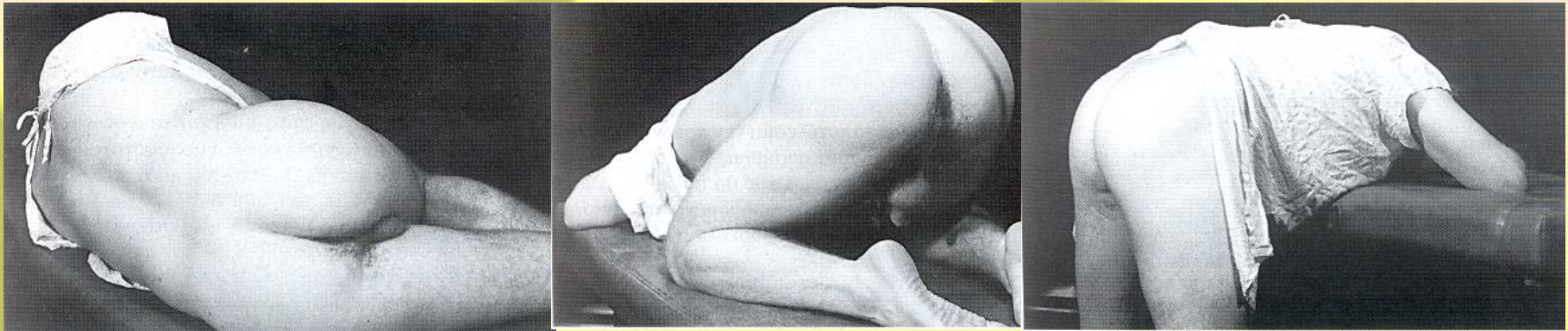
PSA

Το PSA αποτελεί ειδικό ένζυμο, ανήκει στις γλυκοπρωτεΐνες και παράγεται κυρίως από τα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη.
Η τιμή του αυξάνεται τόσο επί ΚΥΠ, όσο επί Ca.

Το μεγαλύτερο μέρος του PSA που προσδιορίζεται στο αίμα βρίσκεται συνδεδεμένο με την πρωτεΐνη α1-αντιχυμοθρυψίνη, ενώ μόνον μικρό μέρος του PSA βρίσκεται ελεύθερο (f-PSA).

Έρευνες έχουν δείξει ότι το free-PSA είναι ελαττωμένο σε καρκίνο, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην καλοήγη υπερπλασία.

Άρα: (f-PSA/t-PSA) είναι το πηλίκο του ελεύθερου προς το ολικό PSA (Αν<15% : αυξάνεται η πιθανότητα του καρκίνου),



Ριζική προστατεκτομή

Τι αφαιρείται:

Ο προστάτης, η προστατική κάψα, η σπερματοδόχος κύστη και ένα τμήμα του αυχένα της ουροδόχου κύστεως.

Επέμβαση με μεγάλη αιμορραγία και δυνητικές επιπλοκές:

1. Στυτική δυσλειτουργία
2. Στένωση ουρήθρας
3. Συρίγγιο
4. Ακράτεια ούρων
5. Κίνδυνος από την ίδια την εγχείρηση

Νοσηλευτική φροντίδα

- Οξύς πόνος
- Κίνδυνος για λοίμωξη
- Διαταραχή αποβολής ούρων
- Διαταραχή της εικόνας σώματος

Νοσηλευτική φροντίδα

- Συνεχείς πλύσεις μέσω ασκών 2-3 λίτρων της ουροδόχου κύστης προς αποφυγή δημιουργίας και πήξης με αιμάτωμα της ουροποιητικής οδού.
- Παρακολούθηση - μέτρηση - εκτίμηση των ούρων και τυχόν αιμορραγία στον ουροσυλλέκτη. Στερέωση χωρίς να τραβάει ο σάκος λόγω βαρύτητας.
- Στερέωση κάτω από το επίπεδο του σώματος
- Παρακολούθηση της ουρήθρας για τυχόν τοπικές επιπλοκές (πρήξιμο, πίεση από το Foley, κλπ)
- Φροντίδα ουρητηροστομίας σε ριζική κυστεκτομή
- Μέτρηση ουρίας - κρεατινίνης, οξεοβασικής ισορροπίας, ηλεκτρολυτών. Ειδικά σε νεοκύστες (από έντερο) υπάρχει κίνδυνος μεταβολικής οξέωσης λόγω επαναπορρόφησης ηλεκτρολυτών από το έντερο-νεοκύστη
- Ξέπλυμα με 30-60ml N/S 0,9% κάθε 4-6 ώρες την ειλεοκύστη (νεοκύστη) ώστε να καθαρίζεται από την εντερική βλέννη που ακόμη παράγεται - μπορεί να αποφράξει τους ουρητήρες.

ΟΓΚΟΙ ΚΥΣΤΗΣ

ΕΙΔΗ:

- 75% θηλωματώδης με μίσχο στην ουροδόχο κύστη. (επιφανειακοί μη διηθητικοί όγκοι που αιμορραγούν εύκολα και συχνά (αιματουρία).
- Αν διαγνωσθεί έγκαιρα, η 5ετής επιβίωση είναι 94%.
- Καρκίνωμα in situ διηθεί άμεσα και έχει κακή πρόγνωση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Άνδρας > 60, αστός

Καπνιστής

Έκθεση σε χρώματα και διαλύτες

Χρόνιες ουρολοιμώξεις ή λιθίαση της κύστης

Κλινικές εκδηλώσεις

1. Αιματουρία (μικρο-μακρο)
2. Συχνουρία, επιτακτική ούρηση, δυσουρία = Φλεγμονή γύρω από τον όγκο
3. Κωλικοειδή πόνο τύπου απόφραξης

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Γενική εξέταση ούρων
- Κυτταρολογική ούρων
- U/S κύστης
- ΕΦ πνευμογραφία
- Κυστεοσκόπηση ή ουρητηροσκόπηση
- Αξονική

Χειρουργική θεραπεία

1. Διουρηθρική αφαίρεση όγκου με ηλεκτροκαυτηρίαση (υψίσυχνο ρεύμα ή laser) (TUR)
2. Κυστεκτομή για την αντιμετώπιση διηθητικών κυττάρων (συνήθως ριζική κυστεκτομή)

(Ακολουθείται μετεμφύτευση των ουρητήρων για τη διούρηση)

ΜΗ ΕΓΚΡΑΤΗΣ ΕΚΤΡΟΠΗ ΟΥΡΩΝ

Η μη εγκρατής εκτροπή ούρων θεωρείται τεχνικά λιγότερο απαιτητική και σχετίζεται με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές⁴. Η μη εγκρατής εκτροπή ούρων πραγματοποιείται:

α. με άμεση αναστόμωση των ουρητήρων στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα (ουρητηροστομία).

β. Χρησιμοποιώντας τμήμα εντέρου και αναστόμωση στο κοιλιακό τοίχωμα (ουρητηρο-δερματική αναστόμωση)

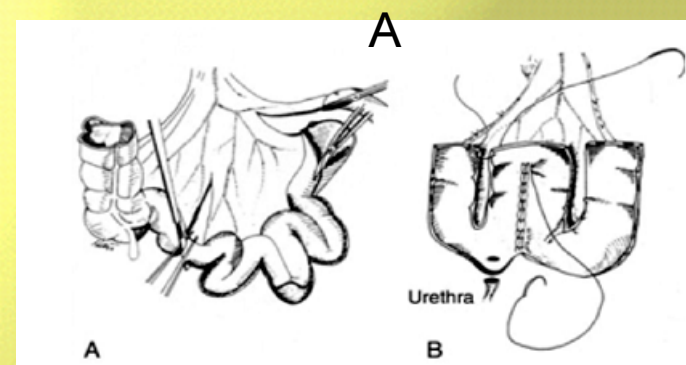
Τα τμήματα εντέρου που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για μη εγκρατή εκτροπή των ούρων είναι 15-25 εκ. ειλεού, κόλον και λιγότερο συχνά νήστιδας.

ΕΓΚΡΑΤΗΣ ΕΚΤΡΟΠΗ ΟΥΡΩΝ

A. Ορθότοπη νεοκύστη από λεπτό έντερο ή παχύ

B. Ετερότοπη

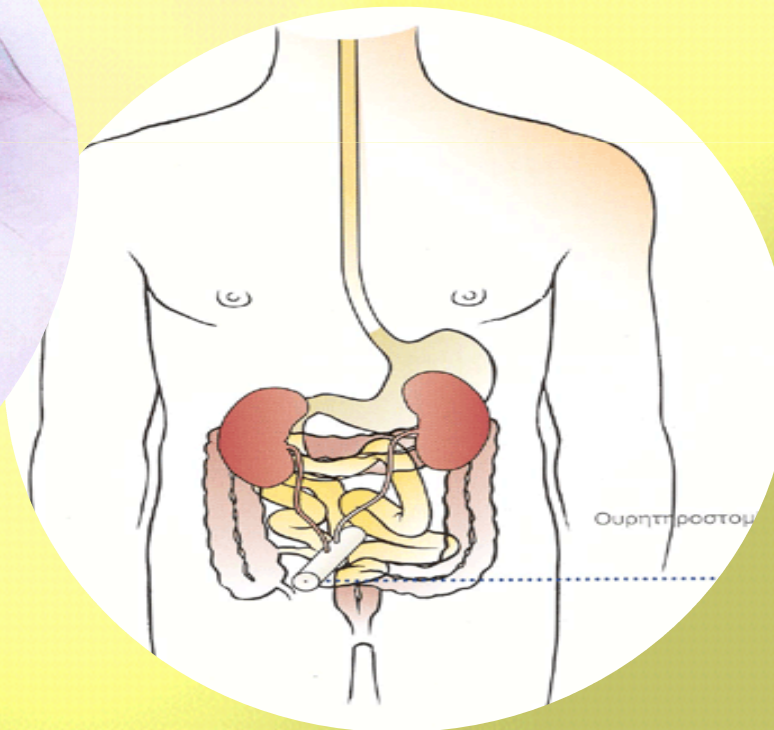
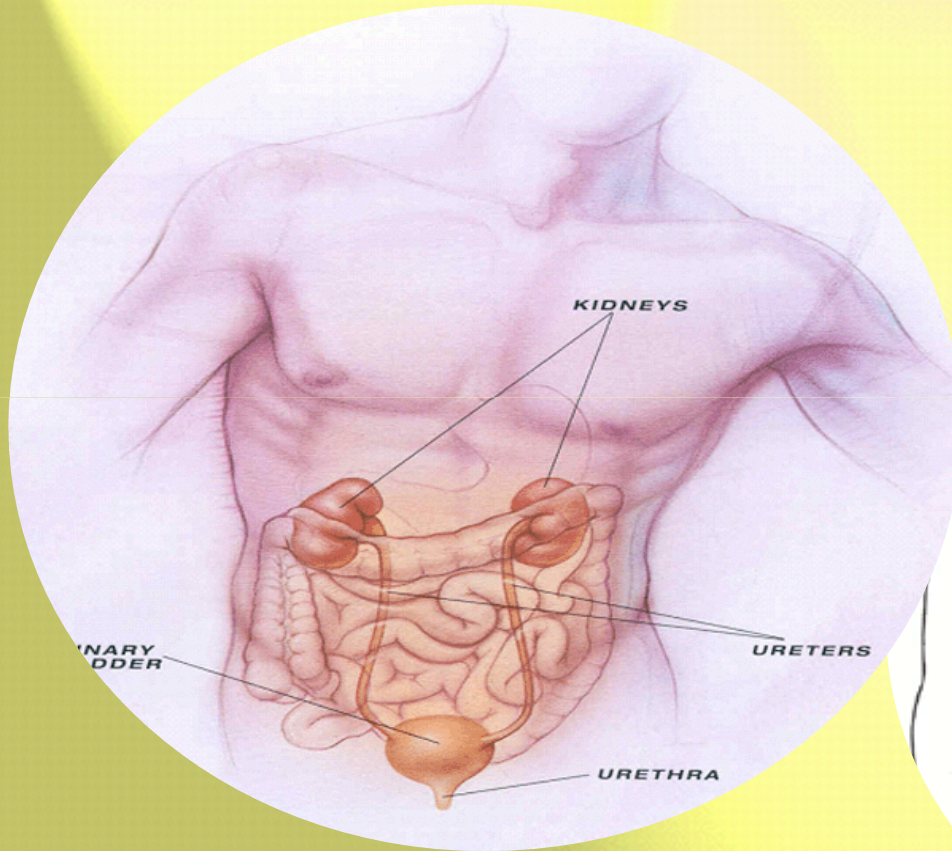
Γ. Ουρητηροσιγμοειδοστομία



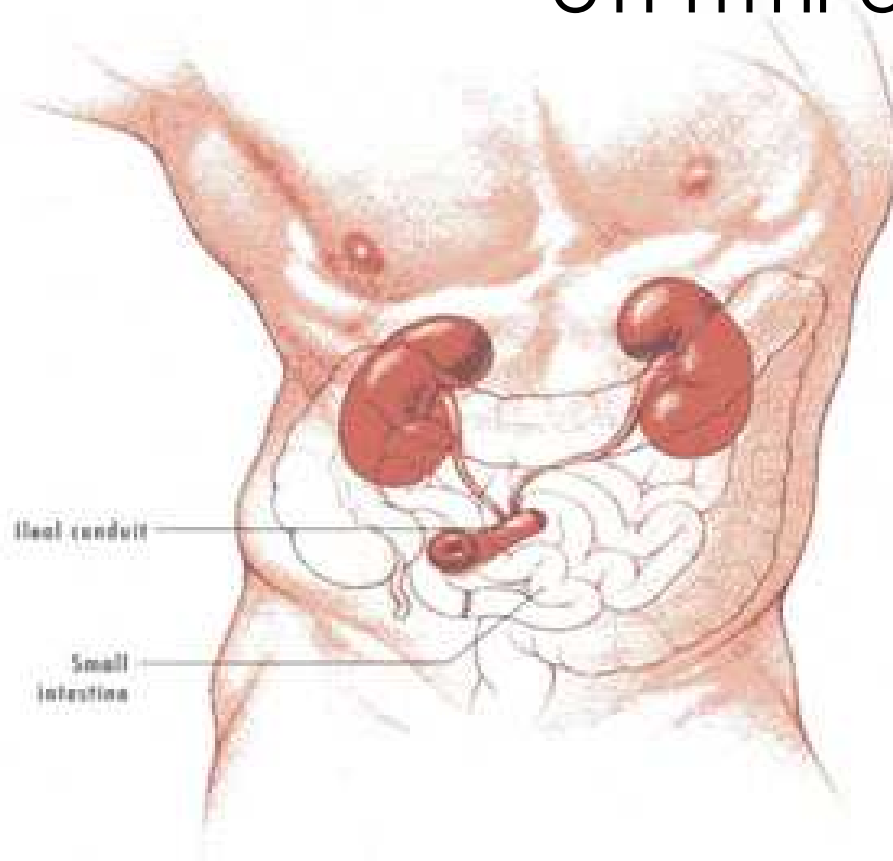
Επιπλοκές	Τύπος εκτροπής	Συχνότητα
Εντερική απόφραξη	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου Εγκρατής εκτροπή ούρων	10 % 4 % 4 %
Διαφυγή ούρων	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου Με χρήση ειλεού Με χρήση παχέος εντέρου	20 % 18 % 17 % 4 %
Απόφραξη ουρητηροεντερικής αναστόμωσης	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου Εγκρατής εκτροπή ούρων	8 % 9 % 4 %
Λιθίαση νεφρού	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου	7 % 5 %
Λιθίαση νεοκύστης	Εγκρατής εκτροπή ούρων	13 %
Πυελονεφρίτις	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου Εγκρατής εκτροπή ούρων	12 % 13 % 5 %
Έκπτωση νεφρικής λειτουργίας	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου	18 % 15 %
Οξέωση	Δεξαμενή λεπτού εντέρου Δεξαμενή παχέος εντέρου Εγκρατής εκτροπή ούρων : Με χρήση ειλεού Με χρήση παχέος εντέρου	15 % 5 % 8 % 27 %
Αιμορραγία	Από τη στομία Από το απομονωθέν τμήμα του εντέρου	10 % 4 %
Υπέρταση, Νεφρική ανεπάρκεια, Θάνατος		

Πίνακας 2 : Γενικές επιπλοκές εκτροπής των ούρων μέσω εντέρου

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑ



Τέτοιες αναστομώσεις είναι συνήθως μόνιμες και ο ασθενής φορά ένα εξωτερικό σάκο συλλογής των ούρων, αφού ο εκούσιος έλεγχος της αποβολής των ούρων από τη στομία δεν είναι δυνατός.

Η ουρητηροστομία είναι η χειρουργική αναστόμωση των ουρητήρων στο ένα άκρο ενός καθηλωμένου τμήματος του ειλεού αντί στην ουροδόχο κύστη.

Το άλλο άκρο του εντέρου χρησιμοποιείται για τη δημιουργία στομίας στο κοιλιακό τοίχωμα από όπου αποβάλλονται τα ούρα.

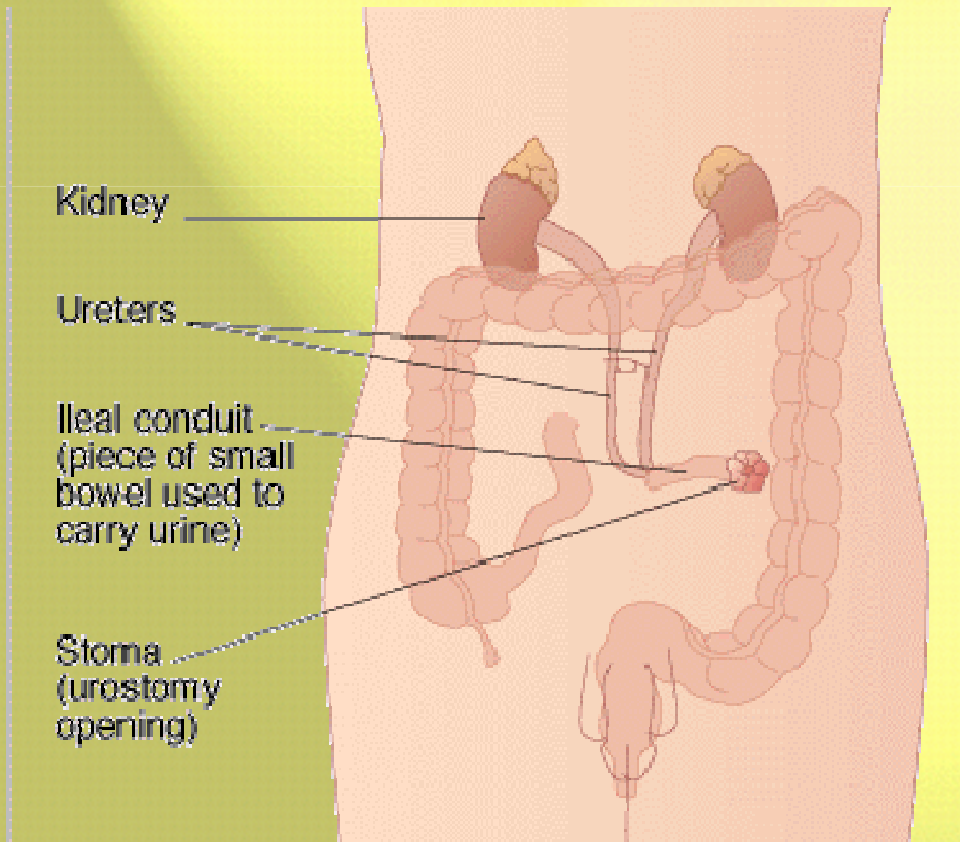
Κατά τη διάρκεια της επέμβασης η ουρητηροστομία στερεώνεται με ράμματα στο δέρμα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η ουρητηροστομία βρίσκεται στην δεξιά πλευρά, λίγο κάτω από το ύψος του ομφαλού.

Μερικές φορές όμως βρίσκεται σε άλλη θέση, ανάλογα με την εγχείρηση.

Διαδερμική ουρητηροστομία

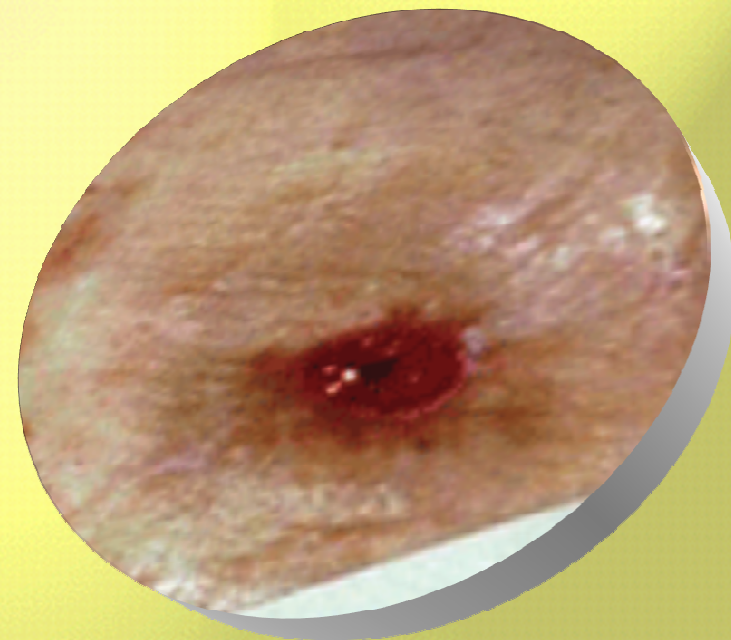
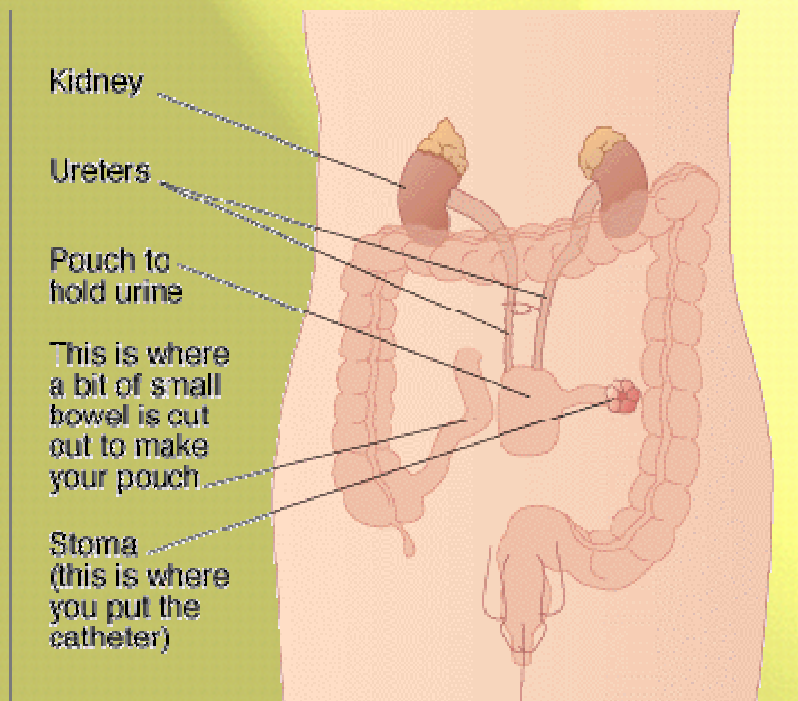
Εκτόμωση των ουρητήρων απευθείας στο κοιλιακό τοίχωμα.



Ουρητηρο-ειλεοστομία Ileal Conduit

Αποφράξεις ή όγκοι του ουροποιητικού συστήματος μπορεί να απαιτούν σε μερικούς ασθενείς την χειρουργική αναστόμωση και εκτροπή των ούρων με την δημιουργία στομίας.

Μετεμφύτευση των ουρητήρων σε απομονωμένο τμήμα ειλεού, που το ένα του άκρο ράβεται & κλείνεται ενώ το ανοικτό άκρο εκστομώνεται στο δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος.



ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- ☀ Μείωση φόβου & αγωνίας
- ☀ Ενθάρρυνση – ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και του περιβάλλοντός του
- ☀ Πληροφόρηση ασθενή για την διαδικασία της επέμβασης
- ☀ Συμπλήρωση εντύπου συγκατάθεσης για εκτέλεση χειρουργικής επέμβασης
- ☀ Ψυχολογική υποστήριξη για αποδοχή αλλαγής εικόνας σώματος που θα προκύψει λόγω αυτής της επεμβατικής τεχνικής
- ☀ Προετοιμασία εντέρου με χορήγηση υπακτικών – υποκλυσμό
- ☀ Αντιβιοτική προφύλαξη εντέρου με χορήγηση από το στόμα
Συνήθως: Νεομυκίνη 1gr x 3 - ερυθρομυκίνη 1gr x 3
- ☀ Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου από το ύψος των θηλών έως την μεσότητα των μηρών
- ☀ Δίαιτα χαμηλού υπολείμματος δύο ημέρες προ του χειρουργείου, την παραμονή του χειρουργείου χορήγηση υγρών έως 18.00 μμ και στη συνέχεια τίποτα από το στόμα

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- ☀ Παρακολούθηση - λήψη Ζωτικών Σημείων ανά 1 ώρα το πρώτο 24ωρο. Στη συνέχεια ανά 3 ώρες
- ☀ Ενδοφλέβια χορήγηση ορών - Ωριαία καταμέτρηση αποβαλλόμενων ούρων (Συσκευή ωριαίας μέτρησης ούρων)
- ☀ Χορήγηση ΕΦ αντιβιοτικής αγωγής - ΕΦ χορήγηση αναλγητικών ή επισκληρίδιος αναλγησία
- ☀ Εργαστηριακός Έλεγχος
- ☀ Έλεγχος στομίας για εμφάνιση αιμορραγίας – φλεγμονής
- ☀ Περιποίηση χειρουργικού τραύματος την 2^η – 3^η μετεγχειρητική ημέρα
- ☀ Στέρηση υγρών και τροφών από το στόμα έως ένδειξης ενεργοποίησης του εντέρου
- ☀ Παρεντερική σίτιση
- ☀ Ψυχολογική υποστήριξη – Εκπαίδευση ασθενή-οικογένειας για ορθή χρήση υλικών
- ☀ Ενθάρρυνση για εκτέλεση αναπνευστικών ασκήσεων

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

- Πληροφορούμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί συσκευές ουρητηροστομίας που αποτελούνται από δύο τμήματα, έτσι ώστε να αλλάζεται μόνο:
 1. ο σάκος συλλογής χωρίς να χρειάζεται αφαίρεση
 2. της βάσης από το δέρμα.

Όταν αφαιρείται το επίθεμα πρέπει:

1. να αφαιρείται απαλά και προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των τριχών,
2. να αλλάζεται η συσκευή όταν η στομία εμφανίζει την ελάχιστη διαρροή ούρων,
3. να καθαρίζεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό
4. να τοποθετείται επίθεμα γάζας όταν έχει αφαιρεθεί ο σάκος, ώστε να αποφεύγεται η επαφή των ούρων με το δέρμα.
5. Εάν παρά τα μέτρα αποφυγής των παραπάνω προβλημάτων, η κατάσταση του δέρματος γύρω από την στομία δεν βελτιώνεται εντός 48 ωρών και εμφανίζονται συμπτώματα φλεγμονής θα πρέπει να συμβουλευτεί τον ιατρό και/ή τον ειδικό για τις στομίες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

-  Περιτονίτιδα
-  Χρόνιες & υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις
-  Ανάπτυξη κακοήθειας στο σημείο εμφύτευσης των ουρητήρων
-  Απόφραξη ροής ούρων
-  Νεφρική Ανεπάρκεια
-  Υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές
-  Μείωση γενετήσιας ορμής
-  Φόβος για ενδεχόμενη δυσσομία-διαρροή ούρων
-  Μείωση αυτοπεποίθησης – κατάθλιψη
-  Κοινωνική απομόνωση
-  Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενή

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες γύρω από το δέρμα της στομίας είναι αναμενόμενα:

1. η ερυθρότητα
2. το οίδημα της στομίας.
3. μικρού βαθμού αιμορραγία γύρω από την στομία
4. αιματηρά ούρα έως 48 ώρες

***** Χρήσιμη συμβουλή**

Ο ερεθισμός της περιστομιακής περιοχής μπορεί να οφείλεται:

- σε χημικό ερεθισμό λόγω της παρατεταμένης επαφής με τα ούρα,
- σε μηχανικό ερεθισμό λόγω συχνών αλλαγών της συσκευής και τέλος
- σε υπερβολικά έντονο καθαρισμό.

Σάκοι Συλλογής ούρων

Η εξωτερική συσκευή: μαλακός λαστιχένιος ή πλαστικός σάκος που είναι είτε μίας χρήσεως, είτε πολλαπλών χρήσεων.

Το άνω μέρος του σάκου έχει μία σταθερή επιφάνεια διαμέτρου ικανής να προσαρμόζεται στο μέγεθος της στομίας.

Οι επιφάνειες αυτές είναι σταθερά ασφαλισμένες γύρω από τη στομία με μία αδιάβροχη κολλητική ουσία ώστε να μην υπάρχει διαρροή των ούρων και ερεθισμός του δέρματος γύρω από την περιοχή της στομίας.

Το κάτω μέρος του σάκου, μπορεί να διαθέτει βαλβίδα παροχέτευσης, ενώ απαιτείται το άδειασμα του σάκου από το 1/3 έως τα 2/3, δηλαδή πριν γεμίσει.



ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΑΚΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Νεφροειδές

Φυσιολογικό Ορό 0,9%

Αποστειρωμένες γάζες

Γάντια Latex μιας χρήσεως

Σάκος ουρητηροστομίας

Βάση ουρητηροστομίας

Κολλητική ουσία – προστατευτικό δέρματος



ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

1. Ζητάμε από τον ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση στο κρεβάτι
2. Φοράμε γάντια μιας χρήσεως
3. Αφαιρούμε προσεκτικά την βάση του σάκου από το δέρμα. (Η βάση μπορεί να μείνει στο δέρμα από 3 έως 5 μέρες)
4. Καθαρίζουμε το δέρμα με φυσιολογικό ορό. Στεγνώνουμε την περιοχή γύρω από την στομία με γάζα χωρίς να ασκήσουμε τριβή.
5. Εφαρμόζουμε προστατευτικό δέρματος σε ακτίνα 5 εκατοστών γύρω από την στομία.
6. Εάν είναι απαραίτητο, μεγαλώνουμε την οπή της βάσης του σάκου & τοποθετούμε την βάση ζητώντας από τον ασθενή να προκαλέσει διάταση του κοιλιακού του τοιχώματος για καλή εφαρμογή.
7. Εφαρμόζουμε τον σάκο πάνω στην βάση (ο σάκος μπορεί να συνδεθεί & με ουροσυλλέκτη).
8. Απομακρύνουμε τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν.