

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΓΚΟΙ, ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ,
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.»**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: *ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΔΑΚΗΣ*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΝΤΩΝΙΑ ΒΑΓΕΝΑ
ΜΑΡΙΑ ΜΑΥΡΙΚΑΚΗ
ΕΥΤΥΧΙΑ ΜΟΥΖΑΚΙΤΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A´

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θεμελιώδεις αρχές για τη νεοπλασία
Στοιχεία ανατομίας
Εντόπιση οστικών όγκων
Ταξινόμηση των όγκων
Διάγνωση
Θεραπεία

B´

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Καλοήθεις οστικοί όγκοι
Όγκοι με προέλευση χόνδρινο ιστό
Όγκοι με προέλευση ινώδη συνδετικό ιστό
Όγκοι του αγγειακού ιστού των οστών
Όγκοι με προέλευση τον μυελό των οστών
Όγκοι των νεύρων των οστών
Όγκοι με ογκόμορφες βλάβες που μιμούνται
πρωτοπαθή
νεοπλάσματα των οστών
Νεοπλάσματα με αδιευκρίνιστη προέλευση

B´I

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών
1. Οστεοσάρκωμα
2. Παραοστικό ή παραφλοιώδες οστεοσάρκωμα
3. Χονδροσάρκωμα
4. Ινοσάρκωμα
5. Κακοήθες ινώδες ιστιοκύτωμα
6. Σάρκωμα Ewing
7. Πρωτοπαθές (non – Hodgki’ns) λέμφωμα του οστού
8. Πολλαπλούν μύελωμα ή πλασματοκυτταρικό
μύελωμα
9. Χόρδωμα
10. Αδαμαντίνωμα

**Γ.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

Όγκοι μαλακών μορίων

**Δ.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

Οστικές μεταστάσεις
Μεταστατικά νεοπλάσματα των οστών

**Ε.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

Ρευματολογικές εκδηλώσεις νεοπλασμάτων –
Παρανεοπλασματικά σύνδρομα

**ΣΤ.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

Νοσηλευτική παρέμβαση – Νοσηλευτική φροντίδα
Αρρώστων με νεοπλάσματα των οστών

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Ελλιπείς γνώσεις
2. Διαταραχή της φυσικής κινητικότητας
3. Μείωση της ασφάλειας, κίνδυνος λοίμωξης
4. Μείωση της ασφάλειας, λοίμωξη που σχετίζεται με αιμορραγία
5. Μείωση άνεσης και αλλαγή σωματικού ειδώλου
6. Θρεπτικό ανισοζύγιο
7. Μείωση δραστηριοτήτων, αίσθημα κόπωσης
8. Μείωση άνεσης, πόνος, δυσχέρεια
9. Θλίψη για προβλεπόμενη απώλεια-Αλλαγή σε λειτουργία ρόλου.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε
σε
Χημειοθεραπεία

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε
Ακτινοθεραπεία
Προεγχειρητική – Μετεγχειρητική φροντίδα σε

χειρουργική θεραπεία
Νοσηλευτική παρέμβαση σε ακρωτηριασμό κάτω
άκρους
Νοσηλευτική παρέμβαση σε ακρωτηριασμό άνω
άκρους

Νοσηλευτική παρέμβαση σε όγκους του μυελού των
οστών
Νοσηλευτική παρέμβαση σε αθεράπευτο κακοήθες
νεόπλασμα

Η. Μέτρα προστασίας του ιατρονοσηλευτικού
προσωπικού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Θ. Ψυχολογική παρέμβαση – προσέγγιση ατόμων με
όγκους ,
ΚΕΦΑΛΑΙΟ νεοπλάσματα οστών

Α.Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.
Β. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΤΟΥ

ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Γ. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΤΟΥ

ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΟΓΚΟΥΣ ,ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ

ΟΣΤΩΝ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όγκος (νεόπλασμα) είναι ένα σύνολο νοσηρών καταστάσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από άσκοπη, άτυπη, ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά διηθούν τους παρακείμενους υγιείς ιστούς και μεταφέρονται με την κυκλοφορία στους άλλους. Ο όγκος είναι δυνατό να αναπτυχθεί από οποιονδήποτε ιστό και να συνίσταται από οποιονδήποτε τύπο κυττάρων.

Το σύνολο των θανάτων από όλα τα νεοπλάσματα στην Ελλάδα ανέρχεται σε 19,4% του συνόλου όλων των θανάτων το έτος 1982.

Αντιστοιχούν σε 178,3 θανάτους ανά 100.000 πληθυσμού.

Προσβάλλει όλες τις ηλικίες, περισσότερο τη μεγάλη και μέση και λιγότερο τη νέα και παιδική. Και αυτό παρατηρείται και στα δύο φύλλα.

Αντίθετα η εντόπιση του μεταξύ ανδρών και γυναικών διαφέρει.

Διαφορές επίσης παρατηρούνται από φυλή σε φυλή, από λαό σε λαό της ίδιας φυλής και ακόμη από πληθυσμό σε πληθυσμό του ίδιου λαού.

Σαφής ερμηνεία των διαφορών αυτών δεν υπάρχει αν και αποδίδονται σε ορμονικούς παράγοντες, σε πρότυπα ζωής και σε διάφορες μεταβλητές του περιβάλλοντος.

Στην Ελλάδα ανιχνεύεται με προοδευτική αύξηση και οι εκδηλώσεις του δε διαφέρουν των άλλων χωρών.

Οι νέες περιπτώσεις καρκίνου με φθίνουσα συχνότητα όπως ταξινομούνται από την Στατιστική Υπηρεσία έχουν ως εξής: Καρκίνος μαστού – δέρματος – οστών, συνδετικού ιστού, καρκίνος πεπτικού συστήματος – περιτόναιου, καρκίνος αναπνευστικού συστήματος – ενδοθωρακικών οργάνων, καρκίνος ουρογεννητικών οργάνων, κ.λ.π.

Η προσβολή των οργανικών συστημάτων ποικίλλει στα διάφορα γεωργικά διαμερίσματα της χώρας.

Σε όλη την Ελλάδα οι καρκινοπαθείς το έτος 1980 ήταν 37.418 και το 1982 αυξήθηκαν σε 41.772 ενώ οι θάνατοι μειώθηκαν αντίστοιχα από 433 σε 409/1.000 καρκινοπαθείς.

Οι θάνατοι αυτοί ανά 100.000 κατοίκους το 1970 ήταν 132 και το 1982 αριθμούσαν 174 που είναι αύξηση 42%.

Από της ηλικίας 0-29 ετών δεν υπάρχει διαφορά συχνότητας προσβολής μεταξύ των δύο φύλων.

Από 30 έως 49 ετών οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα των αντρών.

Από της ηλικίας των 50 ετών και άνω το ποσοστό των νέων περιπτώσεων καρκίνων είναι μεγαλύτερο στους άντρες.

Παράγοντες που συσχετίζονται με τον καρκίνο είναι το κάπνισμα, η ρύπανση του περιβάλλοντος, η διατροφή, τα οινοπνευματώδη ποτά, η ακτινοβολία, διάφορα φάρμακα, η κληρονομικότητα – κυρίως για τους σπάνιους όγκους, νεοπλάσματα κ.ά.

Πίνακας 1.: Νέοι ασθενείς όγκων, νεοπλασμάτων ανά 10ετίες ηλικιών κατά την 5ετία 1978-1982, στην Ελλάδα.

Ομάδες ηλικιών										
Έτη - Φύλο	Σύνολο	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 +
1978 & τα δύο φύλα	16.426	142	141	246	556	1.713	3.080	4.747	4.416	1.302
Άντρες	9.369	85	76	133	210	662	1.651	2.875	2.843	787
Γυναίκες	7.057	57	65	113	346	1.051	1.429	1.872	1.573	515
1982 & τα δύο φύλα	18.519	227	168	258	632	1.678	3.560	4.748	5.043	1.714
Άντρες	10.406	126	102	136	225	633	1.833	2.823	3.208	1.037
Γυναίκες	8.113	101	66	122	407	1.045	1.727	1.925	1.835	677
Διαφορά & στα δύο φύλα % 1978-1982	+12,7	+59,8	+19,1	+4,8	+13,6	-2,0	+15,5	+0,02	+14,1	+31,6

Οι όγκοι γενικά προσβάλλουν, όπως αναφέρθηκε, συχνότερα τη μεγάλη ηλικία παρά τη μικρή. Δεν είναι όμως δυνατό να προσδιορισθεί μια συγκεκριμένη ηλικία, ή ένας συγκεκριμένος καρκίνος που εκδηλώνεται ειδικά πιο συχνά σε μια ορισμένη ηλικία.

Στην Ελλάδα οι θάνατοι από κακοήθη νεοπλάσματα παρουσιάζουν προοδευτική αύξηση. Ειδικότερα η αύξηση αυτή από το 1968 μέχρι το 1982 ανέρχεται σε 40,3%.

Οι νέες περιπτώσεις ογκολογικών περιστατικών επίσης αυξάνονται. Το έτος 1978 ήταν 16.426, το 1979 17.403 και το 1982 αριθμούσαν 18.519. Στην 5ετία 1978-1982 παρατηρείται αύξηση 12,7%.

Μεταξύ των ηλικιών 0-29 ετών οι περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούνται στο αρσενικό γένος. Από την ηλικία των 30 έως 49 ετών προσβάλλονται περισσότερο οι γυναίκες. Από 50 ετών και πάνω οι άντρες.

Η εντόπιση των όγκων, νεοπλασμάτων στα δύο φύλα έχει ως εξής: Στους άνδρες εντοπίζεται συχνότερα στο αναπνευστικό σύστημα, 26,1% και ακολουθεί το πεπτικό 20,6%.

Στις γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα «μαστός – δέρμα – οστά», σε ποσοστό 35,1%, έπεται το πεπτικό 17,7% και ακολουθεί το ουρογεννητικό σε ποσοστό 16,4%.

Η γεωγραφική κατανομή των νέων διαγνώσεων όγκων, νεοπλασμάτων ανά 100.000 κατοίκους ανέρχεται σ' όλη την Ελλάδα το έτος 1980 σε 192,6.

Την πρώτη θέση κατέχει η Μακεδονία, 228,2 και την τελευταία η Στερεά Ελλάδα, 133,8 ανά 100.000 κατοίκους.

Το ίδιο έτος παρατηρείται ότι μεγαλύτερη συχνότητα έχει ο καρκίνος «μαστού – δέρματος – οστών», σε ποσοστό 41,9% και έπεται του πεπτικού συστήματος 37,2%.

Η αιτία του καρκίνου δεν είναι γνωστή. Θεωρείται ότι περισσότεροι από έναν παράγοντα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του και υποστηρίζεται ότι η αρχική διαταραχή θα πρέπει να είναι σ' επίπεδο μικρότερο του μορίου.

Η πρόληψη του με τα σημερινά δεδομένα είναι επιπέδου οργάνων και όχι της υπομοριακής δομής.

Πίνακας 2.: Θάνατοι από όγκους, νεοπλάσματα ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα.

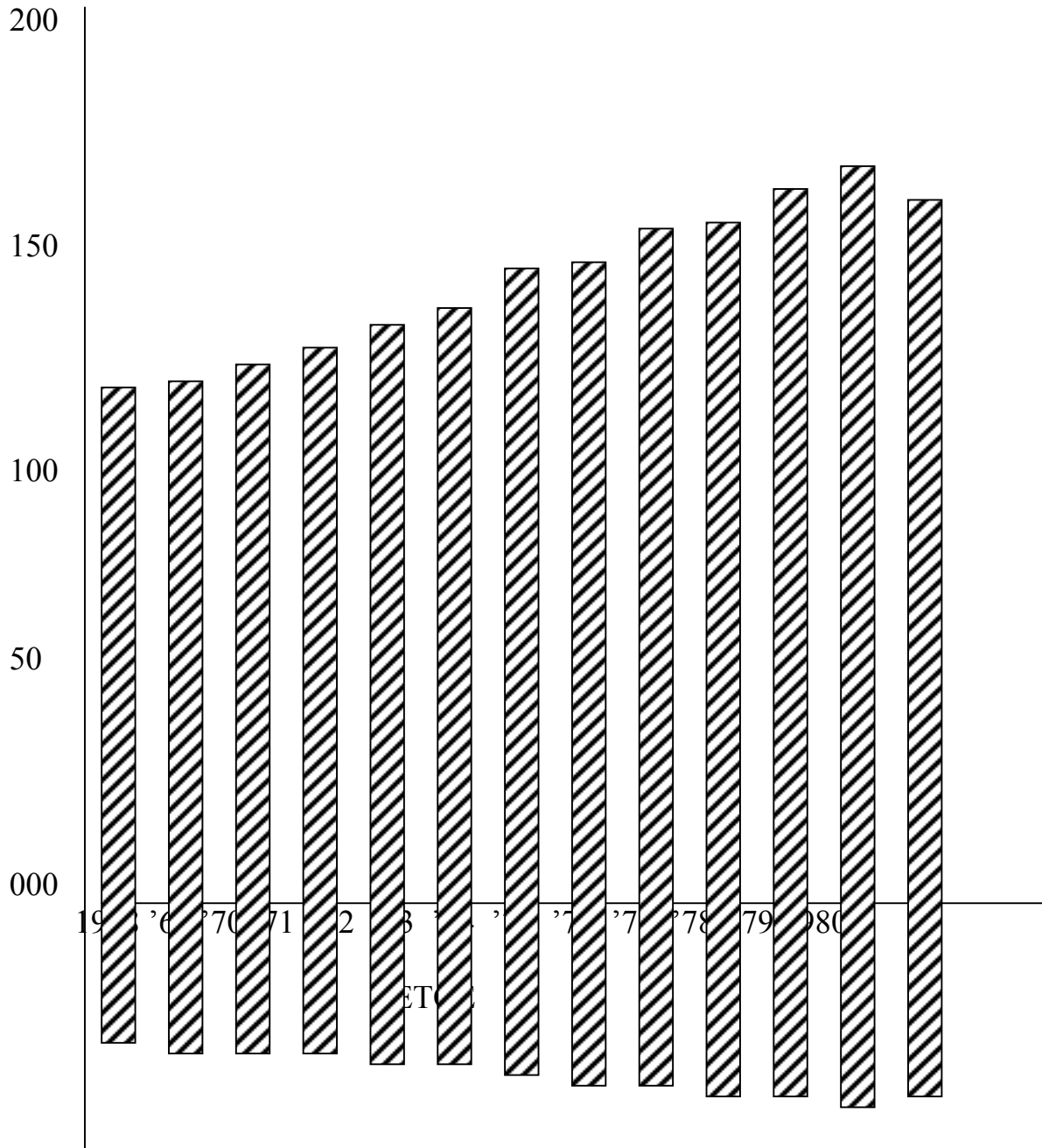
Έτος	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
------	------	------	------	------	------	------	------	------

Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους	124	128	132	135	142	142	151	155
Έτος	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	
Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους	164	165	169	173	168	171	174	

Η αύξηση μεταξύ 1968-1980 είναι 35%.

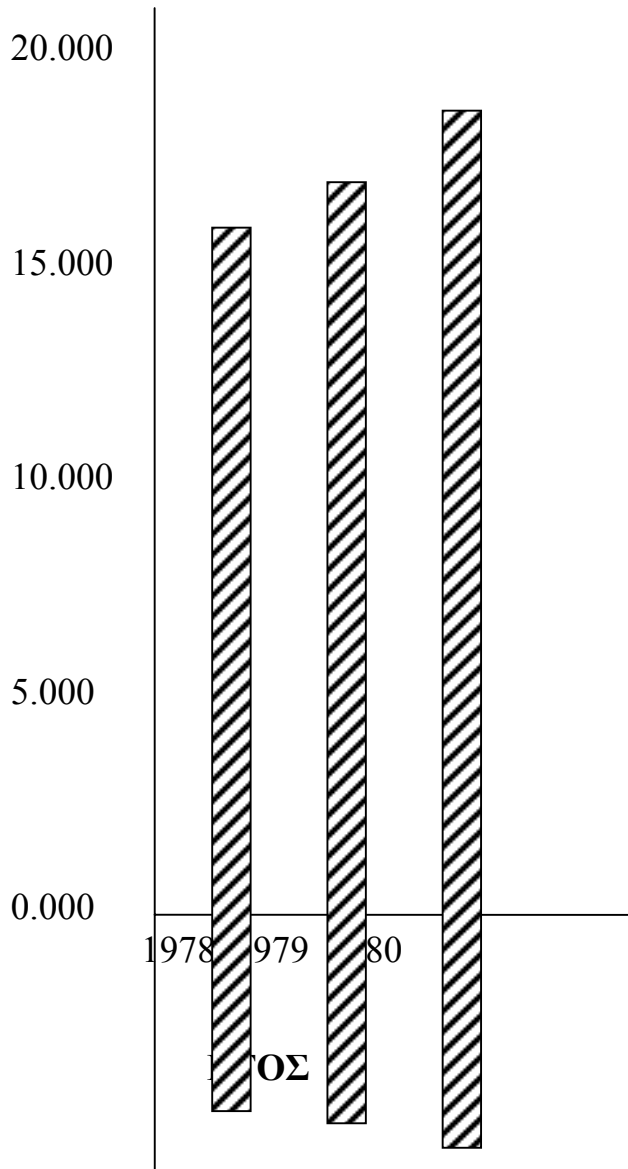
**ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 1. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΟΓΚΟΥΣ,
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΘΑΝΑΤΩΝ



**ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 2 ΝΕΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΟΓΚΩΝ, ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. 1978-1980**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΟΓΚΩΝ,
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



Πίνακας 3.: Γεωγραφική κατανομή νέων διαγνώσεων όγκων – νεοπλασμάτων ανά 100.000 κατοίκους της μόνιμης κατοικίας των προσβληθέντων.

ΑΘΗΝΑ	ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
230,5	204,8	191,6	184,1	182,7
ΗΠΕΙΡΟΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΚΡΗΤΗ	ΘΡΑΚΗ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ
158,8	156,1	155,5	148,1	129,8

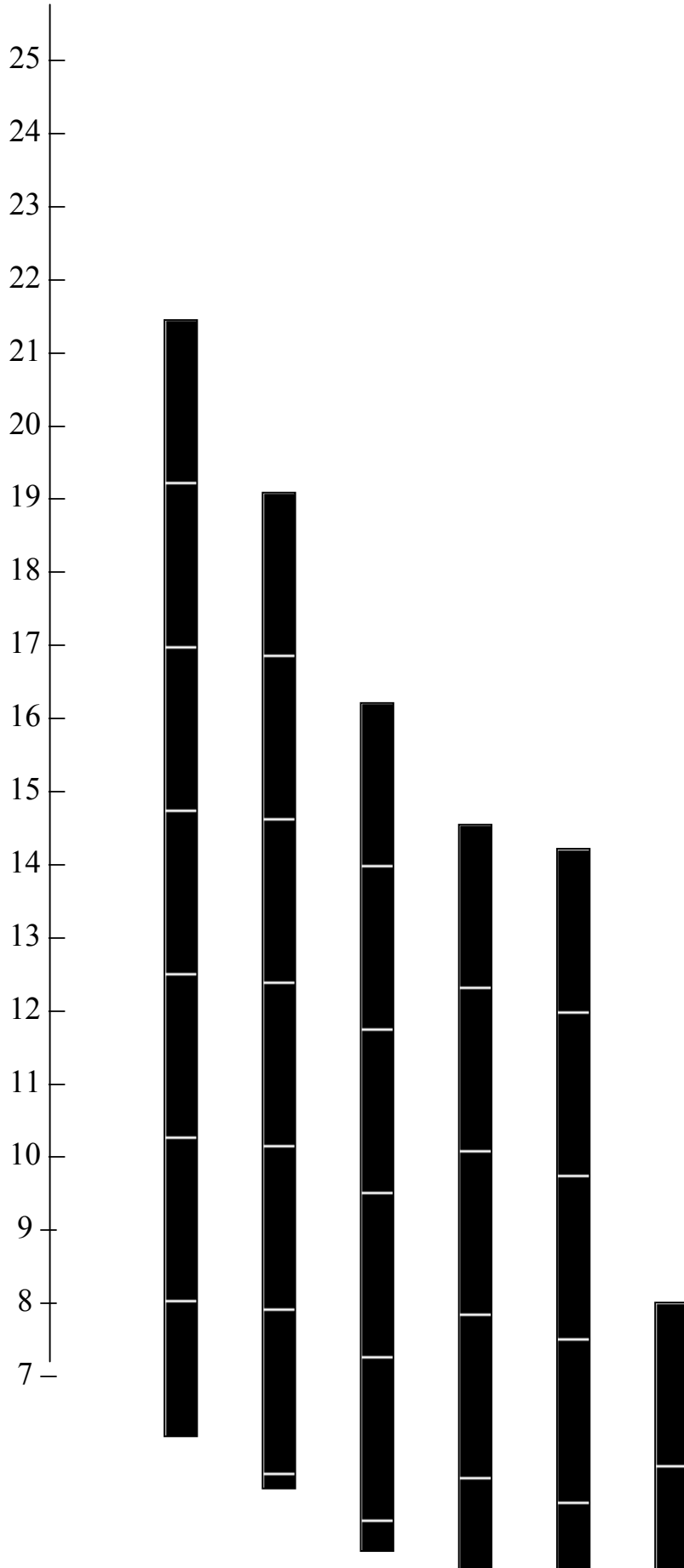
Πίνακας 4.: Κατανομή των συχνότερων καρκίνων ανά 100.000 κατοίκους και γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης κατοικίας των ασθενών.

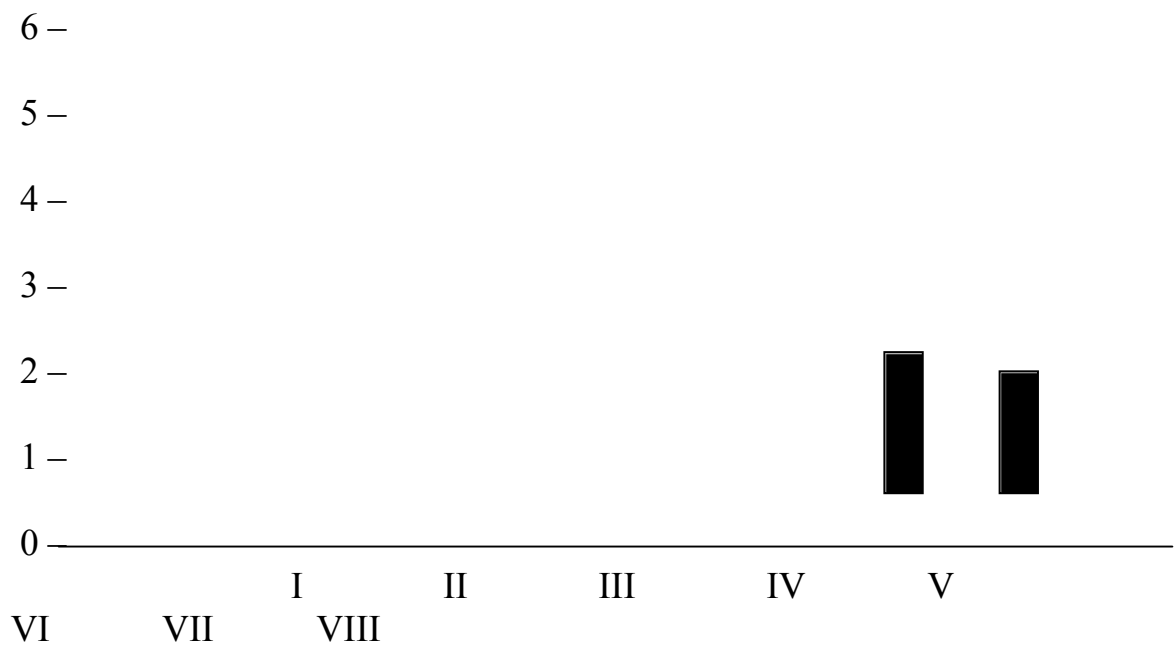
ΚΥΡΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ	ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ				
	ΑΘΗΝΑ	ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΜΑΣΤΟΣ, ΔΕΡΜΑ, ΣΥΝΔΕΤΙΚ. ΙΣΤΟΣ, ΟΣΤΑ	50,4	36,2	44,3	35,4	41,8
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ	44,2	46,7	37,5	37,6	35,8
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	31,1	41,3	34,8	21,8	40,5
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	40,6	34,1	25,4	37,6	23,8

ΚΥΡΙΕΣ	ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ				
	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΚΡΗΤΗ	ΘΡΑΚΗ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΑΣΤΟΣ, ΔΕΡΜΑ, ΣΥΝΔΕΤΙΚ. ΙΣΤΟΣ, ΟΣΤΑ	30,0	35,1	32,5	28,5	30,4
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ	34,1	28,2	32,3	41,5	24,1
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	32,8	23,5	27,2	31,4	21,5
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	19,3	23,3	23,2	19,6	17,6

**ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 3 ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
ΝΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

% ΟΛΩΝ ΤΩΝ
ΚΑΡΚΙΝΩΝ





- I. ΜΑΣΤΟΣ- ΔΕΡΜΑ- ΟΣΤΑ- ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ
- II. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ
- III. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ
- IV. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ
- V. ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΝ
- VI. ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ
- VII. ΧΕΙΛΗ- ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΣ- ΦΑΡΥΓΓΑΣ
- VIII. ΠΙΘΑΝΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Ταξινόμηση των νεοπλασμάτων των οστών με βάση τον ιστό προέλευσης

Ιστός προέλευσης ή τύπος διαφοροποίησης	Καλοήθη	Κακοήθη
Οστίτης ιστός	Οστέωμα	Οστεοσάρκωμα ή οστεογενές σάρκωμα
	Οστεοειδές οστέωμα	Παραφλοιώδες (Parosteal) οστεοσάρκωμα
	Οστεοβλάστωμα	Οστεοσάρκωμα σε νόσο Paget
		Οστεοσάρκωμα από ακτινοβολία
		Οστεοσάρκωμα σε έμφακτα.
Χονδρικός ιστός	Χόνδρωμα - εγχόνδρωμα	Χονδροσάρκωμα
	Εγχόνδρωμα	
	Οστεοχονδρ. (εξόστωση)	Παραφλοιώδες χονδροσάρκωμα
	Χονδροβλάστωμα	Μεσεγχυματικό χονδροσάρκωμα
	Χονδρομυξοειδές ίνωμα	
Μυελός των οστών	Ηωσινόφιλο κοκκίωμα	Σάρκωμα Ewing
Στοιχεία αίματος		Δικτυοσάρκωμα
		Μυέλωμα
		Λεμφοσάρκωμα
Λιπώδη κύτταρα	Λίπωμα	Λιποσάρκωμα

Ινώδης συνδετικός ιστός των οστών	Ξάνθωμα (Ινοξάνθωμα)	
Ιστός προέλευσης ή τύπος διαφοροποίησης	Καλοήθη	Κακοήθη
Ινώδης συνδετικός ιστός των οστών	Ινομούξωμα	
	Μη οστεοποιούμενο ίνωμα	
	Ινώδες έλλειμμα του οστού	
	Οστεοποιούμενο ίνωμα	Ινοσάρκωμα
	Δεσμοπλαστικό ίνωμα	
	Περιοριστικό δεσμοειδές	Κακώθες μεσεγγύωμα.
	Συγγενής γενικευμένη ινωμάτωση	Αδιαφοροποίητο σάρκωμα
Αγγεία του οστού	Αιμαγγείωμα	Αγγειοσάρκωμα
	Λεμφαγγείωμα	
	Γλομαγγείωμα	
	Αιμαγγειοενδοθηλίωμα *	
	Αιμαγγειοπερικύττωμα *	
Νεύρα των οστών	Νευριλήωμα (σβάννωμα)	
	Νευρινωμάτωση	
Λείος μυϊκός ιστός		Λειομυοσάρκωμα
Αδιευκρίνιστη προέλευση	Γιγαντοκυτταρικός όγκος *	Γιγαντοκυτταρικός όγκος
		Αδαμαντίνωμα μακρών οστών
Νωτιαία χορδή		Χόρδωμα
Όγκοι και ογκόμορφες βλάβες που μιμούνται πρωτοπαθείς όγκους των οστών	Μονύρης κύστη του οστού	
	Ανευρυσματική κύστη οστού	
	Παραρθρική κύστη (ενδοστικό γάγγλιο)	
	Οστεοποιός μυΐτιδα	
	Ινώδης δυσπλασία	Μεταστατικά νεοπλάσματα
	«Φαίος όγκος» υπερπαραθυρεοειδισμού	

* Όγκοι που συναντώνται και ως κακοήθεις

Τον τελευταίο καιρό όλο και συχνότερα αναγνωρίζεται ότι μια αποτελεσματική παρέμβαση στον χώρο της Ογκολογίας πρέπει να πάρει υπ' όψη της τόσο τους οργανικούς, όσο και τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια η προσφορά όλων όσων δουλεύουν σ' αυτόν το χώρο θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν παράλληλα με τη διάρκεια επιβίωσης φροντίσουν και για την ποιότητα της ζωής και τις ψυχολογικές ανάγκες κάθε ανθρώπου.

A. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

Τι είναι τα νεοπλάσματα

Είναι ο ανώμαλος πολλαπλασιασμός των κυττάρων τα οποία ξεκινούν από ένα μητρικό κύτταρο και δημιουργούν ένα πληθυσμό που αναπτύσσεται αυτόνομα και ανεξάρτητα από τους φυσιολογικούς παράγοντες ελέγχου. Τα κύτταρα αυτά παρουσιάζουν διαταραχές στην κυτταρική ωρίμανση και μπορεί να παρουσιάζουν κακοήθη συμπεριφορά με τάση για διηθητική ανάπτυξη και μετάσταση. Ο βαθμός δυσπλασίας των κυττάρων δίνει στοιχεία για την εξέλιξη της νόσου. Η υπερπλασία προχωρεί χωρίς να έχει πάντοτε τον ίδιο ρυθμό ανάπτυξης και μπορεί να διακοπεί αν υπάρχει κάποια παρέμβαση όπως χειρουργική, ακτινοθεραπευτική, χημειοθεραπευτική ή ακόμα μπορεί να υπάρχει διακοπή του ρυθμού ανάπτυξης του όγκου από την διακοπή της αιματικής ροής.

ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Τα νεοπλάσματα ή όγκοι, είναι πληθυσμός μονοκλωνικών κυττάρων τα οποία οδηγήθηκαν σε παρεκτροπή από μετάλλαξη των γονιδίων που ελέγχουν την κυτταρική ανάπτυξη. Στην καρκινογένεση εμπλέκονται και αποσυνδέονται δύο πολύπλοκες κατευθύνσεις.

1. Η πρώτη κατεύθυνση, αφορά τα ογκογονίδια τα οποία κανονικά ελέγχουν την κυτταρική ανάπτυξη, η οποία γίνεται ποιοτικώς και ποσοτικώς ανώμαλη ή παρουσιάζει αυξημένη δραστηριότητα. Σ' αυτήν την κατεύθυνση το ογκογονίδιο θα πρέπει να έχει ενεργοποιήσει απρόσφορη συσσώρευση των DNA εγγραφής

(Transcription) μετατροπής (Translation) αντιγραφής (Replication).

2. Στη δεύτερη κατεύθυνση επέρχεται η αδρανοποίηση του ελέγχου ή της αναστολής της ανάπτυξης. Τα κατασταλτικά γονίδια της αύξησης αναστέλλουν τον αυτό-πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η μεταλλαγή αυτών των γονιδίων μπορεί να έχει αποτέλεσμα την ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη (π.χ. τα Rb1 γονίδια τα οποία αποκωδικοποιούν την πρωτεΐνη του ρετινοβλαστώματος).
3. Οι αυξητικοί παράγοντες είναι πρωτεΐνες οι οποίες ελέγχουν την διαίρεση και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Μεταβολές στον αυξητικό παράγοντα ή η απρόσφορη ανταπόκριση του αυξητικού παράγοντα, μπορεί να οδηγήσει την ανάπτυξη ενός νεοπλάσματος.
4. Τα χρωμοσώματα δεν είναι ανάγκη να είναι ανώμαλα για να δυσλειτουργήσει το DNA και να δημιουργηθεί όγκος. Οι τοπικές μεταλλάξεις των ογκογονιδίων είναι πολύ πιο πιθανές από εμφανείς ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

1. Ένας όγκος μπορεί να θεωρηθεί κακοήθης όταν ένα απ' τα κύτταρά του μπορεί να αποδράσει από την αρχική εστία, να ταξιδεύσει σε απόσταση, να επιβιώσει σ' αυτή την νέα θέση, να παράγει θυγατρικά νεοπλασματικά κύτταρα, τέλος να έλξη αρκετή παροχή αίματος και να συνεχίσει τον πολλαπλασιασμό του.
2. Η φυσική ιστορία της μετάστασης ξεκινά από την πρωτοπαθή εστία. Ένα από τα κύτταρα του όγκου ταξιδεύει στους τοπικούς ιστούς και στη συνέχεια διεισδύει στο γειτονικό αγγείο. Αυτό το καρκινικό κύτταρο μετακινείται με την αιματική ροή, στη συνέχεια εγκαθίσταται σ' ένα μακρινό όργανο διαπερνώντας και πάλι το τοίχωμα του τριχοειδούς, για να δημιουργήσει έτσι μετάσταση.

Τα νεοπλάσματα του μυοσκελετικού συστήματος είναι σχετικά σπάνια σε σχέση προς τους όγκους των άλλων οργάνων του ανθρώπινου σώματος. Η αντιμετώπισή τους άλλαξε ριζικά τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο στις μεθόδους διάγνωσης, χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, χειρουργικών τεχνικών. Παράλληλα η βελτίωση των γνώσεων μας αναφορικά με τη βιολογική συμπεριφορά των κακοήθων όγκων, η σταδιοποίηση τους και η τεκμηρίωση της μεγάλης σημασίας της διάγνωσή τους στα εντελώς αρχικά στάδια, σε συνδυασμό με την άμεση

αντιμετώπισή τους, έχουν αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης και κατέστησαν δυνατή την αναφορά σε δεκαετή επιβίωση. Τα νεοπλάσματα των οστών μπορούν να ταξινομηθούν αρχικά σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Τα πρωτοπαθή είναι αυτά που έχουν προέλευση από ένα ή παραπάνω οστά. Τα δευτεροπαθή οφείλονται σε αιματογενείς μεταστάσεις όγκων από άλλα όργανα.

Οι πρωτοπαθείς όγκοι (όπως προαναφέρθηκε), μπορεί να ταξινομηθούν σε κακοήθεις και καλοήθεις. Οι κακοήθεις όγκοι των οστών αποτελούν το 1,5% του συνόλου των κακοήθων όγκων. Πιο συχνή εντόπιση έχει το μυέλωμα με 50% συχνότητα και εμφανίζεται συνήθως μετά την 5^η δεκαετία της ζωής· ακολουθεί το οστεοσάρκωμα με ποσοστό συχνότητας 20%, το χονδροσάρκωμα με 10% και τέλος το σάρκωμα Ewing με 6%. Τα ανωτέρω πλην του μυελώματος εμφανίζονται συνήθως τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής.

Μεταστατικοί ή δευτεροπαθείς όγκοι είναι πιο συχνοί έναντι των πρωτοπαθών· παρουσιάζονται σε ποσοστό 35-65% και εμφανίζονται μεταξύ τέταρτης και έκτης δεκαετίας της ζωής. Γενικώς αντανακλούν στην πορεία της νόσου του πρωτοπαθούς όγκου. Συνήθως παρουσιάζονται με πόνο στα οστά, κάταγμα ή νευρολογική σημειολογία λόγω της πίεσης του όγκου στα παρακείμενα νεύρα. Ποιο συχνές μεταστάσεις στα οστά είναι: μαστού, πνευμόνων, προστάτη, νεφρών. Τα οστά που περιέχουν ερυθρό μυελό είναι εκείνα που προσβάλλονται πιο συχνά από μεταστάσεις, όπως οι σπόνδυλοι, πλευρές, πύελος, κρανίο.

Νεοπλάσματα που δίνουν οστεοβλαστικές αλλοιώσεις:

- του προστάτη
- της ουροδόχου κύστης
- καρκινοειδές εντέρου ή των βρόγχων
- όγκοι των όρχεων.

Νεοπλάσματα που δίνουν οστεολυτικές αλλοιώσεις:

- του νεφρού
- του θυρεοειδούς
- του γαστρεντερικού
- σπάνια μαστού και πνευμόνων
- πολλαπλούν μυέλωμα

Πριν από 50 χρόνια, οι ορθοπεδικές παθήσεις που είχαν ανάγκη θεραπείας ήταν κυρίως η φυματίωση των οστών και οι παραμορφώσεις που είχαν σχέση με πολυομυελίτιδα και οστεομυελίτιδα.

Σήμερα, οι καταστάσεις αυτές έχουν πάψει να αποτελούν χειρουργικό πρόβλημα και αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόοδο της χημειοθεραπείας, τη βελτίωση των όρων διαβίωσης και την παροχή φροντίδας υγείας, που αρχίζει από την παιδική και φτάνει στη γεροντική ηλικία.

Η Ορθοπεδική ασχολείται κυρίως με τη θεραπεία εκφυλιστικών καταστάσεων των οστών και των αρθρώσεων των αρρώστων, κληρονομικές ανωμαλίες, ανωμαλίες της διάπλασης, τα νεοπλάσματα των οστών.

Η Ορθοπεδική νοσηλευτική απαιτεί πλήρη γνώση της λειτουργίας του σκελετού και του τρόπου ενεργοποίησης του, γιατί ένα μεγάλο μέρος της συνίσταται στην εκτίμηση και αναγνώριση ανώμαλων εκδηλώσεων και στην ικανότητα παρακολούθησης και αναφοράς.

Οι ορθοπεδικές παθήσεις δημιουργούν πολλαπλότητα προβλημάτων: πόνο, ακινησία, απώλεια ανεξαρτησίας, αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων σε άριστο επίπεδο.

Έχουν επομένως μεγάλη ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ συγχρόνως απαιτούν πολύ προσοχή, ώστε να προληφθεί η υπερεξάρτηση και η υπερπροστασία, που εμποδίζουν την αποκατάστασή τους.

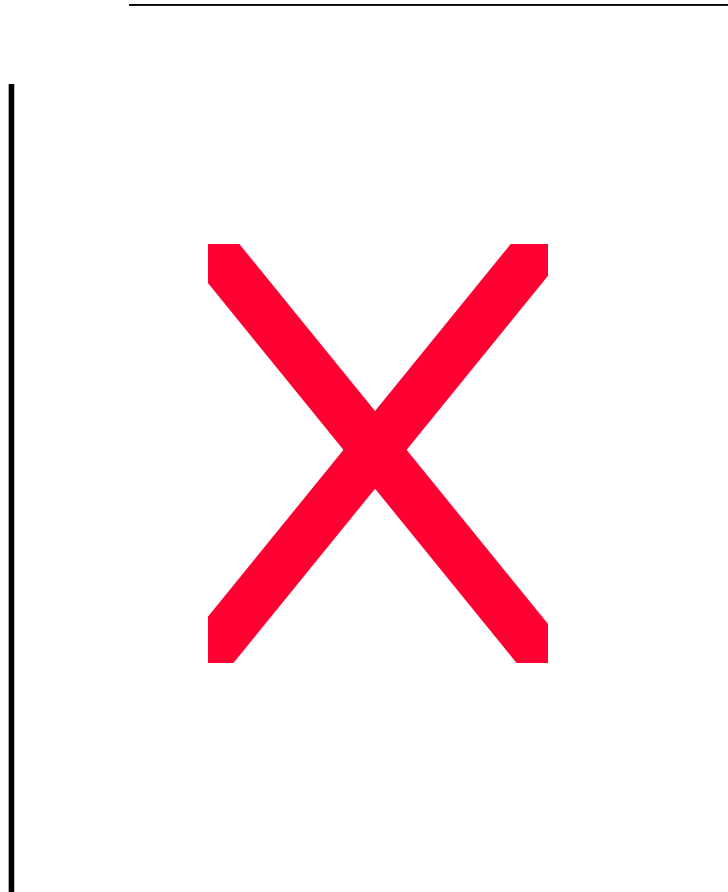
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Ο οστίτης ιστός είναι ένας ζωντανός ιστός ικανός να μεταβάλλει τη δομή του υπό την επίδραση των δυνάμεων που εξασκούνται πάνω σ' αυτόν. Αποτελείται από κύτταρα, ίνες και μεσοκυττάρια θεμέλια ουσία. Είναι σκληρός επειδή η μεσοκυττάρια ουσία ασβεστοποιείται, αλλά έχει ένα ορισμένο βαθμό ελαστικότητας λόγω της παρουσίας οργανικών ινών.

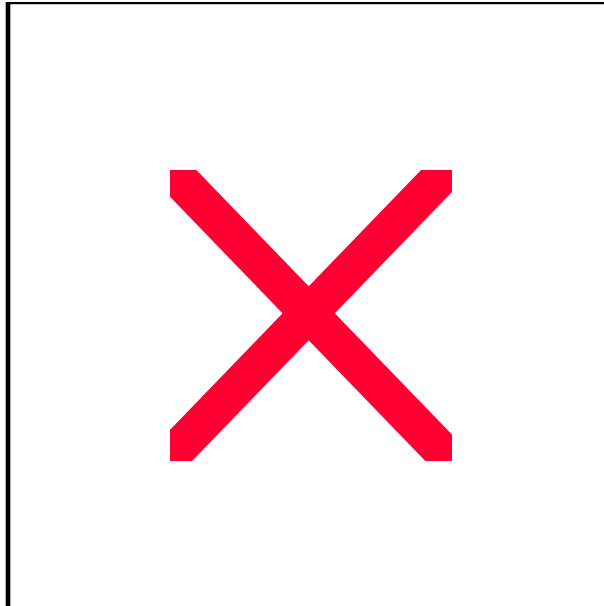
Τα οστά ανταποκρίνονται σε διάφορες λειτουργίες: προσφέρουν προστασία στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, προστατεύουν τα σπλάχνα της θωρακικής και της ανώτερης κοιλιακής κοιλότητας, χρησιμεύουν σαν μοχλοί, αποθηκεύουν άλατα ασβεστίου, περιέχουν και προστατεύουν τον ευαίσθητο αιμοποιητικό μυελό των οστών.

- **Ταξινόμηση των οστών**

Ανάλογα με τη μορφολογία τους ταξινομούνται σε: α) μικρά και βραχέα, β) ανώμαλα, γ) πλατέα και δ) σησαμοειδή: Τα μακρά και βραχέα οστά υπάρχουν στα άκρα· τα πλατέα και τα ανώμαλα στο κρανίο, στη σπονδυλική στήλη και στην ωμική και πυελική ζώνη.



Εικόνα 1. Ο σκελετός του ανθρώπου. (Α) Πρόσθια άποψη. (Β) Πλάγια άποψη.



Εικόνα 2. Διατομές οστών διαφόρων ειδών. (Α) Μακρό οστό (βραχιόνιο). (Β) Ανώμαλο οστό (πτέρνα). (Γ) Πλατύ οστό (τα δύο βρεγματικά οστά συνδεόμενα με την οβελιαία ραφή). (Δ) Σησαμοειδές οστό (επιγονατίδα). (Ε) Παρατηρήστε τη διάταξη των δοκίδων οι οποίες ανθίστανται στις δυνάμεις τόσο πίεσης όσο και διάτασης κατά το άνω άκρο του μηριαίου οστού.

Ταξινόμηση των οστών κατά χώρες

<i>Χώρα</i>	<i>Αριθμός οστών</i>
<i>Σκελετός του κορμού</i>	
<i>Κρανίο</i>	
Εγκεφαλικό κρανίο	8
Προσωπικό κρανίο	14
Ακουστικά οστάρια	6
Υοειδές οστό	1
Σπόνδυλοι	33
Στέρνο	1
Πλευρές	24
<i>Σκελετός των άκρων</i>	
<i>Ωμική ζώνη</i>	
Κλείδα	2
Ωμοπλάτη	2
<i>Σκελετός των άνω άκρων</i>	
Βραχιόνιο	2
Κερκίδα	2
Ωλένη	2
Οστά καρπού	16
Μετακάρπια	10
Φάλαγγες δακτύλων χεριού	28
<i>Πυελική ζώνη</i>	
Ανώνυμο οστό	2
<i>Σκελετός των κάτω άκρων</i>	
Μηριαίο	2
Επιγονατίδα	2

Περώνη	2
Κνήμη	2
Οστά ταρσού	14
Μετατάρσια	10
Φάλαγγες δακτύλων ποδιού	28
Σύνολο	213

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

- Στις επιφύσεις του μηριαίου, της κνήμης, της κερκίδας, του βραχιονίου.
- Στις διαφύσεις των μακρών οστών – μηρός, περόνη, κλείδα, λεκάνη, πλευρές (σάρκωμα Ewing).
- Στο περιφερικό τμήμα των αυλοειδών οστών (πολλαπλούν μυέλωμα, ινοσάρκωμα).
- Στις μεταφύσεις μεγάλων οστών, μηριαίο – βραχιόνιο (εγχόνδρωμα).
- Στην σπονδυλική στήλη, στα οπίσθια στοιχεία της σπονδυλικής στήλης (καλοήθες οστεοβλάστομα, πολλαπλούν μυέλωμα).
- Στα μικρά οστά της άκρας χείρας κα του ποδός, μετακάρπια φάραγγες (εγχόνδρωμα).
- Στο κεντρικό τμήμα της κνήμης (ωοσάρκωμα – οστεοειδές οστέωμα).
- Στα πλατέα οστά, στην ωμοπλάτη, στη λεκάνη, στις πλευρές.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Α. Οι καλοήθεις όγκοι δεν δίνουν μεταστάσεις, υπάρχουν όμως μερικές περιπτώσεις όπου ένας καλοήθης όγκος μπορεί να δώσει μετάσταση, όπως ο γιγαντοκυτταρικός όγκος ή πιο σπάνια το χονδροβλάστωμα, τα

οποία έχουν την ικανότητα να μεταφέρουν κύτταρα σε μακρινή απόσταση. Οι καλοήθεις όγκοι είναι ταξινομημένοι ανάλογα την ιστολογική τους εμφάνιση και την ιστική τους προέλευση.

Β. Κακοήθεις όγκοι είναι αυτοί που έχουν την ικανότητα να μεθίστανται.

1. Ιστική προέλευση

α) Καρκίνωμα είναι ένας κακοήθης όγκος που εξορμάται από επιθηλιακά κύτταρα

β) Σάρκωμα είναι ένας κακοήθης όγκος ο οποίος προέρχεται από τα μεσεγχυματικά κύτταρα.

2. Ιστολογική εικόνα. Οι κακοήθεις όγκοι είναι περαιτέρω ταξινομημένοι βάση της λεπτομερούς μικροσκοπικής τους εμφάνισης, όπως ο χαρακτηρισμός μυξώδης, φλεγμονώδης ή γιγαντοκυτταρικός.

3. Δυναμικό μετάστασης. Επιπλέον, οι κακοήθεις όγκοι είναι ταξινομημένοι στο κατά πόσο έχουν μικρή ή μεγάλη πιθανότητα να δώσουν μετάσταση.

Γ. Σταδιοποίηση των σκελετικών όγκων.

Οι καλοήθεις όγκοι είναι διαχωρισμένοι σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με την βιολογική συμπεριφορά του όγκου (Πίνακας 1).

α) **Στάδιο I**, είναι εκείνοι οι όγκοι όπου οι βλάβες έχουν τον ελάχιστο βαθμό δραστηριότητας, όπως είναι η οστέινη οστική νησίδα και το ινοφλοιώδες έλλειμμα.

α1) Ακτινολογικά, η βλάβη είναι πλήρως ενδοοστική και καλά περιγεγραμμένη ενώ παρατηρείται και αντιδραστικός οστικός δακτύλιος.

α2) Αυτή η βλάβη μπορεί να θεραπευθεί αυτόματα ή να παραμείνει αναλλοίωτη χωρίς όμως να δημιουργεί προβλήματα στον ασθενή και δεν χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση.

β) **Στάδιο II**, η βλάβη είναι μέσης δραστηριότητας, με βραδεία ανάπτυξη του όγκου, ο οποίος όμως ποτέ δεν θεραπεύεται αυτόματα. Σαν παράδειγμα μπορεί να συμπεριληφθεί το χονδροβλάστωμα και το χονδρομύξωμα.

β1) Ακτινολογικά, οι βλάβες είναι πολύ καλά περιγεγραμμένες αλλά μπορεί να μην εμφανίζουν καλά αναπτυγμένο αντιδραστικό οστικό δακτύλιο.

β2) Οι βλάβες στο στάδιο II επεκτείνονται απωθώντας τους γειτονικούς ιστούς, παρά να τους διεισδύσουν. Αυτοί οι όγκοι έχουν πραγματική μεμβράνη (κάψα).

γ) **Στάδιο III**, όπου οι βλάβες των καλοηθών όγκων είναι επιθετικές. Παράδειγμα αυτών των όγκων είναι ο γιγαντοκυτταρικός όγκος και το οστεοβλάστωμα. Αυτοί έχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά από τους κακοήθεις όγκους, αλλά δεν δίνουν μεταστάσεις.

1. Ακτινολογικά, έχουν ένα ασαφές όριο καταστροφής του φλοιού, εισβολή των παρακείμενων μαλακών ιστών και ενεργή περιοριστική αντίδραση.
2. Οι ανωτέρω όγκοι διηθούν τον φλοιό, εισβάλλουν στους παρακείμενους γειτονικούς ιστούς και έχουν ψευδοκάψα.

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση σύμφωνα με την Musculoskeletal Tumor Society (U.S)

Στάδιο	Κατάσταση	Παράδειγμα
I	Ελάχιστη βιολογική δραστηριότητα των καλοήθων όγκων, αυτόματη ίαση ή αμετάβλητη κατάσταση, πλήρως ενδοοστική.	Οστέινες οστικές νησίδες Ινώδες φλοιώδες έλλειμμα
II	Μέσης βιολογικής δραστηριότητας, δεν θεραπεύονται αυτόματα, βραδεία ανάπτυξη, δεν διηθούν τους ιστούς και έχουν πραγματική μεμβράνη.	Χονδροβλάστωμα Χονδρομύξωμα
III	Επιθετικοί, έχουν τα χαρακτηριστικά των κακοηθών όγκων, αλλά δεν δίνουν μεταστάσεις: διαπερνούν τον φλοιό, διηθούν τους περίξ ιστούς και έχουν ψευδομεμβράνη.	Γιγαντοκυτταρικός όγκος Οστεβλάστωμα

Κακοήθεις όγκοι:

Η σταδιοποίηση των κακοηθών όγκων του μυοσκελετικού συστήματος έχει περιγραφεί από τον Enneking και προσαρμόστηκε από την Musculoskeletal Tumor Society (U.S.A). Είναι βασισμένη στην ιστολογική της ταξινόμηση των όγκων (G), στο μέγεθος ή την ανατομική του εγκατάσταση (T), την παρουσία λεμφαδένων και μεταστάσεων (M). (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Το Σύστημα Σταδιοποίηση του Enneking Κακοήθων Όγκων.

Στάδιο	Ιστολογική Ταξινόμηση	Περιοχή
IA	Χαμηλού βαθμού κακοήθεια	Ενδοδιαμερισματική
IB	Χαμηλού βαθμού κακοήθεια	Εξωδιαμερισματική
IIA	Υψηλού βαθμού κακοήθεια	Ενδοδιαμερισματική
IIB	Υψηλού βαθμού κακοήθεια	Εξωδιαμερισματική
IIIA	Οποιοδήποτε στάδιο	Μετάσταση, ο πρωταρχικός όγκος είναι ενδοδιαμερισματικός
IIIB	Οποιοδήποτε στάδιο	Μετάσταση, ο πρωταρχικός όγκος είναι εξωδιαμερισματικός

α. **Στάδιο I**, οι βλάβες παρουσιάζουν ελάχιστο βαθμό κακοήθεια.

1. Στάδιο IA, η βλάβη είναι ενδοδιαμερισματική (π.χ. ενδοοστική ή ενδομυϊκή και στην εν τω βάθη περιτονία ή διαμένει εντός του ενδοπεριτονιακού διαμερίσματος).

2. Στάδιο IB, η βλάβη είναι εξωδιαμερισματική (ενδοοστική και εξωστική και επεκτείνεται μέσα στα μαλακά μόρια ή είναι εξωπεριτονιακή).

β. **Στάδιο II**, η βλάβη έχει υψηλού βαθμού κακοήθεια. Στο στάδιο IIA η βλάβη είναι ενδοδιαμερισματική ενώ στο στάδιο IIB η βλάβη είναι εξωδιαμερισματική.

γ. **Στάδιο III**. Είναι ανεξάρτητη του ιστολογικού βαθμού κακοήθειας αλλά υπάρχει μετάσταση. Στο στάδιο IIIA ο πρωτοπαθής όγκος είναι ενδοδιαμερισματικός ενώ στο στάδιο IIIB ο πρωτοπαθής όγκος είναι εξωδιαμερισματικός.

Γενικά οι όγκοι του μυοσκελετικού συστήματος μπορεί να ταξινομηθούν επιπλέον, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Aegerter Kirkpartick με συνεκτίμηση πολλών παραγόντων, αναλόγως την ιστολογική τους προέλευση, την βιολογική τους αντίδραση και την ιστολογική τους εικόνα, έτσι προκύπτει:

A. Αντιδραστικές οστικές βλάβες: υπάρχει υπερβολικός διορθωτικός πολλαπλασιασμός κυττάρων τα οποία τελικά όμως ωριμάζουν, π.χ. το χηλοειδές.

B. Αμαρτώματα: είναι ο αυτόματος πολλαπλασιασμός των κυττάρων εις τα οποία η ωρίμανση είναι ατελής κατά την διάρκεια της αξιολόγησης, τέτοια είναι το δεσμοειδές ίνωμα, ινωμάτωση και δίνουν την εντύπωση

πως διεισδύουν στους περίξ ιστούς αλλά αυτή η εικόνα δεν είναι πραγματική. Στην περίπτωση που εμπλέκεται σ' αυτή τη διαδικασία ο χόνδρινος ιστός η βλάβη καλείται χόνδρωμα, ενώ όταν εμπλέκεται στην εγγόνδρινη κατασκευή του οστού το προϊόν ονομάζεται οστεοχόνδρωμα.

Νεοπλάσματα των οστών μπορεί να είναι από:

1. Οστεοβλαστικό ιστό:

- α. οστεοσάρκωμα
- β. περιοριστικό οστεοσάρκωμα
- γ. οστεοκλάστωμα ή γιγαντοκυτταρικός όγκος

2. Χόνδρινο ιστό:

- α. καλοήθες χονδροβλάστωμα
- β. χονδρομυξοειδές ίνωμα
- γ. χονδροσάρκωμα

3. Συνδετικό ιστό:

- α. ινοσάρκωμα
- β. αγγειοσάρκωμα

4. Μυελογενή ιστό:

- α. πολλαπλούν μυέλωμα
- β. όγκος του Ewing
- γ. νόσος του Hodgkin
- δ. δικτυοκυτταρικό σάρκωμα ή κακόηθες λέμφωμα

Αντιδραστικές οστικές βλάβες μπορεί να είναι από:

1. Οστεοβλαστικό ιστό

- α. οστεοειδές οστέωμα
- β. καλοήθες οστεοβλάστωμα

2. Συνδετικό ιστό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A. Κλινική εκτίμηση

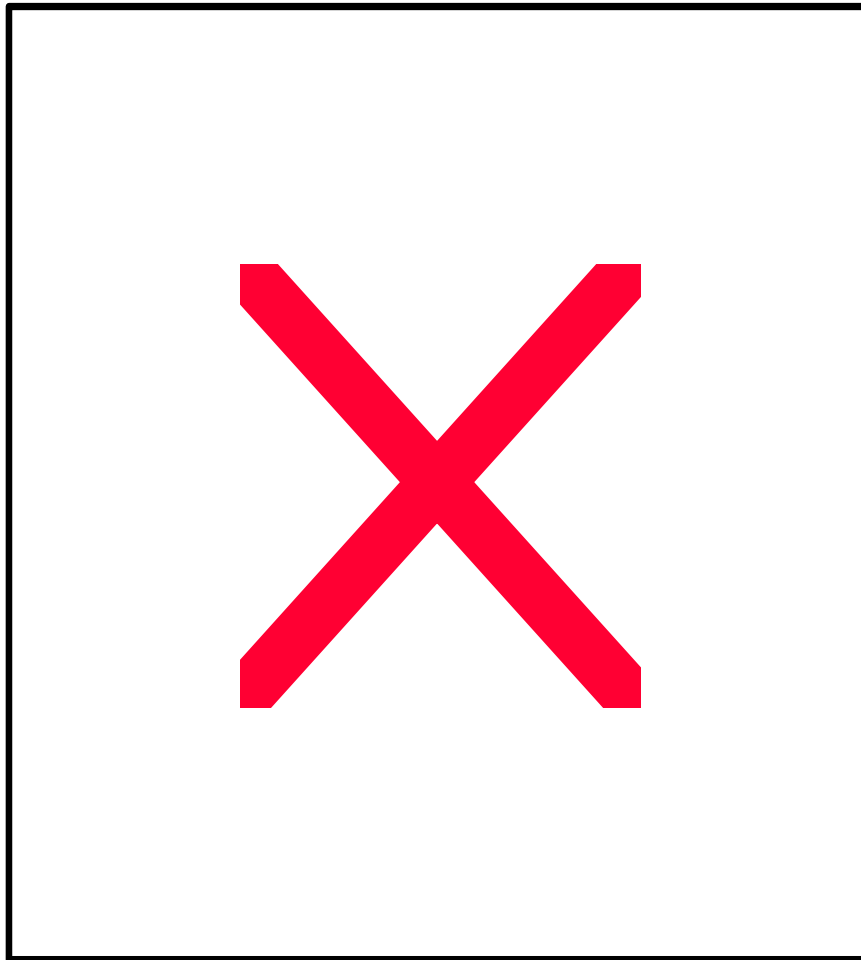
1. Κοινό χαρακτηριστικό είναι ο πόνος και μία εμφανής μάζα
 - α. Αν και μερικές φορές ένα τραύμα στην περιοχή μπορεί να οδηγήσει στην διάγνωση της βλάβης, η κάκωση όμως δεν είναι ποτέ το αίτιο έναρξης της νόσου.
 - β. Μερικά συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά σε ορισμένους όγκους.
 - β1. Το οστεοειδές οστέωμα έχει σαν κλινικό χαρακτηριστικό το νυκτερινό πόνο ο οποίος όμως υφίεται με την λήψη αντιφλεγμονώδους αγωγής.
 - β2. Το σάρκωμα του Ewing, μπορεί να εμφανισθεί με πυρετό, εφιδρώσεις και αύξηση της ταχύτητας καθίζησης αίματος και να έχει παρόμοια εικόνα με εκείνη της οστικής φλεγμονής.
2. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την εξέταση του πάσχοντος σκέλους του σώματος για την αναγνώριση της βλάβης, την ανατομική της εντόπιση και τις περιοχές που το περιβάλουν, την εκτίμηση για το κατά πόσο ο όγκος είναι διηθητικός ή όχι προς τους γειτονικούς ιστούς και εάν έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις.

B. Απεικονιστικές εξετάσεις. Ο απεικονιστικός έλεγχος χρησιμοποιείται για την λήψη πληροφοριών που αφορούν την πιθανή διάγνωση, και τον ανατομικό καθορισμό της έκτασης της βλάβης.

1. Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος δίνει γενικές διαγνωστικές πληροφορίες για τον όγκο.
 - α. Η απλή ακτινογραφία θα αναδείξει πιο οστό έχει την βλάβη, πια είναι η έκτασή της, τον τύπο της βλάβης και εάν υπάρχει αντιδραστική οστική δημιουργία.
 - β. Η αλλαγή στην θεμέλιο ουσία μπορεί να είναι δείκτης της σύνθεσης της παραγωγής του όγκου (χόνδρος).
 - γ. Η απλή ακτινογραφία είναι ο καλύτερος ειδικός δείκτης που καταδεικνύει τη συμπεριφορά του όγκου.
 - δ. Παρακάτω θα αναφερθούν οι οστικές αλλαγές που μπορεί να απεικονισθούν στον ακτινολογικό έλεγχο.
 - Στο **χονδροσάρκωμα** παρατηρείται μια περιοχή με σχετική οστική αραίωση η οποία περιέχει πολλές στικτές εστίες ασβεστοποίησης, ενώ η περιφέρεια του οστού περιγράφεται διογκωμένη με λέπτυνση του φλοιού.

- Στο **οστεοσάρκωμα** υπάρχει υπέγερση του περιόστεου, σχηματισμός του τριγώνου του Codman, ή και ακτινωτή διάταξη (ακτίνες του ήλιου) των εγκαρσίων δοκίδων που έχουν κατεύθυνση από το οστό προς τα έξω. Συνήθως υπάρχει οστεοπυκνωτική εξεργασία με συνύπαρξη, πολλές φορές, ενδιάμεσως της βλάβης οστεολυτικών αλλοιώσεων. Ο φλοιός απεικονίζεται διαβρωμένος και κατεστραμμένος με ταυτόχρονη προβολή του όγκου προς τα μαλακά μόρια.
- Το **ινοσάρκωμα** ακτινολογικά παρουσιάζει μια διάχυτη οστεολυτική περιοχή η οποία περιβάλλεται από σκληρυντικό οστό. Ο φλοιός με την σειρά του λεπταίνει, απωθείται και στο τέλος καταστρέφεται.
- Στο **πολλαπλούν μυέλωμα** υπάρχουν πολλές μικρές αραιωτικές οστεοπενικές εστίες. Παρατηρείται σφηνοειδής παραμόρφωση και καθίζηση των σπονδυλικών σωμάτων.
- Στο **σάρκωμα του Ewing** υπάρχει ατρακτοειδής παραμόρφωση της διάφυσης των μακρών αυλοειδών οστών, καταστροφή του φλοιού και δημιουργία νέων στρωμάτων οστού τα οποία δίνουν την εικόνα "φύλλων κρεμμυδιού".
- Ο **γιγαντοκυτταρικός όγκος** παρουσιάζει στον ακτινολογικό έλεγχο έκκεντρη κυστική εξεργασία στην επίφυση των μακρών αυλοειδών οστών με τάση για επέκταση και σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται διάσπαση του οστού χωρίς την ύπαρξη περιοριστικής αντίδρασης.
- Το **καλοήθες οστεοβλάστωμα**, στα αυλοειδή οστά μπορεί να παρουσιάζει μονοδιαμερισματική ή πολυδιαμερισματική κοιλότητα. Στην σπονδυλική στήλη υπάρχει κυστική βλάβη με σαφή περιγραμμένα σκληρυντικά όρια και μπορεί να έχει διάμετρο μεταξύ 2-10cm.
- Το **οστεοειδές οστέωμα** στα αυλοειδή οστά παρουσιάζει οστική πύκνωση του φλοιού, μία μικρή κύστη η οποία όμως γίνεται συνήθως εμφανής με τομογραφικό έλεγχο. Η βλάβη είναι καλά περιγεγραμμένη με σκληρυντικά όρια και κεντρική πύκνωση ενώ το μέγεθός της είναι περίπου 1-1,5 cm. Στα σπογγειώδη οστά μπορεί να μην παρουσιάζεται η οστική αντίδραση στον απλό ακτινολογικό έλεγχο και μόνο η αξονική τομογραφία ή η απλή τομογραφία να καταδείξουν την σκληρυντική πάχυνση των δοκίδων.

- Το **εγγόνδρωμα** παρουσιάζει μονοδιαμερισματική ή πολυδιαμερισματική κυστική εξεργασία, με μικρές στικτές περιοχές σαν σκληρυντικά στίγματα τα οποία οφείλονται στην ασβεστοποίηση.





Το σπινθηρογράφημα οστών καταδεικνύει την ενεργό παραγωγή οστού. Αυτή η μέθοδος βοηθά τόσο στον υπολογισμό της τοπικής ενδομυελικής επέκτασης όσο και στον έλεγχο για εστίες σε άλλες περιοχές του σώματος.

Η αξονική τομογραφία όταν πραγματοποιείται με σκιαγραφική ουσία, ενισχύει την αναγνώριση των νευροαγγειακών δομών και τονίζει τις καλά αγγειούμενες βλάβες. Επιπλέον η αξονική τομογραφία είναι η καλύτερη εξέταση για την εκτίμηση της διεξόδου της βλάβης στο φλοιό και καταγράφει με λεπτομέρεια το οστό, ακόμα χρησιμοποιείται για την διερεύνηση πνευμονικών μεταστάσεων. Είναι ακόμα πολύτιμη για την εκτίμηση της ασβεστοποίησης ή οστεοποίησης της θεμέλιου ουσίας.

Η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο ακριβής μέθοδος για τον υπολογισμό της ενδομυελικής επέκτασης των οστικών όγκων και την αναγνώριση πιθανών Skir μεταστάσεων. Θεωρείται η καλύτερη μέθοδος για την παρουσία όγκου στα μαλακά μόρια από τα οστά και την συσχέτιση του όγκου με νευραγγειακές δομές.

Η αγγειογραφία έχει ευρέως αντικατασταθεί από την αξονική και μαγνητική αγγειογραφία. Απόλυτη ένδειξη για την εκτέλεση της αγγειογραφίας είναι όταν η μαγνητική και αξονική τομογραφία δεν μπορούν να ορίσουν με επιτυχία την χειρουργική συσχέτιση ανάμεσα στον όγκο και τα αγγεία. Η αγγειογραφία έχει ένδειξη για τον εμβολισμό των αγγειοβριθών όγκων. Ο εμβολισμός έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της αιμάτωσης του όγκου και κατά συνέπεια τον περιορισμό της αιμορραγίας κατά την εγχείρηση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει ανοσοηλεκτροφόριση του ορού και ούρων, ΤΚΕ, βιομηχανικό έλεγχο (αλκαλική φωσφατάση, Ca, P, κ.ά.)

- Η αλκαλική φωσφατάση βρίσκεται αυξημένη σε κάθε περίπτωση όπου υπάρχει παραγωγή νέου οστού, έτσι είναι αυξημένη η τιμή της στο οστεοσάρκωμα, νόσο του Paget, υπερπαραθυρεοειδισμό και μεταστάσεις με οστεοβλαστικό χαρακτήρα.
- Η όξινη φωσφατάση είναι αυξημένη σε μεταστατικούς όγκους του προστάτη και νόσο του Gaucher.
- Το ασβέστιο (Ca) αίματος εμφανίζεται αυξημένο σε μεταστατικούς όγκους με μαζική οστεόλυση, στο πολλαπλόν μυέλωμα και τον υπερπαραθυρεοειδισμό.
- Ο φώσφορος (P) αίματος παρατηρείται αυξημένος σε νεφρική ανεπάρκεια (μυέλωμα) ενώ στον υπερπαραθυρεοειδισμό η τιμή του είναι ελαττωμένη.
- Το ασβέστιο ούρων αυξάνεται σε μεταστατικούς όγκους που προκαλούν οστεόλυση, στον υπερπαραθυρεοειδισμό και τέλος μπορεί η αύξηση να είναι ιδιοπαθής.

- Η υδροξυπρολίνη των ούρων είναι αυξημένη επί μαζικής οστεόλυσης.
- Η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών είναι αυξημένη στο οστεοσάρκωμα, στον όγκο Ewing, μεταστατικούς όγκους των οστών και μυελώματος.
- Το λεύκωμα του ορού και είναι αυξημένο στο πολλαπλού μυέλωμα.
- Η λευκωματίνη ορού και οι σφαιρίνες στο μυέλωμα έχουν αντιστροφή της σχέσης.

Βιοψία, εκτός της κλινικής εξέτασης, των ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων και ακτινογραφιών, συχνά χρειάζονται αποδείξεις μέσω του παθολογοανατομικού ελέγχου που να τεκμηριώνουν τον οστικό όγκο και συνήθως καθορίζουν την θεραπεία. Μελέτη του Mankin και των συνεργατών του έδειξε πως οι βιοψίες οι οποίες λαμβάνονται από τους ιατρούς που δεν θα πραγματοποιήσουν και την τελική θεραπεία έχουν μεγάλο δείκτη επιπλοκών και η αποτελεσματικότητα της βιοψίας είναι σε χαμηλά επίπεδα.

α. Ανοικτή βιοψία χωρίς αφαίρεση του όγκου (incisional biopsies) περιλαμβάνει τον καθαρισμό ή την λήψη δείγματος από την περιοχή της βλάβης το οποίο όμως αφήνει υπόλειμμα του όγκου. Η τομή γίνεται στο μέρος όπου θα γίνει η τελική επέμβαση που θα χρειαστεί για να αφαιρεθεί ο όγκος. Συνίσταται η λήψη του μικρότερου μεγέθους δείγματος το οποίο είναι όμως αρκετό για να τεθεί η διάγνωση. Η ταχεία βιοψία γίνεται κατά την διάρκεια της επέμβασης για να πιστοποιηθεί εάν ο ιστός που λήφθηκε μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να θέσει διάγνωση. Οι καλά εκπαιδευμένοι παθολογοανατόμοι μπορούν να βάλουν τελική διάγνωση ακόμα και από την ταχεία βιοψία. Επίσης συνίσταται η καλλιέργεια των δειγμάτων που λαμβάνονται για ιστολογική εξέταση. Θα πρέπει πάντα να επιτυγχάνεται καλή αιμόσταση προ της συρραφής του τραύματος.

β. Ανοικτή βιοψία με αφαίρεση του όγκου (excisional biopsies), πραγματοποιείται όταν ο όγκος είναι πολύ μικρός, έχει χαμηλό βαθμό κακοήθειας και στους καλοήθεις όγκους, ενώ δεν θα πρέπει ποτέ να πραγματοποιείται τόσο σε κακοήθεις όσο και σε καλοήθεις όγκους που έχουν την τάση να υποτροπιάζουν ή να δίνουν μεταστάσεις.

γ. Βιοψία διά της βελόνης, αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται όταν ο όγκος είναι εύκολα προσπελάσιμος διά της βελόνης και γίνεται πάντα υπό την καθοδήγηση του αξονικού τομογράφου.

1. Βιοψία με μικρή βελόνα μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορες περιπτώσεις και έχει καλά αποτελέσματα όταν υπάρχει καλά εγκατεστημένη θεμέλιος ουσία και υψηλής κακοήθειας κύτταρα.
2. Βλάβες όπου υπάρχει ευρεία αναλογία της θεμέλιας ουσίας και η τοποθέτησή της δεν είναι καλά εγκατεστημένη, η βιοψία δια της λεπτής βελόνης δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Θεραπεία

1. Χειρουργική

Α. Χειρουργική εκτομή (surgical excision) είναι σταδιοποιημένη από τον Enneking και τους συνεργάτες του σε τέσσερις κατηγορίες βασισμένο στο πλάνο της εκτομής.

α. Εντός της βλάβης (intralesional). Η χειρουργική επέμβαση γίνεται εντός της βλάβης, μετά πραγματοποιείται καθαρισμός της δια μέσου της ψευδοκάψας. Αυτή η τεχνική αφήνει μακροσκοπικό υπόλειμμα στους ασθενείς.

β. Οριακή (marginal). Ο χειρουργός διαχωρίζει τα έξω άκρα της ψευδοκάψας από τον όγκο, αφαιρώντας ολόκληρη την βλάβη σε ένα τεμάχιο. Αυτή η μέθοδος αφήνει μικροσκοπικό υπόλειμμα καρκινικών κυττάρων εντός του ψευδοθυλάκου και γενικά έχει υψηλό δείκτη υποτροπής τόσο στους κακοήθεις όγκους όσο και στους επιθετικούς καλοήθεις όγκους.

γ. Ευρεία (wide). Ο χειρουργός αφαιρεί όλο τον όγκο μαζί με την ψευδοκάψα ενώ ταυτόχρονα πραγματοποιείται και η αφαίρεση ενός μέρους των περιβαλλόμενων ιστών.

δ. Ριζική (radical). Πραγματοποιείται η πλήρης εκτομή του όγκου και όλων των ανατομικών περιοχών όπου ο όγκος έχει διεισδύσει.

2. Εγχειρήσεις διάσωσης μέλους.

Με την χρήση καλύτερων συστημάτων ταξινόμησης και τις προόδους στη χημειοθεραπεία (για τον περιορισμό της διασποράς του όγκου), ο ακρωτηριασμός δεν είναι πλέον η μόνη λύση για την αντιμετώπιση ενός όγκου. Στην περίπτωση ενός ενδοδιαμερισματικού όγκου, η ευρεία εκτομή και η αντικατάσταση με οστικά αλλομοσχεύματα, ή με μία κατά παραγγελία κατασκευασθείσα πρόθεση μπορεί να προτιμηθεί έναντι ενός ακρωτηριασμού, εφόσον βέβαια πληρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις: 1) Δεν θα πρέπει να υπάρχουν συνοδές εστίες του όγκου κεντρικότερα στο οστόν. 2) Θα πρέπει να είναι δυνατή η εκτομή ολόκληρου του διαμερίσματος σε περίπτωση ενός υψηλής επιθετικότητας όγκου – αυτό μπορεί να σημαίνει την εκτομή ολόκληρου του μυός ή του μυϊκού διαμερίσματος από την έκφυση μέχρι την κατάφυση του. 3) Η

απώλεια της λειτουργικότητας λόγω της εκτομής θα πρέπει να μην είναι τόσο μεγάλη, ώστε να καθιστά το μέλος άχρηστο. 4) Η αντικατάσταση με μία πρόθεση θα πρέπει να είναι τεχνικά δυνατή. Οι κατά παραγγελία προθέσεις θα πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένες για κάθε περίπτωση. Η καθήλωσή τους στο οστόν είναι δύσκολη, ενώ οι εγχειρήσεις αυτές παρουσιάζουν ένα υψηλό ποσοστό επιπλοκών, όπως διάσπαση του χειρουργικού τραύματος και παθολογικά κατάγματα. Επιπλέον στα παιδιά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η φυσιολογική ανάπτυξη και θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μία πρόθεση με μηχανισμό επιμήκυνσης των στυλεών, αλλιώς θα χρειασθούν επανειλημμένες επεμβάσεις. Εάν χρησιμοποιηθούν μεγάλα πτωματικά αλλομοσχεύματα θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του ότι κάνουν μήνες για να επαναγγειωθούν και να ενσωματωθούν στο οστόν του δέκτη και ότι δεν επαναγγειώνονται ποτέ πλήρως. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν αγγειούμενα μοσχεύματα.

3. Ακρωτηριασμός.

Λαμβάνοντας υπόψη τις δυσκολίες των εγχειρήσεων διάσωσης ενός μέλους – ιδίως σε περιπτώσεις όγκων υψηλής επιθετικότητας και σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσο ο όγκος είναι μόνο ενδοδιαμερισματικός – μπορεί ο ακρωτηριασμός και η γρήγορη αποκατάσταση να είναι μία πιο λογική επιλογή. Στις περιπτώσεις όγκων ΙΑ, ο ακρωτηριασμός μπορεί να γίνει κεντρικότερα στο οστόν από το οποίο εξορμάται ο όγκος. Σε πιο επιθετικούς όγκους είναι ασφαλέστερη η απεξάρθρωση.

Καλοήθεις όγκοι

α. Στο στάδιο Ι και ΙΙ οι καλοήθεις όγκοι θεωρούνται επαρκώς θεραπευμένοι με απόξεση και γέμιση του οστικού ελλείμματος με οστικό μόσχευμα ή με τσιμέντο.

β. Στο στάδιο ΙΙΙ ένας καλοήθεις όγκος μπορεί να θεραπευθεί με εκτομή στο σύνολο του σε οστά τα οποία δεν είναι τόσο σημαντικά (π.χ. περόνη), ή να γίνει απόξεση και βοηθητική θεραπεία όπως καυτηριασμός με φαινόλη, κρυοχειρουργική με ρευστό νιτρογόνο, ή καυτηριασμός εξασφαλισμένος από το τσιμέντο.

Κακοήθεις όγκοι

α. Τόσο οι υψηλού όσο και χαμηλού βαθμού κακοήθειας όγκοι, έχουν ανάγκη ενός ευρέως χειρουργικού καθαρισμού. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με εκτομή ή ακρωτηριασμό. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα συγκριτικά της ευρείας εκτομής και του ακρωτηριασμού είναι ισάξιο.

β. Οι μέθοδοι που μπορούν να πραγματοποιηθούν για την διόρθωση του σκέλους μετά από χειρουργική παρέμβαση είναι οι ακόλουθες:

- Μη πραγματική διορθωτική αποκατάσταση (π.χ. μετά από εσωτερική ημιπυελεκτομή)
- Αρθρόδεση με οστικό αυτομόσχευμα ή αλλομόσχευμα
- Οστεοχόνδρινο ή εμφύλιο διαφυσιακό μόσχευμα
- Ειδικές προθέσεις οι οποίες κατασκευάζονται για τους όγκους και είναι συνήθως αρθρωτές (modular).
Χρησιμοποιούνται για την αντικατάσταση οστών και αρθρώσεων που έχουν υποστεί εκτεταμένη εκτομή και είναι ειδικά κατασκευασμένες γι' αυτές τις καταστάσεις.
- Σύνθετη ενδοπρόθεση με μόσχευμα
- Διατατική οστεογένεση (π.χ. μέθοδος Hizarof)

Ενισχυτική αγωγή. Η πρόοδος των ενισχυτικών θεραπευτικών μέσων στους όγκους του μυοσκελετικού συστήματος έχουν ξεκινήσει από την δεκαετία του '70.

1. **Η χημειοθεραπεία** μπορεί να είναι αποτελεσματική σε όγκους με υψηλό δείκτη κακοήθειας.

α. Η χημειοθεραπεία επιτρέπει την τοπική διάσωση του σκέλους μετά από χειρουργική παρέμβαση στο σημείο της βλάβης. Έτσι αντί να αφαιρεθεί το σκέλος μπορεί να τοποθετηθεί μόσχευμα στο σημείο όπου αφαιρέθηκε ο όγκος και επιπλέον έχει αποδειχθεί πως μειώνει την τοπική υποτροπή και αυξάνει την επιβίωση σε όγκους με υψηλό δείκτη κακοήθειας σε ποσοστό περίπου 70% (π.χ. σε οστεοσάρκωμα το οποίο αντιμετωπίζεται μόνο με χειρουργική εκτομή του όγκου η επιβίωση των ασθενών εμφανίζεται σε ποσοστό 17% ενώ η μετεγχειρητική χορήγηση χημειοθεραπείας αύξησε το ποσοστό στο 65%).

β. Οι πιο συχνά χορηγούμενοι παράγοντες είναι η μεθοτρεξάτη (methotrexate), δοξορουβισίνη (doxorubicin), ιφοσφαμίδη (ifosfamide), συτοξίνη (sytoxan) και σισπλατίνη (cisplatin).

γ. Μηχανισμοί αντίστασης των φαρμάκων

- Η αντλία στα τοιχώματα των κυττάρων γνωστή ως Ρ-γλυκοπρωτεΐνη είναι ένας φυσιολογικός προστατευτικός μηχανισμός ο οποίος απαλλάσσει τα κύτταρα από τις τοξίνες. Η Ρ-γλυκοπρωτεΐνη αποβάλλει την υδροχλωρική δοξορουμπικίνη και κάθε χημειοθεραπευτικό παράγοντα από τα κύτταρα, προλαμβάνοντας έτσι κάθε τοξικό αποτέλεσμα στα καρκινικά κύτταρα και αντίστασης στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.
- Σε όγκους που περιέχουν μεικτή ομάδα κυττάρων, η ανθεκτικότητα μπορεί να εμφανισθεί κάθε στιγμή με την πάροδο

του χρόνου και μπορεί να αναπτυχθεί και να επικρατήσει μετά την χορήγηση των επιλεγμένων χημειοθεραπευτικών σχημάτων στα λιγότερο ευαίσθητα καρκινικά κύτταρα.

- Η σχετική αντίσταση μπορεί να υπερνικηθεί με την χορήγηση των χημειοθεραπευτικών σχημάτων σε μεγάλες δόσεις και σε μικρά διαστήματα, οι οποίες όμως θα πρέπει να είναι ανεκτές από τον ασθενή.

2. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να αντικαταστήσει την χειρουργική επέμβαση σε κακοήγη σφαιρικά κύτταρα (round-cell). Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιηθεί βοηθώντας σημαντικά στην θεραπεία και να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην θεραπεία υψηλού βαθμού κακοήθειας μαλακών μορίων σάρκωμα μεγαλύτερο των 5cm.

B . ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΣΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

1.ΟΓΚΟΙ Η΄ ΟΓΚΟΜΟΡΦΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

ΟΣΤΕΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

- Οστέωμα (osteoma) – Σύνδρομο Gardner.
- Οστεοειδές οστέωμα (osteoid osteoma)
- Καλοήθες οστεοβλάστωμα (Benign osteoblastoma).

2. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΧΟΝΔΡΙΝΟ ΙΣΤΟ

- Εγχόνδρωμα (chondroma)
- Εγchonδρωμάτωση ή νόσος των πολλαπλών εγchonδρομάτων (νόσος του Ollier ή δυσchonδροπλασία)
- Οστεοχόνδρωμα (osteochondroma)
- Νόσος των πολλαπλών εξοστώσεων (Diaphyseal aclasis)
- Περιφλοιώδες χόνδρωμα
- Χονδροβλάστωμα (Chondroblastoma)
- Χονδρομυξοειδές ίνωμα.

3. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΝ ΙΝΩΔΗ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟ

- Μη οστεοποιούμενο ίνωμα (non ossifing Fibroma)
- Καλοήθες ινώδες ιστιοκύτωμα (Benign Fibrous)
- Οστεοποιούμενο ίνωμα (Ossifying Fibroma)

- Διάφορες άλλες βλάβες του συνδετικού ιστού.

4. ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Αιμαγγείωμα
- Γλομαγγείωμα .

5. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΝ ΜΥΕΛΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Ηωσινόφιλο κοκκίωμα (Eosinophilic granuloma).

6. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

7. ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΟΓΚΟΜΟΡΦΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Μονήρης Κύστη των οστών.
- Ανευρυσματική κύστη των οστών.
- Ινώδης δυσπλασία.

8. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΕ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ

- Γιγαντοκυτταρικός όγκος ή Οστεοκλάστωμα

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΣΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Όγκοι ή ογκόμορφες βλάβες οστεβλαστική προέλευσης

- Οστέωμα (Osteoma) - Gardner

Το οστέωμα είναι ογκόμορφη οστική προεξοχή που αποτελείται από αφύσικα πυκνό, αλλά κατά τα άλλα φυσιολογικό οστόν. Παρουσιάζεται αποκλειστικά σχεδόν στα οστά του κρανίου και του προσώπου. Πρώτη εντόπιση είναι ο μετωπιαίος κόλπος με δεύτερο τον ηθμοειδή. Ο όγκος συνήθως είναι ασυμπτωματικός, εκτός αν παρεμποδίζει τη ροή των παραρρινικών κόλπων.

Η θεραπεία είναι χειρουργική (εξαίρεση), εφόσον προκαλεί συμπτώματα. Το οστέωμα όταν συνοδεύεται από εντερικούς πολύποδες, πολλαπλά ινώματα των μαλακών μορίων και υποδόριες κύστες του δέρματος, φέρεται στη βιβλιογραφία ως σύνδρομο (sebaceous cysts) Gardner.

- Οστεοειδές οστέωμα

Γενικά χαρακτηριστικά. Περιγράφηκε από τον Jaffe το 1935. Είναι ένας καλοήθης όγκος αποτελούμενος από μία φωλιά μικρότερη των 2 cm

σε διάμετρο με άφθονη νεύρωση, η οποία περιέχει αρχέγονη σύνθεση του οστού και οστεοειδές.

Πιο συχνά εμφανίζεται στα παιδιά, συνήθως, μετά το 10^ο έτος και στους νέους ενήλικες. Η κατανομή ανάλογα το φύλο δεν έχει τεκμηριωθεί δίνοντας μερικοί μεγαλύτερο ποσοστό στα κορίτσια (άρρεν 1 / θήλυ 4) και άλλοι μεγαλύτερη αναλογία στα αγόρια (άρρεν 2 / θήλυ 1). Η συχνότητά του υπολογίζεται περίπου στο 11% επί του συνόλου των καλοήθων οστικών όγκων. Μπορεί να εντοπισθεί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος πλην των οστών του κρανίου, όμως στο 50% των περιπτώσεων ο όγκος συναντάται στο μηριαίο και στην κνήμη. Παράγει τοπικά μεγάλες ποσότητες προσταγλαδίνης.

Διάγνωση. Η βλάβη χαρακτηρίζεται από έντονο νυκτερινό πόνο ο οποίος όμως υφίσταται με μεγάλη επιτυχία στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και ιδιαίτερα στην ασπιρίνη. Όταν ο όγκος είναι εγκατεστημένος στην σπονδυλική στήλη ή στις αρθρώσεις η διάγνωση τίθεται δύσκολα. Επί εγκατάστασης του στην σπονδυλική στήλη ο ασθενής αναφέρει τοπικό πόνο στην περιοχή της βλάβης, υπάρχει μυϊκός σπασμός και ανταλγική σκολίωση, ενώ όταν βρίσκεται στην άρθρωση του ισχίου η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με εκείνη της υμενίτιδας του ισχίου.

- Ακτινολογικά ή βλάβη απεικονίζει μία έντονη σκληρυντική περιοχή εντοπισμένη στο φλοιό η οποία έχει εξωτερικό σκληρυντικό περίβλημα και οστεολυτικό κέντρο. Στην αξονική τομογραφία παρατηρείται μία μικρή κύστη. Το σπινθηρογράφημα των οστών με ραδιενεργό τεχνίτιο θα απεικονίσει αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στη περιοχή της βλάβης.
- Διαφορική διάγνωση θα γίνει με το απόστημα του Brodie, το καλοήθεο οστεοβλάστωμα και το κάταγμα καταπόνησης (stress fractures).
- Θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική με τη λήψη μη μακράς δράσης αντιφλεγμονώδης αγωγής, η οποία θα οδηγήσει στην ίαση και την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων σε περισσότερο απ' το 50% των ασθενών. Οι ασθενείς που δεν έχουν ανταπόκριση στην συντηρητική αγωγή μπορεί να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση η οποία έγκειται στον χειρουργικό καθαρισμό της βλάβης.
- Το οστεοειδές οστέωμα έχει άριστη πρόγνωση και ποτέ δεν εξαλλάσσεται.

- Καλόηθες οστεοβλάστωμα (Benign osteoblastoma)

Γενικά χαρακτηριστικά. Το οστεοβλάστωμα είναι σχετικά σπάνιος καλοήθης όγκος ο οποίος είναι μεγαλύτερος από 2 cm σε διάμετρο. Αποτελεί το 3% του συνόλου των καλόηθων οστικών όγκων.

Διάγνωση, συνήθως υπάρχει πόνος στο σημείο της βλάβης και η κλινική του εικόνα είναι παρόμοια με εκείνη του οστεοειδούς οστεώματος. Η διαφορά είναι πως ο πόνος δεν ανταποκρίνεται συνήθως με τη λήψη αντιφλεγμονώδους αγωγής. Η αναλογία ανά φύλο είναι ίση και παρουσιάζεται πιο συχνά στις ηλικίες μεταξύ των 10-30 ετών. Ο όγκος εντοπίζεται πιο συχνά στα οπίσθια στοιχεία της σπονδυλικής στήλης (ακανθώδεις αποφύσεις, εγκάρσιες αποφύσεις, μίσχους κ.α) σε ποσοστό 30% με πιο συχνή εντόπιση την αυχενική και οσφυϊκή μοίρα, ενώ επιπλέον μπορεί να εμφανισθεί στα αυλοειδή και τα πλατέα οστά. Ο όγκος εάν εγκατασταθεί στη σπονδυλική στήλη εκτός του πόνου, μπορεί να προκαλέσει νευρολογική σημειολογία λόγω πίεσης των νευρικών στοιχείων. Η ανάπτυξη του όγκου στα αυλοειδή οστά έχει ατρακτοειδή μορφή κατάληψης του οστού.

Στον **ακτινολογικό έλεγχο** το οστεοβλάστωμα χαρακτηρίζεται, στα αυλοειδή πλατιά οστά, από μία καλά περιγεγραμμένη οστική αραίωση που μπορεί να περιέχει περιοχές με κεντρική πυκνότητα. Ενώ στην σπονδυλική στήλη ο όγκος έχει κυστική μορφή. Στο σπινθηρογράφημα των οστών παρατηρείται αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στο σημείο της βλάβης.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει με το οστεοειδές οστέωμα, τον γιγαντοκυτταρικό όγκο, το μη οστεοποιούμενο ίνωμα, την ανευρυσματική κύστη, την ινώδης δυσπλασία και το οστεοσάρκωμα.

Η **θεραπευτική αγωγή** συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του όγκου στα όρια του ή στην απόξεση του όγκου με ταυτόχρονη πλήρωση της κοιλότητας με σπογκώδη οστικά μοσχεύματα. Η χρήση της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας και της κρυοπηξίας μπορεί να εφαρμοστούν όταν η φύση της βλάβης είναι τέτοια όπου δεν μπορεί να γίνει πλήρη χειρουργική εκτομή του όγκου. Έχει υπολογισθεί πως το 2% του καλοήθους οστεοβλαστώματος μπορεί να μεταλλαχθεί σε χαμηλής κακοήθειας οστεοσάρκωμα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει μικροσκοπικός μεγάλη κυτταρική ατυπία και απολύτως οστεοβλαστική.

2. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΧΟΝΔΡΙΝΟ ΙΣΤΟ

- *Εγχόνδρωμα (Chondroma)*

Ιστολογικός, το ενχόνδρωμα είναι ένα αμάρτωμα και χαρακτηρίζεται από έναν καλοήγη ενδομυελικό ώριμο χόνδρινο ιστό. Δηλαδή, μία ομάδα χόνδρινων κυττάρων τα οποία απομονώθηκαν στην μετάφυση του οστού άρχισαν να πολλαπλασιάζονται εντός ενός διαφορετικού ιστού, οστικού, καταλαμβάνοντας όλη του την περιοχή δημιουργώντας μία εξεργασία η οποία ακτινολογικώς προσομοιάζεται κυστική, στην πραγματικότητα όμως είναι συμπαγής από χόνδρο ο οποίος δεν απεικονίζεται. Είναι ένας σχετικά συχνός όγκος και αποτελεί το 25% των καλοήθων όγκων του σκελετικού συστήματος, ενώ μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Τις πιο πολλές φορές είναι ασυμπτωματικός. Συνήθως εντοπίζεται στα μικρά οστά της άκρας χείρας ή άκρου ποδός περίπου στο 50% των περιπτώσεων, αλλά μπορεί να παρουσιασθεί στις μεταφύσεις και επιφύσεις των μακρών οστών, κυρίως του μηριαίου και του βραχιονίου.

Κατά την **κλινική εξέταση** παρουσιάζεται διόγκωση των φαλάγγων ή των μετακαρπίων. Ο όγκος όπως αναφέρθηκε είναι ασυμπτωματικός και συνήθως διαγιγνώσκεται όταν επέλθει το κάταγμα. Ακτινολογικά, παρατηρείται μία ευρεία, καλά περιγεγραμμένη διαυγής ωοειδής βλάβη, εγκατεστημένη στην μετάφυση των οστών η οποία μπορεί να είναι μονοδιαμερισματική ή πολυδιαμερισματική με στικτές σκληρυντικές εστίες λόγω ασβεστοποίησης αν και μερικές φορές οι στικτές εστίες μπορεί να απουσιάζουν ειδικά στα αρχικά στάδια. Ο φλοιός των οστών είναι ανέπαφος εφόσον δεν έχει προκληθεί κάταγμα.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει με τον γιγαντοκυτταρικό όγκο, το καλοήγη χονδροβλάστωμα, τη μονήρη κύστη, το χονδρομυξοειδές ίνωμα. ενώ όταν η βλάβη εντοπίζεται στα μακρά αυλοειδή οστά τότε η διαφορική διάγνωση με το χαμηλής κακοήθειας χονδροσάρκωμα είναι δύσκολη. Επιπλέον όταν υπάρχουν στικτές ασβεστοποιήσεις θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται με το οστικό έμφρακτο.

Θεραπεία, όταν είναι ασυμπτωματική η βλάβη, ή είναι μικρή και δεν αναπτύσσεται, η αντιμετώπιση του εγχονδρώματος είναι συντηρητική και συνίσταται η παρακολούθηση της. Εάν παρουσιάζονται λειτουργικές διαταραχές, επί κατάγματος ή όταν αναπτύσσεται σε μέγεθος η βλάβη, τότε λαμβάνει χώρα η χειρουργική εκτομή του όγκου και η πλήρωση του ελλείμματος με οστικό μόσχευμα. Η υποτροπή μετά την εκτομή του όγκου είναι σπάνια.

Συνήθως έχει καλή πρόγνωση και σπάνια εξαλλάσσεται σε κακήθες όγκο, ιδίως στα εγchonδρώματα των μακριών οστών.

- Πολλαπλή εγchonδρομάτωση

Πολλαπλή εγchonδρομάτωση ή νόσος των πολλαπλών εγchonδρωμάτων ή νόσος του Ollier. Είναι μία σπάνια νόσος και εμφανίζεται συνήθως στα παιδιά. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά εγchonδρώματα στις μεταφύσεις και διαφύσεις διαφόρων μακρών οστών. Είναι μία συγγενής και όχι κληρονομική πάθηση. Τις πιο πολλές φορές έχει μονόπλευρη κατανομή. Τα αποτελέσματα αυτής της βλάβης είναι η παραμόρφωση, η βράχυνση και η γωνίωση των οστών. Η πιθανότητα εξαλλαγής είναι μεγάλη και υπολογίζεται περίπου στο 25%. Στο 60-70% της πολλαπλής εγchonδρωμάτωσης συνυπάρχουν αιμαγγειώματα τόσο στο δέρμα όσο και στα σπλάχνα, αυτή η πάθηση ονομάζεται σύνδρομο του Maffucci.

- Οστεοχόνδρωμα

Είναι ο πιο κοινός καλοήθεις όγκος του σκελετικού συστήματος. Εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια απ' ότi στα κορίτσια στις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής. Είναι ένα αμάρτωμα και όχι νεοπλασία. Συνήθως έχει σημείο εκκίνησης εστίες χόνδρινου ιστού και παραμένει κάτω από το περίοστεο όπου και μεγαλώνει παράλληλα με την ανάπτυξη του οστού για όσο διάστημα οι επιφύσεις των οστών παραμένουν ανοικτές. Η ανάπτυξη του διακόπτεται όταν ολοκληρωθεί και η ανάπτυξη του οστού, εάν η αύξηση σε μέγεθος του όγκου συνεχισθεί και μετά το τέλος της ανάπτυξης του οστού τότε θα πρέπει να διερευνηθεί ο όγκος για πιθανή κακοήθεια. Εμφανίζεται σαν μονήρης οστική προεξοχή στις μεταφύσεις των μεγάλων οστών και μπορεί να έχει τόσο στενή όσο και πλατιά βάση. Το ελεύθερο άκρο του όγκου καλύπτεται από χόνδρινη στοιβάδα η οποία έχει πάχος 0,5-1 cm ενώ η βάση του είναι οστέινη και είναι άμεσα συνδεδεμένη με το παρακείμενο μυελικό κανάλι. Σπανίως μπορεί να είναι αποτέλεσμα ακτινοθεραπείας στα παιδιά. Η πιο συχνή του εντόπιση είναι στο κάτω τριτημόριο του μηριαίου 25%, στο άνω τριτημόριο της κνήμης 15% ή του βραχιονίου 15%, επιπλέον μπορεί να εντοπισθεί στα πλατιά οστά όπως την πύελο και την ωμοπλάτη 5%, ενώ πολύ σπάνια εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη. Ο όγκος απορεί να ανακαλυφθεί τυχαία κατά τον ακτινολογικό έλεγχο λόγω μίας κάκωσης στην περιοχή ή να προκαλέσει συμπτώματα όπως περιορισμό του εύρους κίνησης της άρθρωσης ή μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει πόνο λόγω τριβής των παρακείμενων τενόντων και να

εμφανίσει τενοντίτιδα. Επιπλέον, κατά την ανάπτυξή του μπορεί να προκαλέσει πιεστικά φαινόμενα στα γειτονικά αγγεία και νεύρα. Η ακτινολογική του εικόνα είναι χαρακτηριστική και υπάρχει μία εξόστωση με σαφή όρια που έχει σημείο εκκίνησης την μετάφυση του οστού. Η βάση του όγκου είναι συνέχεια του οστού απ' το οποίο προέρχεται, ενώ δείχνει μικρότερη του πραγματικού μεγέθους της, λόγω της χόνδρινης επικάλυψης, επειδή γενικά ο χόνδρος δεν απεικονίζεται στον ακτινολογικό έλεγχο.

- **Θεραπεία.** Το οστεοχόνδρωμα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται συντηρητικά και να παρακολουθείται εφόσον η χόνδρινη κεφαλή παραμένει μικρότερη του 0,5 cm. Χειρουργικής εκτομής έχουν ανάγκη οι όγκοι που δίνουν κλινικά συμπτώματα όπως πόνο, ή νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές, ή ακόμα και για αισθητικούς λόγους. Επιπλέον θα πρέπει ο όγκος να αφαιρείται χειρουργικά, επί ταχείας ανάπτυξης του, ή αύξησης του μεγέθους του μετά την διακοπή ανάπτυξης του οστού.
- Το οστεοχόνδρωμα πολύ σπάνια μεταλλάσσεται σε κακοήθη όγκο. Έχει υπολογισθεί πως η εξαλλαγή του σε κακοήθεια είναι μικρότερη του 1% και συμβαίνει συνήθως στις πολλαπλές εξοστώσεις όπου η χόνδρινη κεφαλή είναι μεγαλύτερη του 1 cm ή όταν το μέγεθος του όγκου είναι μεγαλύτερο των 5 cm.

- Νόσος των πολλαπλών εξοστώσεων (Diophyseal aclasis)

Είναι μια κληρονομική μη οικογενής ανωμαλία η οποία όμως είναι σπάνια. Έγκειται στην ανάπτυξη πολλαπλών εξοστώσεων στα μακριά και πλατιά οστά. Η πάθηση υπάρχει συνήθως σε άτομα με μειωμένο ύψος ή σε ασθενείς με άλλες οστικές παραμορφώσεις.

Ο ασθενής επισκέπτεται τον ιατρό λόγω των παραμορφώσεων του ή του πόνου ο οποίος είναι αποτέλεσμα πιεστικών φαινομένων στα περιβαλλόμενα μαλακά μόρια. Έχει υψηλό δείκτη εξαλλαγής σε χονδοσάρκωμα και υπολογίζεται γύρω στα 10-20%.

- Περιφλοιώδες χόνδρωμα

Είναι ένας σπάνιος καλοήθης χόνδρινος όγκος ο οποίος εξορμάται από το περίοστεο. Αυτή η βλάβη εμφανίζεται συνήθως στα παιδιά και τους νέους ενήλικες. Το χαρακτηριστικό του όγκου είναι μία έκκεντρη γύρω από τον φλοιό επιμήκους εγκατεστημένη μάζα η οποία έχει μήκος 1-3 cm και περιέχει μικρές πυκνωτικές εστίες χαρακτηριστικές του χόνδρου. Ακτινολογικά ο όγκος μπορεί να έχει σχήμα κυπέλιου ή δισκοειδή με σκληρυντικά άκρα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί στα όρια του όγκου ή να είναι ευρεία. Η αφαίρεση του όγκου θα πρέπει να είναι πλήρης λόγω των συχνών υποτροπών που παρουσιάζονται επί πλημμελής εκτομής του όγκου.

- Χονδροβλάστωμα

Είναι ένας σπάνιος καλοήθης επιφυσιακός όγκος των μακρών οστών, ο οποίος βρίσκεται κοντά στον συζευκτικό χόνδρο και προέρχεται από ανώριμα κυρίως χονδροκύτταρα. Παρουσιάζεται κατά την εφηβεία και νέους ενήλικες με πιο συχνή κατανομή στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Τα 2/3 του όγκου εμφανίζονται στο άνω τριτημόριο του βραχιονίου, το κάτω τριτημόριο του μηριαίου και το άνω τριτημόριο της κνήμης, μπορεί να εμφανισθεί τόσο στην απόφυση όσο και στην επίφυση των ανωτέρων οστών. Επιπλέον ο όγκος μπορεί να εντοπισθεί πιο σπάνια στα πλατιά οστά, ενώ πολύ σπάνια συναντάται στην σπονδυλική στήλη.

Αναφέρονται ελάχιστες περιπτώσεις με μακρινές μεταστάσεις.

Ακτινολογικά ο όγκος παρουσιάζει έκκεντρη διαυγή κυστική εξεργασία στην επίφυση ή απόφυση, με σκληρυντικά τοιχώματα. Ο φλοιός μπορεί να είναι ανέπαφος ή να έχει προσβληθεί. Στην αξονική τομογραφία μπορεί ή όχι να παρατηρούνται εντός της βλάβης στικτές ασβεστοποιήσεις.

Η ακτινολογική εικόνα της βλάβης, η ηλικία αλλά και η τοποθέτηση του όγκου είναι χαρακτηριστικό της νόσου.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει με το εγχόνδρωμα (στη διάφυση), γιγαντοκυτταρικό όγκο (δεν παρουσιάζει στίξεις) και το χονδροσάρκωμα.

Η θεραπεία είναι ο χειρουργικός καθαρισμός του όγκου και η τοποθέτηση μοσχεύματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ενισχυτικά μέσα όπως κρυοπηξία ή εφαρμογή της φαινόλης. Στο 20% των επεμβάσεων η βλάβη είναι κυστική και αιμορραγική (κυστικό χονδροβλάστωμα) και μπορεί να συγχυστεί με την ανευρυσματική κύστη. Η τοπική υποτροπή υπολογίζεται περίπου στο 14% και η εμφάνιση της βλάβης σε απόσταση είναι σπάνια.

3. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΝ ΙΝΩΔΗ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟ

Μη ασβεστοποιούμενο ίνωμα και ινώδες φλοιώδες έλλειμμα

Είναι καλοήθεις εξεργασίες και παθολογοανατομικά έχουν την ίδια οντότητα. Προέρχονται από ώριμα κύτταρα του συνδετικού ιστού του μυελού των οστών τα οποία δεν έχουν καμία τάση για τον σχηματισμό οστίτη ιστού.

Η βλάβη έχει προτίμηση την διάφυση και την μετάφυση των μακρών οστών και εμφανίζονται ως μικρά οστικά ελλείμματα με τάση να απομακρύνονται και να σχηματίζουν στρογγυλό ή ωοειδές σχήμα. Τις πιο πολλές φορές εμφανίζεται στα παιδιά και ιδιαίτερα στις ηλικίες μεταξύ 4-8 ετών. Πιο συχνά προσβάλλονται το μηριαίο και η κνήμη.

Το μη ασβεστοποιούμενο ίνωμα καταλαμβάνει τις πιο πολλές φορές την μεταφυσιακή περιοχή μπορεί να είναι το αίτιο του πόνου λόγω της λέπτυνσης του φλοιού και την δημιουργία μερικού κατάγματος.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου η ανακάλυψη της βλάβης είναι τυχαία.

Ακτινολογικά υπάρχει μία χαρακτηριστική εικόνα η οποία είναι μια περιγεγραμμένη αραιωτική περιοχή στο ύψος του φλοιού που είναι σπάνια μεγαλύτερη των 10 cm. Το σπινθηρογράφημα των οστών με ραδιενεργό τεχνητό απεικονίζει ελάχιστη ή μετρίου βαθμού δραστηριότητα στο επίπεδο της βλάβης.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει με το καλοήθες οστεοβλάστωμα, το απόστημα του Brodie και την ινώδη δυσπλασία.

Το ινώδες έλλειμμα του φλοιού συνήθως αυτοϊάται μετά την παρέλευση 1-5 ετών. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου παραμένει και επεκτείνεται προς την μυελική κοιλότητα, σ' αυτές τις περιπτώσεις αποκαλείται μη οστεοποιούμενο ίνωμα. Δεν χρειάζεται χειρουργική επέμβαση παρά μόνο όταν υπάρχει κάταγμα οπού ο ιατρός περιμένει την πώρωση του κατάγματος και μετά παρεμβαίνει χειρουργικά καθορίζοντας τον όγκο και τοποθετώντας μόσχευμα. Η υποτροπή του όγκου είναι εξαιρετικά σπάνια.

- Καλοήθες ινώδες ιστοκύτωμα

(Benign fibrous histiocytoma of bone)

Οστική αλλοίωση ιστολογικά όμοια προς το μη οστεοποιούμενο ίνωμα. Διαφέρει διότι εμφανίζεται σε άτομα μεγαλύτερα των 25 ετών, είναι επώδυνο και εντοπίζεται ιδιαίτερα στα λαγόνια και το ιερό οστού ενώ, όταν εντοπίζεται στα μακρά οστά, προτιμά τη διάφυση ή την επίφυση.

- Οστεοποιούμενο ίνωμα

(Ossifying fibroma)

Η βλάβη αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό που οστεοποιείται και παρουσιάζεται συνήθως στις γνάθους και εξαιρετικά σπάνια στα μακρά οστά.

- Διάφορες άλλες βλάβες του συνδετικού Ιστού

Εκτός από τις παραπάνω υπάρχουν και διάφορες άλλες βλάβες του συνδετικού ιστού, νεοπλασματικές ή όχι, όπως: το ινοζάνθωμα (ξάνθωμα), ινομύξωμα, δεσμοπλαστικό ίνωμα, το περιοστικό δεσμοειδές κ.ά.

4. ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Αιμαγγείωμα

Είναι σπάνιο νεόπλασμα που εντοπίζεται συχνότερα στη σπονδυλική στήλη και το κρανίο και σπανιότερα στα μακρά οστά. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία, αλλά πιο συχνά σε άτομα που πέρασαν τα 60 τους χρόνια. Κλινικά το αιμαγγείωμα είναι συνήθως ασυμπτωματικό και διαπιστώνεται τυχαία. Σπανιότερα είναι δυνατό να γίνει αιτία συμπιεστικού κατάγματος του σώματος ενός σπονδύλου μετά από ασήμαντη βία, πράγμα που αρκετά συχνά γίνεται αιτία να διαγνωσθεί η πάθηση. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν αιμαγγειώματα των μαλακών μορίων ή του δέρματος.

Ακτινολογικά τα ευρήματα είναι χαρακτηριστικά ανάλογα με την εντόπιση. Στο κρανίο εμφανίζεται σαν στρόγγυλη ή ωοειδής αραιωτική επεξεργασία με χαρακτηριστική ψηκτροειδή εικόνα, που μοιάζει με ακτίνες ήλιου, και προκαλεί ελαφρά προβολή του έξω φλοιού προς τα έξω. Στη σπονδυλική στήλη έχει εικόνα προχωρημένης οστεοπόρωσης με τονισμό της κάθετης δοκίδωσης, που αφορά συνήθως σε ένα και σπανιότερα σε δύο σπόνδλους.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει στο κρανίο από το ηωσινόφιλο κοκκίωμα ή το πολλαπλούν μυέλωμα και στη σπονδυλική στήλη από την ανευρυσματική κύστη.

Θεραπεία: Συνήθως δε χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία. Η ακτινοβολία σε μέτριες δόσεις μπορεί να σταματήσει την εξέλιξη της βλάβης και να οδηγήσει ακόμη και στην ίαση της. Σε περίπτωση πίεσης του νωτιαίου μυελού ή των ριζών των νωτιαίων νεύρων υπάρχει ένδειξη πεταλεκτομής, η οποία πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή λόγω του κινδύνου αιμορραγίας.

- Γλομαγγείωμα

(Glomus tumor)

Πρόκειται για πάρα πολύ σπάνιο μικρό ογκίδιο που εντοπίζεται κατά κανόνα σε ονυχοφόρο φάλαγγα των δακτύλων του χεριού και προκαλεί έντονο πόνο.

5. ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟ ΜΥΕΛΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Ηωσινόφιλο κοκκίωμα

(Eosinophilic granuloma)

Πρόκειται για καλοήγη, μη νεοπλασματική, κατά κανόνα μονήρη, οστεολυτική βλάβη, που κατατάσσεται σήμερα στην οικογένεια της *ιστιοκύττωσης Χ*. Η τελευταία αποτελεί πάθηση του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος, άγνωστης αιτιολογίας, που προσβάλλει περισσότερα όργανα και περιλαμβάνει τις ακόλουθες μορφές:

1. *Οξεία διάχυτη* μορφή ιστιοκύττωσης Χ (νόσο Letterer – Siwe), που προσβάλλει μικρά παιδιά και καταλήγει ταχέως σε θάνατο.
2. *Χρόνια διάχυτη* μορφή (νόσος Hand – Schuller – Christian). Προσβάλλει μεγαλύτερα παιδιά και νεαρούς ενήλικες και έχει χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων: Εξόφθαλμο, άπιο διαβήτη και πολλαπλές οστεολυτικές αλλοιώσεις στα οστά κυρίως του καρκίνου.
3. *Ηωσινόφιλο κοκκίωμα* ή εντοπισμένη μορφή. Το ηωσινόφιλο κοκκίωμα είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σαν αμιγής οστική πάθηση ή σπανιότερα να αποτελεί μία απ' τις εκδηλώσεις των προηγούμενων παθήσεων. Προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών και εκδηλώνεται με ελαφρό πόνο και διόγκωση, όταν τα οστά είναι επιφανειακά. Εφόσον εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη, προκαλεί καθίζηση και αποπλάτυνση του σώματος του σπονδύλου, πάθηση γνωστή με το όνομα *Vertebra plana* (αποπλατυνθείς σπόνδυλος).

Η πάθηση εντοπίζεται συχνότερα στο κρανίο, τη σπονδυλική στήλη, τις πλευρές, τη λεκάνη και τη διάφυση του μηριαίου.

Ακτινολογικά παρουσιάζεται σαν μικρή οστεολυτική εστία χωρίς οστεοσκλήρυνση.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από το κεντρικό απόστημα του Brodie και από οποιαδήποτε οστεολυτική βλάβη μικρού μεγέθους.

Η θεραπεία συνήθως είναι χειρουργική, δηλαδή αφαίρεση όπου είναι δυνατή. Ακτινοθεραπεία, σε δόσεις 2000 rads ή και λιγότερο, εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που η χειρουργική προσπέλαση της βλάβης δεν είναι δυνατή. Η πρόγνωση είναι καλή σε μονήρη οστική εντόπιση.

6. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Είναι εξαιρετικά σπάνιοι και περιλαμβάνουν:

1. Το *νευριλήμωμα* (Schwannoma) που ξεκινάει από τα περιβλήματα των νεύρων του οστού, και
2. Το *νευρίνωμα* (Neurofibroma) που αναπτύσσεται στα οστά σε πολλαπλή μορφή στη νόσο του Reck – Inghausen (νευροϊνωμάτωση). Η πάθηση αυτή προκαλεί συχνά κυφοσκολίωση με βαριά πρόγνωση καθώς και συγγενή ψευδάρθρωση της κνήμης.

7. ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΟΓΚΟΜΟΡΦΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Μονήρης κύστη των οστών

Η αιτιολογία της εμφάνισης της είναι μέχρι σήμερα άγνωστη.

Καταλαμβάνει τα μακριά αυλοειδή οστά ανάμεσα στην αναπτυξιακή πλάκα και την επίφυση, πιο συχνά εμφανίζεται στο μηριαίο και το βραχιόνιο. Η μονήρης κύστη παρουσιάζεται στις ηλικίες μεταξύ 5-15 ετών και η αναλογία της με το φύλο είναι αγόρια > κορίτσια 4/1.

Η βλάβη έχει σημείο έναρξης την σπογγώδη ουσία με προοδευτική επέκταση και μετακίνηση απ' την μετάφυση στην διάφυση. Η κύστη είναι ευρεία με πολύ αδύνατα όρια, περιβάλλεται από μεμβράνη και περιέχει διαυγές ωχρό ή ξανθό-ερυθρωπό υγρό. Με την πάροδο του χρόνου προκαλείται λέπτυνση του φλοιού το οποίο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την μικρή διαστολή του οστού. Επιπλέον, η λέπτυνση του φλοιού απορεί να οδηγήσει με την σειρά του στην εμφάνιση κατάγματος. Διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει με εγχόνδρωμα, ηωσηνόφιλο κοκκίωμα και ινώδη δυσπλασία.

Θεραπεία:

- Η αναρρόφηση του περιεχόμενου της κύστεως δια της παρακεντήσεως με βελόνα και η έγχυση εντός της κοιλότητας υδροκορτιζόνης έχει ποσοστά ίασης περίπου στο 60%.
- Η έγχυση μυελού των οστών με αφαλατωμένη θεμέλιο (demineralization matrix) οστική ουσία έχει τα ίδια αποτελέσματα με την υδροκορτιζόνη η οποία όμως στοιχίζει οικονομικά περισσότερο.
- Άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση με υψηλά όμως ποσοστά υποτροπής είναι η απόξεση της κύστης και η πλήρωση της με σπογγώδη μοσχεύματα.

- Ανευρυσματική κύστη των οστών

(Aneurysmal bone cyst)

Πρόκειται για καλοήγη κυστική βλάβη των οστών, άγνωστης γενικά αιτιολογίας. Φαίνεται πολύ πιθανό ότι έχει αγγειακή προέλευση. Είναι σπανιότερη από τη μονήρη κύστη και εντοπίζεται στη μετάφυση των μακρών οστών και μάλιστα του βραχιόνιου, της ωλένης και του μηριαίου, αλλά εξίσου συχνά και στους σπονδύλους και στα πλατιά οστά προσώπου και κρανίου. Η πάθηση προκαλεί διεύρυνση του οστού, όπως υποδηλώνει το όνομα της, αρκετά συχνά καταστρέφει το φλοιό και έχει αιμορραγικό περιεχόμενο. Παρουσιάζεται συνήθως, όπως και η μονήρης κύστη, σε άτομα ηλικίας 5-20 χρόνων χωρίς ιδιαίτερη εκλεκτικότητα στο φύλο.

Κλινικά εκδηλώνεται με πόνο, τοπική ευαισθησία στην πίεση και σε προχωρημένα στάδια μεγάλη διόγκωση που φαίνεται σε οστά που δεν καλύπτονται από πολλά μαλακά μόρια. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθούν συμπτώματα από παρακείμενη άρθρωση ή από πίεση νευρικών ριζών, εφόσον εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη. Σπανιότερα είναι δυνατό να συμβεί παθολογικό κάταγμα. Ο ρυθμός με τον οποίο αναπτύσσεται μια ανευρυσματική κύστη δεν μπορεί να προβλεφθεί. Μερικές αυξάνονται μέσα σε διάστημα μηνών, ενώ άλλες μένουν στάσιμες για μακρό χρονικό διάστημα.

Ακτινολογικά στα αρχικά στάδια εμφανίζεται σαν μια μεγάλη «έκκεντρη» οστεολυτική βλάβη, χωρίς στοιχεία οστεοπαραγωγικά, ενώ αργότερα παρατηρείται διόγκωση του οστού από απόθεση και καταστροφή του φλοιού του. Στην περίπτωση αυτή η κύστη μπορεί να επεκταθεί σαν διάχυτη σκιά και μέσα στα γύρω μαλακά μόρια.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει, εφόσον εντοπίζεται στα μακρά οστά, από τη μονήρη κύστη, το οστεοσάρκωμα και το γιγαντοκυτταρικό όγκο, ενώ αν εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη, από τα δικτυοκυτταρικό σάρκωμα.

Η *θεραπεία* γίνεται όπως και στη μονήρη κύστη, δηλαδή με απόξεση και τοποθέτηση μοσχευμάτων από το λαγόνιο ή καλύτερα με μερική ή ολική υποπεριοστική εκτομή της κύστης και κάλυψη του κενού με μοσχεύματα. Υποτροπές με την απόξεση είναι αρκετά συχνές (25%), ενώ εξαλλαγή πολύ σπάνια ιδιαίτερα ύστερα από ακτινοθεραπεία.

Τελευταία χρησιμοποιείται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα η κρυοχειρουργική με εισαγωγή μέσα στην κύστη, ύστερα από απόξεση, υγρού αζώτου σε πολύ χαμηλή θερμοκρασία (-20°C).

Ακτινοθεραπεία μπορεί να γίνει μόνο σε εντοπίσεις μη προσπελάσιμες χειρουργικά. Δεν πρέπει βέβαια να λησμονείται το μικρό μεν αλλά όχι αμελητέο ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής προς σάρκωμα.

- *Ινώδης δυσπλασία (Fibrous dysplasia)*

Πρόκειται για μια σχετικά συχνή, καλοήθη, μονοοστική ή πολυοστική, παθολογική ανωμαλία των οστών, άγνωστης, πιθανώς ορμονικής αιτιολογίας. Η μονοοστική μορφή αποτελεί το 70% των περιπτώσεων ενώ η πολυοστική το 30%. Παρουσιάζεται εξίσου συχνά σε γυναίκες και άνδρες και αρχίζει από την παιδική ηλικία. Η πολυοστική μορφή σε μικρό ποσοστό (3%) συνδυάζεται με τη νόσο του Albright, η οποία παρατηρείται σε νεαρά κορίτσια και συνοδεύεται από πρόωμη ήβη, υπέρχρωση και πολυοστικές μονόπλευρες αλλοιώσεις.

Κλινικά η μονοοστική μορφή συνήθως είναι ασυμπτωματική και η διάγνωση της γίνεται σαν τυχαίο ακτινολογικό εύρημα. Τα οστά που προσβάλλονται από την πάθηση, συχνά διογκώνονται και παραμορφώνονται και καμιά φορά παρουσιάζουν παθολογικά κατάγματα. Οι μονοοστικές μορφές συνήθως υποχωρούν μετά την εφηβεία και σπάνια μπορεί να επαναδραστηριοποιηθούν αργότερα με μια κύηση.

Αναφορικά με την εντόπιση κύριες εστίες είναι: η διάφυση των μακρών οστών μηριαίου και κνήμης, οι πλευρές, η βάση του κρανίου και λιγότερο συχνές το βραχιόνιο και το αντιβράχιο.

Ακτινολογικά οι βλάβες στην ινώδη δυσπλασία παρουσιάζονται σαν διάχυτη ή κυστική αραιωτική επεξεργασία με λέπτυνση του φλοιού του οστού και καμιά φορά απώθηση του προς τα έξω. Αντίθετα στο κρανίο, όπου χρησιμοποιείται ο όρος «ινοστέινη δυσπλασία», οι αλλοιώσεις δίνουν οστεοπυκνωτική εικόνα.

Η *διαφορική διάγνωση* θα γίνει στις πολυοστικές μορφές από τα πολλαπλά εγγονδρώματα ή από τον υπερπαραθυρεοειδισμό, ενώ στις μονοοστικές μορφές από τη μονήρη, την ανευρυσματική κύστη και το μη οστεοποιούμενο ίνωμα.

θεραπεία συνήθως δε χρειάζεται. Σε μονοοστικές μορφές, ιδιαίτερα στα κάτω άκρα, μπορεί να γίνει απόξεση της βλάβης και πλήρωση της κοιλότητας με μοσχεύματα από το λαγόνιο για την αποφυγή παθολογικών καταγμάτων.

Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή, είναι όμως απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση, διότι κακοήθης εξαλλαγή αυτόματα ή ύστερα από ακτινοβολία της βλάβης δεν αποκλείεται.

8. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΕ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ

- Γιγαντοκυτταρικός όγκος

Ο καλοήθης γιγαντοκυτταρικός όγκος είναι χαμηλού βαθμού κακοήθειας νεοπλασματική βλάβη η οποία σχεδόν πάντα εξορμάται από την μετάφυση και επίφυση των ώριμων μακρών αυλοειδών οστών. Εμφανίζεται συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ των 20-40 ετών δηλαδή όταν η επιφυσιακή πλάκα είναι πλέον κλεισμένη. Καταλαμβάνουν το 20% επί του συνόλου των καλοήθων όγκων του σκελετικού συστήματος και έχει υπολογισθεί πως το 5% των γιγαντοκυτταρικών όγκων εξαλλάσσονται ή υποτροπιάζουν μετά από οποιαδήποτε θεραπευτική αντιμετώπιση (χειρουργική ή συντηρητική). Η βλάβη εντοπίζεται συχνότερα στην κάτω επίφυση του μηριαίου, την άνω επίφυση της κνήμης, κάτω πέρατος κερκίδας και άνω επίφυση βραχιονίου.

Διάγνωση: υπάρχει τοπικός πόνος, οίδημα και ευαισθησία στην πλειοψηφία των ασθενών. Στο 10- 15% των περιπτώσεων ο ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο με παθολογικό κάταγμα.

Ακτινολογικά παρατηρείται μια έκκεντρη κυστική εξεργασία στην επίφυση, επεκτατική η οποία προκαλεί τάση στον φλοιό, ενώ μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθεί ρήξη του φλοιού χωρίς όμως περιοριστική αντίδραση. Υπάρχει καταστροφή τόσο του φλοιώδους όσο και του σπογγώδους οστού. Στις επιθετικές βλάβες ο όγκος επεκτείνεται στα μαλακά μόρια. Λόγω της πιθανής επιθετικής συμπεριφοράς του όγκου, η αξονική και μαγνητική τομογραφία είναι απαραίτητες απεικονιστικές εξετάσεις για την σταδιοποίηση της βλάβης.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει με το οστεοβλάστωμα, το εγχόνδρωμα, το χονδροβλάστωμα, την ανευρυσματική κύστη και τον υπερπαραθυρεοειδισμό όπου στον γιγαντοκυτταρικό όγκο το Ca του ορού είναι σε φυσιολογικά επίπεδα σε αντίθεση με τον καφεοειδή όγκο των παραθυρεοειδών.

Αξιολόγηση: ο γιγαντοκυτταρικός όγκος είναι σταδιοποιημένος από τον Campanacci, όπου χαρακτηρίζεται η δραστηριότητα του όγκου.

Στάδιο I: ο όγκος παράγει συμπτώματα, ενώ η ακτινολογική απεικόνιση είναι άδηλη και είναι καλά εντοπισμένη εντός του οστού.

Στάδιο II: ο όγκος είναι πιο επιθετικός και επεκτείνεται χωρίς να διασπά τον φλοιό του οστού.

Στάδιο III: ο όγκος είναι πολύ επιθετικός με ταχεία και μαζική ανάπτυξη με επέκταση εκτός του φλοιού και καταλαμβάνει τις γείτονες μυϊκές μάζες.

Θεραπεία: ο επιμελής και προσεκτικός καθαρισμός του όγκου σε συνδυασμό με την χρήση επικουρικών μέσων και τοποθέτηση μοσχεύματος, αποτελούν την θεραπεία εκλογής στους γιγαντοκυτταρικούς όγκους. Σαν βοηθητικό μέσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί το τσιμέντο, η φαινόλη και η κρυοχειρουργική. Η προσεκτική απόξεση του όγκου και η τοποθέτηση τσιμέντου έχουν 10-20% υποτροπή.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σχετικά απροσπέλαστους, όπως στη σπονδυλική στήλη και την πύελο, σε κέντρα χωρίς ιδιαίτερη εμπειρία, τεχνική υποδομή και οικονομική υποστήριξη.

Στη σύγχρονη ιατρική κανένας όγκος δεν μπορεί να θεωρηθεί απροσπέλαστος και όλοι μπορεί να έχουν χειρουργική αντιμετώπιση.

Επίσης θα πρέπει να τονισθεί πως η υποτροπή μετά από την ακτινοθεραπεία είναι σε υψηλά ποσοστά.

Εκτομή του γιγαντοκυτταρικού όγκου μπορεί να πραγματοποιηθεί στην περιοχή όπου η αφαίρεση του οστού δεν θα προκαλέσει σοβαρά λειτουργικά προβλήματα, όπως στην κεφαλή της περόνης. Έχει υπολογισθεί πως το 2% των γιγαντοκυτταρικών όγκων μπορεί να δώσουν πνευμονικές μεταστάσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται η τοπική αφαίρεση της μετάστασης.

Β Ι. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

1. Οστεοσάρκωμα (osteosarcoma)
2. Παραοστικό ή παραφλοιώδες οστεοσάρκωμα
3. Χονδροσάρκωμα (Chondrosarcoma)
4. Ινοσάρκωμα των οστών (Fibrosarcoma of bone)
5. Κακήθες ινώδες ιστοκύτωμα (malignant fibrous histiocytoma-MFH)
6. Σάρκωμα Ewing
7. Πρωτοπαθές (non – Hodgkin’s) λέμφωμα του οστού (Primary non-Hodgkin’s Lymphoma of bone)
8. Πολλαπλούν μυέλωμα ή πλάσματοκυτταρικό μυέλωμα (Multiple myeloma or plasma-cell myeloma)
9. Χόρδωμα (chordoma)
10. Αδαμαντίνωμα.

ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

1. Οστεοσάρκωμα

1. Γενικά χαρακτηριστικά. Το οστεοσάρκωμα είναι πρωτοπαθές νεόπλασμα των οστών πού χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό νεοπλασματικού οστεοειδούς ιστού επί εδάφους σαρκωματώδους συνδετικού ιστού ο οποίος προέρχεται από μεσεγχυματικό οστεοβλαστικό ιστό.

• Είναι δεύτερος σε συχνότητα πρωτοπαθής όγκος των οστών και αποτελεί το 20% των σαρκωμάτων των οστών. Η συχνότητα του στις ΗΠΑ είναι 2 περιπτώσεις στο εκατομμύριο τον χρόνο, μεταξύ ηλικίας 10 έως 25 ετών και παρουσιάζεται περισσότερο στους άνδρες. Σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να εμφανιστεί σαν επιπλοκή της νόσου του Paget.

- Υποδιαιρείται σε οστεοβλαστικό, χονδροβλαστικό, νοβαστικό, και τελεαγγειεκταστικό.

2. Διάγνωση:

- Το οστεοσάρκωμα είναι επιθετικός όγκος ο οποίος εντοπίζεται τυπικά στην μετάφυση των οστών με συχνότερα τα οστά του κάτω άκρου του μηριαίου, του άνω άκρου της κνήμης και του βραχιονίου.
- Στην ακτινογραφία παρουσιάζεται σαν μικτή λυτική και σκληρηντική εξεργασία που χαρακτηρίζεται από ασαφή όρια ακτινωτή διάταξη, καταστροφή του φλοιού, υπερέγερση του περιοστέου, χαρακτηριστικό του τριγώνου του Codman.
- Αύξηση της αλκαλικής φωσφοτάσης και της ΤΚΕ και αναιμία.
- Το MRI χρησιμεύει για να προσδιορίζει την προσβολή των μαλακών μορίων και την παρουσία διαπαιδουσών μεταστάσεων (skip metastases).
- Η αξονική τομογραφία μπορεί να εντοπίσει μετάσταση στους πνεύμονες που μπορεί να υπάρχει στο 15% των ασθενών.

Διαφορική Διάγνωση γίνεται μεταξύ:

1. Μετατραυματικής διόγκωσης, όπως επί εμφανίσης πόρου ή οστεοποιούς μυτίτιδος.
2. Οστεομυελίτιδος
3. Σύφιλης
4. Χονδροσαρκώματος
5. Μεταστατικού όγκου

3. Θεραπεία. Η αντιμετώπιση του οστεοσαρκώματος συνδυάζει πολλούς παράγοντες:

α. Όταν μετά από βιοψία τεθεί η διάγνωση, ο ασθενής λαμβάνει χημειοθεραπεία. Αφαίρεση του όγκου ή ακρωτηριασμός του μέλους εφαρμόζεται κατόπιν, επιτυγχάνοντας έτσι μεγάλης διάστασης χειρουργικό καθαρισμό. Αντικατάσταση γίνεται με τεχνητό ή πτωματικό οστό.

β. Αν όγκος παρουσιάζει νέκρωση άνω του 90% τότε η αγωγή συνεχίζεται με τα ίδια φάρμακα. Αν η ανταπόκριση είναι κάτω του 90% τότε συζητείται αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής.

γ. Οι ασθενείς με μετάσταση στους πνεύμονες χρήζουν περιορισμένη αφαίρεση του όγκου.

δ. Η ακτινοθεραπεία δεν έχει θέση στην θεραπεία του οστεοσαρκώματος.

4. Πρόγνωση. Οι ασθενείς με οστεοσάρκωμα τύπου Ιβ κατά Enneking έχουν προσδόκιμο επιβίωσης τα 5 έτη, σε ποσοστό 55% έως 80% μετά από χημειοθεραπεία και χειρουργική αντιμετώπιση.

2. Παραοστικό ή παραφλοιώδες οστεοσάρκωμα (*Parosteal or juxtacortical osteosarcoma*).

Είναι σπάνιος όγκος πιο συχνός στις γυναίκες, που εντοπίζεται κυρίως στην οπίσθια επιφάνεια της κάτω μετάφυσης του μηριαίου και κατά δεύτερο λόγο στην κεντρική μετάφυση της κνήμης και του βραχιόνιου. *Ακτινολογικά* εμφανίζεται σαν πυκνή, κάπως λοβιώδης μάζα που συνδέεται με τον υποκείμενο φλοιό του οστού με ευρεία βάση.

Η *θεραπεία* του είναι χειρουργική και συνίσταται σε ριζική τοπική αφαίρεση ή ακρωτηριασμό. Σε αντίθεση με το κοινό οστεοσάρκωμα, η πρόγνωση εδώ είναι πολύ καλή με ποσοστό 5ετούς επιβίωσης ύστερα από σωστή θεραπεία πάνω από 80%. Το περιοστικό οστεοσάρκωμα αν και ασαφής βιβλιογραφικά οντότητα, φαίνεται ότι αποτελεί μια μορφή παροστικού οστεοσαρκώματος με κυρίαρχο το χόνδρινο στοιχείο.

3. Χονδροσάρκωμα (*Chondrosarcoma*)

Αν εξαιρέσουμε το πολλαπλούν μυέλωμα, το χονδροσάρκωμα αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα μετά το οστεοσάρκωμα κακοήγη όγκο των οστών, που καλύπτει το 17-22% όλων των πρωτοπαθών όγκων των οστών.

Αναπτύσσεται από το χονδρικό ιστό των οστών και είναι λιγότερο κακόηθες από το οστεοσάρκωμα. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή να αναπτυχθεί δευτεροπαθώς σε κεντρικό χόνδρωμα (όπως στη νόσο του Ollier) ή επάνω στη χόνδρινη κάψα οστεοχονδρώματος, ιδιαίτερα στη νόσο των πολλαπλών εξοστώσεων ή τέλος, πάνω σε άλλες καλοήθεις νεοπλασίες των οστών ύστερα από ακτινοβολία.

Προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 30 έως 60 χρόνων (μεγαλύτερης του οστεοσαρκώματος) και εντοπίζεται στις ίδιες περίπου με το οστεοσάρκωμα περιοχές (κάτω μετάφυση του μηριαίου, άνω μετάφυση της κνήμης και του βραχιονίου). Τα οστά της λεκάνης αποτελούν συχνή εντόπιση δευτερογενών χονδροσαρκωμάτων.

Κλινικά εκδηλώνεται με πόνο μέτριας έντασης και διόγκωση σκληρή, ελαφρά ευαίσθητη στην πίεση, χωρίς σημεία υπεραιμίας των υπερκείμενων μαλακών μορίων. Μερικές φορές τα συμπτώματα μοιάζουν και συγχέονται με παθήσεις της γειτονικής άρθρωσης. Οι μεταστάσεις γίνονται με τη φλεβική κυκλοφορία κυρίως στους πνεύμονες, πολύ όμως πιο σπάνια και πιο αργά από το οστεοσάρκωμα. *Ακτινολογικά* τα χονδροσαρκώματα ιδίως τα κεντρικά, παρουσιάζονται σαν οστεολυτική αλλοίωση με ανώμαλο σχήμα, με στικτές αποτιτανώσεις ή περιοχές οστεοπύκνωσης. Σε προχωρημένες

περιπτώσεις μπορεί να φανεί καταστροφή του φλοιού των οστών και επιπλέον διάχυτη σκίαση «νεφελίου» μέσα στα γύρω μαλακά μόρια με εστίες ασβέστωσης. Τα δευτερογενή χονδροσαρκώματα από εξαλλαγή οστεοχονδρώματος (εξόστωσης), δίνουν εκτεταμένη νεφελοειδή σκίαση πέρα από τα όρια της εξόστωσης μαζί με χαρακτηριστικές αποτιτανώσεις.

Η διαφορική διάγνωση στα αρχικά στάδια θα γίνει κυρίως από το εγγόνδρωμα, ενώ σε προχωρημένα από το οστεοσάρκωμα, το ινοσάρκωμα και τον γιγαντοκυτταρικό όγκο.

Θεραπεία: Η ριζική τοπική εκτομή του όγκου, όπου είναι εφικτή και η αντικατάσταση με ειδικά κατασκευασμένη πρόθεση αποτελεί την καλύτερη θεραπεία. Ο ακρωτηριασμός εξακολουθεί να χρησιμοποιείται, αν και λιγότερο συχνά. Γίνεται όχι πολύ ψηλά από την εστία της βλάβης και δίνει πολύ καλύτερα αποτελέσματα από ό,τι στο οστεοσάρκωμα. Η ακτινοβολία δε βοηθάει, επειδή ο όγκος είναι ακτινοάντοχος ούτε και η χημειοθεραπεία στην οποία επίσης είναι εξαιρετικά ανθεκτικός.

4. Ινοσάρκωμα των οστών

(Fibrosarcoma of bone)

Το ινοσάρκωμα αναπτύσσεται από τον ινώδη συνδετικό ιστό του ενδόστεου ή του περιosteού. Προκαλεί καταστροφή του οστού και σε προχωρημένα στάδια μπορεί να επεκταθεί και μέσα στα μαλακά μόρια. Μπορεί να αναπτυχθεί και «δευτερογενώς» πάνω σε προϋπάρχουσα χρόνια οστεομυελίτιδα, σε ινώδη δυσπλασία, σε νόσο του Paget ή και ύστερα από ακτινοβολία ενός οστού. Είναι λιγότερο συχνό από το οστεοσάρκωμα και το χονδροσάρκωμα. Προσβάλλει εξ' ίσου άνδρες και γυναίκες ηλικίας 30-60 ετών όπως και το χονδροσάρκωμα και εντοπίζεται και αυτό συνήθως στις μεταφύσεις των μακρών οστών (κάτω μετάφυση μηριαίου, άνω κνήμης, άνω βραχιονίου).

Κλινικά παρουσιάζεται με διάφορους βαθμούς κακοήθειας, από τους οποίους εξαρτάται η γρήγορη ή η αργή εξέλιξη. Τα κλινικά ευρήματα είναι τα ίδια όπως και στο χονδροσάρκωμα, δηλαδή πόνος και διόγκωση ευαίσθητη στην τοπική πίεση. Οι μεταστάσεις γίνονται και εδώ με τη φλεβική κυκλοφορία κυρίως στους πνεύμονες.

Η *ακτινολογική εικόνα* δεν είναι χαρακτηριστική. Παρουσιάζεται σαν οστεολυτική επεξεργασία δοκιδωτή ή πολυκυστική με ανώμαλη επέκταση, χωρίς στοιχεία οστεοσκλήρυνσης ή περιοστικής αντίδρασης.

Η *διαφορική διάγνωση* θα γίνει από το μη οστεοποιούμενο ίνωμα, το οστεοσάρκωμα (κυρίως τον οστεολυτικό τύπο), από την ινώδη δυσπλασία, την ανευρυσματική κύστη κ.λ.π.

Η *θεραπεία* είναι χειρουργική. Η ριζικότητα της επέμβασης εξαρτάται από το βαθμό της κακοήθειας. Συνήθως και εδώ ο ακρωτηριασμός αποτελεί την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης. Ευρεία εκτομή και αντικατάσταση με προκατασκευασμένη πρόθεση σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία αποτελεί εναλλακτική λύση.

Η πρόγνωση είναι χειρότερη στον ενδομυελικό τύπο σε σχέση προς τον περιοστικό, είναι όμως πολύ καλύτερη από το οστεοσάρκωμα. Η πενταετής επιβίωση βρίσκεται στα όρια του 25-30%.

5. Κακόηθες ινώδες ιστοκύτωμα (*malignant fibrous histiocytoma-MFH*)

Γενικά χαρακτηριστικά. Κακοήθης εξεργασία που προέρχεται από μη διαφοροποιημένα μεσεγγυματικά κύτταρα. Εμφανίζεται σαν μικτή ινώδης και ιστοκυτταρική εξεργασία. Εμφανίζεται επίσης και σαν όγκος στα μαλακά μόρια.

- Αποτελεί το 5% των κακοηθών όγκων των οστών και εμφανίζεται σε κάθε ηλικία, ιδιαίτερα όμως σε άτομα ηλικίας μεταξύ 40 και 50 ετών.
- Μπορεί να εμφανιστεί σαν δευτεροπαθής όγκος επί εδάφους προϋπάρχουσας καλοήθους εξεργασίας, όπως το οστικό έμφρακτο, ή μετά από ακτινοθεραπεία.
- Η βλάβη είναι πιο συχνή στα οστά των άκρων, κυρίως στην κεντρική και περιφερική μετάφυση του μηριαίου και στην κεντρική μετάφυση της κνήμης.

Διάγνωση.

- Ακτινολογικά παρουσιάζεται κυρίως σαν εντοπισμένη βλάβη με ασαφή όρια, όμως μπορεί να παρουσιάσει και εικόνα διάχυτης βλάβης. Εμφανίζει επίσης ελαφρά υποπεριοστική αντίδραση.
- Διάσπαση του φλοιού και επέκταση στα μαλακά μόρια υποδηλώνει μεγάλη επιθετικότητα του όγκου.
- Το MRI επιβεβαιώνει την καταστροφή του φλοιού και την επέκταση του όγκου στα μαλακά μόρια.

Θεραπεία.

Σε όγκους υψηλού βαθμού προηγείται υποβοηθητική χημειοθεραπεία για να περιορίσει την έκταση του όγκου και να καταστήσει ευκολότερη την ριζική εκτομή του και την διάσωση του μέλους. Σε βαρείες περιπτώσεις γίνεται ακρωτηριασμός του μέλους.

Πρόγνωση.

Για βλάβες χαμηλού βαθμού είναι πολύ καλή. Σε υψηλού βαθμού είναι παρόμοιες με αυτή του οστεοσαρκώματος.

6. Σάρκωμα Ewing

Γενικά χαρακτηριστικά. Το σάρκωμα Ewing, είναι αναπλαστικό, μικρού σχήματος σφαιροκυτταρικός όγκος, αγνώστου ιστογένεσης, πιθανόν να προέρχεται από μεσεγχυματικό συνδετικό ιστό του μυελού των οστών. Σπανίως παρουσιάζεται σαν όγκος των μαλακών μορίων.

- Αποτελεί το 5% των πρωτοπαθών όγκων των οστών και παρουσιάζεται κυρίως στην ηλικία των 10 έως 25 ετών, στους άντρες συχνότερα από τις γυναίκες.
- Προσβάλλει οποιοδήποτε οστόν, κυρίως όμως τα οστά του πυελικού δακτυλίου και των κάτω άκρων. Άλλες συνήθεις εστίες είναι το κεντρικό τμήμα του βραχιονίου και η ωμοπλάτη. Συχνή επέκταση στα μαλακά μόρια.

Διάγνωση.

- Ο όγκος χαρακτηρίζεται από μικρά, σφαιρικά κύτταρα, με ανεπαρκές κυτταρόπλασμα που δεν παράγουν θεμελιώδη ουσία. Τα όρια του είναι ασαφή και μπορεί να επεκταθεί σε όλο το οστόν.
- Ακτινολογικά απεικονίζεται σαν οστεολυτική εξεργασία με οστεοβλαστικές περιοχές, παρουσιάζεται καταστροφή του φλοιού με υπερέγερση του περιosteού και πολλές περιοχές με υποπεριοστική οστεοπλασία που μοιάζει με «φύλλα κρεμμυδιού».
- Η μαγνητική τομογραφία βοηθά στον καθορισμό της προσβολής των μαλακών μορίων.
- Οι ασθενείς παρουσιάζουν πυρετό, κακουχία, καταβολή δυνάμεων και αυξημένη ΤΚΕ. Διαφορική Διάγνωση θα γίνει από την οστεομυελίτιδα και το νευροβλάστωμα.

Θεραπεία

- Το σάρκωμα Ewing είναι ευαίσθητο στην ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία μόνο θεωρείται ανεπαρκής για να περιορίσει τον πρωτογενή όγκο. Παρατηρείται τοπική υποτροπή της τάξεως των 15% έως 20% μετά από ακτινοθεραπεία.
- Έχει προταθεί η χειρουργική θεραπεία σαν θεραπεία πρώτης επιλογής για μεμονωμένες βλάβες σε οστά που μπορούν να αφαιρεθούν χωρίς σοβαρές λειτουργικές συνέπειες, ενώ η χημειοθεραπεία προτείνεται για πιθανές αποκρυπτόμενες μεταστάσεις.

- Σε ασθενείς στους οποίους τα όρια του όγκου δεν μπορούν να καθοριστούν, εφαρμόζεται χημειοθεραπεία, ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία και αφαίρεση του όγκου. Πρώτη επιλογή είναι η διάσωση του μέλους ενώ συνιστάται να προηγηθεί η ακτινοθεραπεία όταν πρόκειται να γίνει ακρωτηριασμός του μέλους.

Πρόγνωση

Το προσδόκιμο της 5-ετούς επιβίωσης σε σάρκωμα Ewing είναι της τάξης του 40% έως 50% με συνεχή μείωση της επιβίωσης με την πάροδο του χρόνου.

7. Πρωτοπαθές (non – Hodgkin's) λέμφωμα του οστού

Το κακόηθες λέμφωμα του οστού που ονομάζονταν παλιότερα *δικτυοκυτταρικό σάρκωμα* (Reticulum cell sarcoma) εντοπίζεται στα οστά ή ως πρωτοπαθής πάθηση (40%) ή αποτελεί τμήμα της γενικευμένης νόσου. Πρόκειται για σχετικά σπάνια νεοπλασία που διαχωρίστηκε από το σάρκωμα του Ewing, επειδή έχει καλύτερη πρόγνωση και επομένως μακρότερο χρόνο επιβίωσης. Προσβάλλει συνήθως άνδρες σε αναλογία 2:1 ηλικίας μεγαλύτερης από εκείνη του σαρκώματος Ewing, δηλαδή 25-60 χρονών. Η εντόπιση και η κλινική εικόνα είναι περίπου όμοια προς εκείνη του σαρκώματος Ewing.

Στην ακτινογραφία παρουσιάζεται ανώμαλη κεντρική διαβρωτική επεξεργασία συνήθως στη διάφυση ενός οστού, που επεκτείνεται προς το φλοιό και καταστρέφει ένα πολύ μεγάλο μέρος του οστού. Ακολουθεί περιοστική αντίδραση και παραγωγή νέου οστού σε μια προσπάθεια ενίσχυσης του οστού του οποίου ελαττώθηκε η ισχύς. Η περιοστική αντίδραση είναι μικρότερη από εκείνη του σαρκώματος του Ewing. Μεταστάσεις γίνονται στους επιχώριους λεμφαδένες και με τη φλεβική κυκλοφορία στους πνεύμονες.

Η *διαφορική διάγνωση* θα γίνει: Από το σάρκωμα του Ewing, από την χρόνια οστεομυελίτιδα και από το μεταστατικό υπερνέφρωμα.

Η *αντιμετώπιση* γίνεται συνήθως με ακτινοθεραπεία, επειδή ο όγκος είναι ακτινευαίσθητος. Εντούτοις λόγω του υψηλού ποσοστού τοπικής υποτροπής (30-40%) που παρατηρείται με τη μέθοδο αυτή, τελευταία μερικοί συγγραφείς συνιστούν ευρεία τοπική εκτομή και χημειοθεραπεία. Η *πρόγνωση* είναι καλύτερη από εκείνη του Ewing. Αναφέρονται ποσοστά πενταετούς επιβίωσης 50-70%.

8. Πολλαπλόν μνέλωμα

Γενικά χαρακτηριστικά

Κακοήθης εξεργασία που χαρακτηρίζεται από αυξημένη διήθηση πλάσματα κυττάρων εντός του μυέλου των οστών.

Αποτελεί την πιο συχνή νεοπλασία των οστών. Το ποσοστό ανέρχεται στο 25%.

- Προσβάλλει κυρίως άνδρες ηλικίας 40 έως 60 ετών και εντοπίζεται κυρίως στην σπονδυλική στήλη, στο κρανίο και στις πλευρές, όπως επίσης και στα μακρά αυλοειδή οστά, κυρίως στο κεντρικό τους τμήμα.
- Μονήρης βλάβη είναι δυνατόν να υπάρξει, η πλειονότητα όμως αυτών μεταβάλλεται σε πολλαπλή βλάβη εντός 10ετίας.

Διάγνωση.

- Η κλασική ακτινολογική εικόνα χαρακτηρίζεται από ήπια λυτική εξεργασία χωρίς στοιχεία αντιδραστικής σκλήρυνσης με ασαφή όρια, 20% των βλαβών είναι αρνητικές στο σπινθηρογράφημα οστών.
- 25% των ασθενών παρουσιάζονται με διάχυτο οστεοπενία και οστεοπόρωση.
- 30% των ασθενών παρουσιάζουν ανωμαλίες στην ηλεκτροφόρηση των πρωτεϊνών, 20% έχουν ανωμαλίες στα ούρα και 2% δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες ούτε στο αίμα ούτε στα ούρα. Η στερνική παρακέντηση έχει κατά 90% θετικά αποτελέσματα.

Θεραπεία.

Το πολλαπλούν μυέλωμα αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

- Μεταμόσχευση μυελού έχει δοκιμασθεί χωρίς να δώσει καλά αποτελέσματα.
- Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα παθολογικών καταγμάτων.

Διαφορική Διάγνωση γίνεται μεταξύ οστεοπόρωσης και πολλαπλών δευτεροπαθών μεταστάσεων.

Πρόγνωση.

Πολλοί ασθενείς ξεπερνούν τα 2 χρόνια επιβίωσης, αλλά σπάνια ξεπερνούν την 10ετία.

9. Χόρδωμα

Γενικά χαρακτηριστικά

Κακοήθες νεόπλασμα, που αναπτύσσεται από τα υπολείμματα της αρχέγονης νωτιαίας χορδής και αντιστοιχεί στο 1% έως 4% των πρωτοπαθών όγκων των οστών.

- 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στην ιεροκοκκυγική χώρα, 35% στην βάση του κρανίου.

- Αυξάνεται βραδέως και προσβάλλει όλες τις ηλικίες, σπάνια όμως άτομα κάτω των 30 ετών.
- Χαρακτηρίζεται ιστολογικά από την παρουσία κυτταροπλασματικών κυψελιδίων.

Διάγνωση.

- Στην ακτινογραφία παρουσιάζεται σαν μη συμμετρική λυτική βλάβη περισσότερων σπονδυλικών σωμάτων.
- Η αξονική και μαγνητική τομογραφία εντοπίζουν καταστροφή του φλοιού και επέκταση στα μαλακά μόρια. .

Θεραπεία.

Ριζική εκτομή του όγκου είναι η θεραπεία επιλογής.

- Τοπική υποτροπή είναι συχνή αν δεν γίνει ριζική αφαίρεση της μάζας.
- Η υποβοηθητική, ακτινοθεραπεία είναι μη αποδεδειγμένη θεραπεία, παρόλο που συνιστάται από μερικούς.

Πρόγνωση.

Στο 33% των περιπτώσεων μπορεί να επιτευχθεί ίαση αν γίνει ριζική αφαίρεση του όγκου. Λόγω της βραδείας ανάπτυξης του όγκου το προσδόκιμο επιβίωσης είναι πάνω από 10 χρόνια.

10. Αδαμαντίνωμα

Γενικά χαρακτηριστικά.

Είναι πολύ σπάνιο και εντοπίζεται κυρίως στην κνήμη. Πιστεύεται ότι είναι επιθηλιακής προέλευσης.

Διάγνωση

Στην ακτινογραφία παρουσιάζεται σαν οστεολυτική βλάβη, κυρίως στο πρόσθιο τμήμα της διάφυσης της κνήμης,

Θεραπεία

Θεραπεία επιλογής είναι η εν-μπλοκ ριζική αφαίρεση του όγκου. Η ακτινοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα.

Πρόγνωση

Αν γίνει ριζική αφαίρεση του όγκου, τα μακροχρόνια, ποσοστά επιβίωσης ανέρχονται σε ποσοστό άνω του 90%.

Ωστεοσάρκωμα: 20%	- σχηματισμός νεοπλασματικού οστεοειδούς ιστού επί εδάφους σαρκωματώδους συνδετικού ιστού, που προέρχεται από μεσεγχυματικό οστεοβλαστικό ιστό.	10-25 ετών
Χονδροσάρκωμα: 10%	- από ώριμο χόνδρινο ιστό	30-60 ετών
Σάρκωμα Ewing: 5%	- αναπλαστικός μικρού σχήματος σφαιροκύτταρο - πιθανόν προέρχεται από μεσεγχυματικό συνδετικό ιστό του μυελού των οστών.	10-25 ετών
Κακώθες ινώδες ιστοκύτωμα: 5%	- από μη διαφοροποιημένα μεσεγχυματικά κύτταρα - μικτή ινώδης και ιστοκυτταρική εξεργασία.	40-50 ετών
Πολλαπλούν μυέλωμα: 25%	- αυξημένη διήθηση πλασματοκυττάρων εντός του νωτιαίου μυελού.	40-60 ετών
Κακώθες λέμφωμα: 3%	- εξεργασία δικτυοκυτταρικού συστήματος - εικόνα ανάπτυξης των λεμφοειδών κυττάρων.	Κάθε ηλικία
Χόρδωμα: 1-4%	- υπολείμματα αρχέγονης νωτιαίας χορδής.	> 30 ετών
Αδαμαντίνωμα: σπάνιο	- επιθηλιακής προέλευσης.	

Γ. ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Α. Προέλευση. Προέρχονται από τον πατρικό τους συνδετικό ιστό.

1. **Όγκοι που παράγουν χόνδρινο και οστίτη ιστό:** οστεοποιός πανικουλίτιδα, οστεοποιός μυίτιδα, αναπτυξιακή οστεοποιός ινοδυσπλασία, εξωσκελετικό χόνδρομα, εξωσκελετικό οστέωμα.
2. **Ινώδεις.** Ίνωμα, αδеноποιός απονευρίτιδα.
3. **Ινοιστιοκυτταρικοί.** Ινώδες ιστιοκύτωμα, άτυπο ινοξάνθωμα.
4. **Λιπώδεις.** Λίπωμα, αγγειολίπωμα, ατρακτοειδές κυτταρολίπωμα, πλεομορφικό λίπωμα, λιποβλάστωμα και λιπομαστοβλάστωσης, ένδο-και διαμυϊκό λίπωμα.
5. **Περιφερικών νεύρων.** Τραυματικό νευρίνωμα, νευρίνωμα του Μόρτον σβάννομα, νευρίνωμα και νευροϊνομάτωση.
6. **Μυϊκοί.** Καλοήθεις λυομύωμα, αγγειομύωμα, ραβδομύωμα ενηλίκων.
7. **Αγγειακοί.** Αιμαγγείωμα, εν τω βάθη αιμαγγείωμα, σφαιρικός όγκος.
8. **Λεμφικοί.** Σηραγγώδες λεμφαγγείωμα, κυστικό λεμφαγγείωμα.
9. **Υμενώδεις.** Γιγαντοκυτταρικός όγκος του περιτενόντιου, τοπική αδеноποιός τενοντουμενίτιδα, πολυποϊκίλη υμενίτιδα.
10. **Πολυδυναμικοί μεσεγγυματικοί.** Καλοήθεις μεσεγγύνωμα.
11. **Αμφίβολης προέλευσης.** Νεοπλασματική ασβέστωση μύξωμα.

Β. Διάγνωση. Η ακτινογραφία μπορεί να προσδιορίσει τη βλάβη και τα συστατικά της θεμελιώδους ουσίας (μέταλλα). Με το MRI εντοπίζεται καλύτερα ο όγκος και τα όρια του. Οι καλοήθεις όγκοι είναι συνήθως ομοιογενείς με σαφή όρια ανάπτυξης.

Γ. Θεραπεία

1. Ενεργείς καλοήθεις βλάβες αφαιρούνται συνήθως είτε δια της βλάβης είτε οριακά (intralesional, marginal).
2. Επιθετικές καλοήθεις βλάβες συνήθως απαιτούν αφαίρεση μαζί με τον περιβαλλόμενο υγιή ιστό.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Α. Γενικά.

1. Ιστολογία.

- Ταξινομούνται ανάλογα της κατεύθυνσης διαφοροποίησης των κυττάρων.
- Η βλάβη αναπτύσσεται φυγόκεντρα, διαπερνώντας τα φυσικά εμπόδια, όπως η μυϊκή περιτονία και το περίοστεο.

- Μεταξύ του όγκου και του υγιούς ιστού υπάρχει η ζώνη αντίδρασης, η οποία αποτελείται από αντιδραστικό υγρό, φλεγμονώδη κύτταρα, ουλώδη ιστό και καρκινωμάτωδη κύτταρα (reactive zone).

2. Διάγνωση. Το μέγεθος, τα όρια και ο χαρακτήρας των όγκων των μαλακών μορίων απεικονίζονται καλύτερα με την μαγνητική τομογραφία. Οι απλές ακτινογραφίες δείχνουν εικόνα κεντρικής ασβέστωσης εντός της μάζας.

3. Σταδιοποίηση.

- Σύμφωνα με την Εταιρεία Όγκων του Μυοσκελετικού Συστήματος η σταδιοποίηση βασίζεται στην ιστολογική κατάταξη της βλάβης, τα τοπικά όρια επέκτασης της βλάβης και την παρουσία ή απουσία μεταστάσεων.

- Εναλλακτικά, η American Joint Committee of Cancer προσθέτει και το μέγεθος του όγκου στη σταδιοποίηση, με αποτέλεσμα και το Αμερικανικό Εθνικό Καρκινικό Ινστιτούτο να προτιμήσει το σύστημα αυτό.

4. Πρόγνωση.

- Εξαρτάται από την ιστολογική εικόνα και την επιτυχία περιορισμού του όγκου σε στενά όρια.

- Στους όγκους των μαλακών μορίων, αντίθετα με αυτούς των οστών, το μέγεθος παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση.

5. Θεραπεία. Η θεραπεία των όγκων των μαλακών μορίων βασίζεται στην ιστολογική διάγνωση και στο στάδιο που βρίσκεται ο όγκος.

α. Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν σκοπό την αφαίρεση του όγκου, μαζί με υγιές ιστό. Όπου είναι κατορθωτό προτιμάται η διάσωση του σκέλους (συγκριτικά με την αφαίρεση του όγκου, ο ακρωτηριασμός δεν αυξάνει την επιβίωση).

1. Αν ο όγκος περιβάλλει μεγάλο αγγείο, πιθανώς να χρειαστεί αφαίρεση και επανασυρραφή του αγγείου.

2. Αν υπάρχει οστική προσβολή, πρέπει να γίνει αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος του οστού εντός υγιών ορίων.

3. Αν ο όγκος περιβάλλει πρωτεύοντες νευρικούς κλάδους, ο ακρωτηριασμός είναι πιθανόν αναγκαίος, λόγω του ότι το σκέλος δεν θα είναι πλέον λειτουργικό αν διασωθεί.

β. Η Ακτινοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία μεγάλων, υψηλού βαθμού σαρκωμάτων μαλακών μορίων, σε συνδυασμό με την διάσωση του μέλους.

1. Παρόλο που η χειρουργική επέμβαση μπορεί να δώσει καλά αποτελέσματα σε ασθενείς με μικρές βλάβες, το σάρκωμα των μαλακών μορίων συνήθως αποτελεί μεγάλη βλάβη, η οποία μπορεί να επηρεάσει πρωτεύοντες νευρικούς κλάδους.
2. Η χρήση της υποβοηθητικής ακτινοθεραπείας προ- ή μετεγχειρητικά χρησίμευε στο να περιορισθεί το μέγεθος του όγκου, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερος έλεγχος και αύξηση της βιωσιμότητας.
3. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σαν «ψηλής ενέργειας εξωτερική ακτινοβολία προ- ή μετεγχειρητικά. μέσω ενδοαγγειακών καθετήρων, διεγχειρητική ηλεκτροθεραπεία ή με συνδυασμό όλων αυτών.

γ. Χημειοθεραπεία. Ο ρόλος της υποβοηθητικής χημειοθεραπείας στην θεραπεία των υψηλού βαθμού σαρκωμάτων των μαλακών μορίων, με εξαίρεση το σάρκωμα Ewing, παραμένει αντικείμενο για έρευνα. Δοκιμές σύνθετης θεραπείας ιφωσφαμίδης με άλλα σκευάσματα έδωσαν καλά αποτελέσματα σε εκτεταμένου βαθμού βλάβες, μεγέθους άνω των 5mm.

Β. Το κακόηθες ινώδες ιστιοκύτωμα είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος μαλακών μορίων στους ενήλικες.

- Πιο συχνός σε άτομα άνω των 50 ετών και προσβάλλει υποδόρια ή εν τω βάθει στοιχεία.
- Προέρχεται από μεσεγχυματικά αρχέγονα κύτταρα.

Γ. Το λιποσάρκωμα προέρχεται από τους λιποβλάστες. Το ινώδες ιστιοκύτωμα και το λιποσάρκωμα αποτελούν την πλειοψηφία των όγκων των μαλακών μορίων με συχνότητα περίπου 20% το καθένα.

- Προσβάλλει άτομα ηλικίας μεταξύ 40 και 60 ετών.
- Εντοπίζεται συνήθως στο μηρό ή οπισθοπεριτονεϊκά, στους εν τω βάθει ιστούς.

Δ. Το σάρκωμα των υμενικών κυττάρων προέρχεται από τα μη διαφοροποιημένα κύτταρα του υμένος.

- Μπορεί να εμφανίζεται ασβεστοποίηση ή οστεοποίηση εντός του όγκου.
- Ο χαρακτηριστικός όγκος είναι διφασικός, η μονοφασική μορφή έχει κακή πρόγνωση.
- Έχει μεγάλη συχνότητα προσβολής των λεμφαδένων, 25% των όγκων αυτών προσβάλλουν τους λεμφαδένες.

Ε. Το ινοσάρκωμα προέρχεται από τους ινοβλάστες.

- Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 30 έως 55 ετών, κυρίως στον μηρό.

ΣΤ. Το ραβδομυοσάρκωμα είναι κακοήθης όγκος των μυών.

- Χαρακτηρίζεται από την παρουσία διαφοροποιημένων ραβδομυοβλαστών, με περιορισμένο κολλαγόνο σαν θεμελιώδη ουσία.

Με βάση την ιστολογική εικόνα της θεμελιώδους ουσίας, υποδιαιρείται σε 4 είδη: Εμβρυονικός, Βοτριοειδής, Κυψελοειδής και Πλειομορφικός όγκος.

- Παρουσιάζεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών και αντιστοιχεί στο 3,5% όλων των νεοπλασιών της παιδικής ηλικίας.
- Ασθενείς με ραβδομυοσάρκωμα αντιμετωπίζονται αρχικά με χημειοθεραπεία και στη συνέχεια είτε με ακτινοθεραπεία είτε με χειρουργική επέμβαση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1. Η μη λειτουργική μορφή του χρωμοσώματος δεν είναι απαραίτητη για την δυσλειτουργία του DNA τους που έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή νεοπλασμάτων: οι σημειακές μεταλλαγές στα ογκογονίδια είναι πιο συχνές από τις μεγάλες χρωμοσωμικές βλάβες.
2. Μία νεοπλασία θεωρείται κακοήθης αν ένα τουλάχιστον από τα κύτταρά της μπορεί να αποδράσει από την πρωταρχική εστία, να προχωρήσει προς άλλη μακρινή, να επιβιώσει εκεί, να αναπαράγει θυγατρικά και νεοπλασματικά κύτταρα και να προσελκύσει επαρκή αιμάτωση με αποτέλεσμα τον ταχύρυθμο πολλαπλασιασμό τους.
3. Καρκινώματα είναι κακοήθεις όγκοι, που προέρχονται από τα ενδοθηλιακά και επιθηλιακά κύτταρα. Σαρκώματα είναι κακοήθεις όγκοι, που προέρχονται από τα μεσεγχυματικά κύτταρα.
4. Όταν αφαιρεθεί χειρουργικά ο όγκος μαζί με την κάψα του και τμήμα από τον περίξ υγιή μαλακό ιστό, τότε αναφερόμαστε στην ευρεία αφαίρεση του όγκου. Ριζική αφαίρεση του όγκου αφορά την πλήρη αφαίρεση του όγκου και όλων των ανατομικών διαμερισμάτων που τον περιβάλλουν.
5. Στην κλινική εξέταση πρέπει να γίνει λεπτομερής αξιολόγηση του πάσχοντος μέλους, να προσδιοριστούν με ακρίβεια τα όρια της βλάβης, η ερυθρότητα του δέρματος και να εκτιμηθεί αν η βλάβη είναι καθηλωμένη ή αν κινείται ελεύθερα.

6. Παρόλο που η κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά δεδομένα και ο ακτινολογικός έλεγχος αποτελούν επαρκή στοιχεία για να υποψιαστούμε την διάγνωση, τη θεραπεία που θα εφαρμοστεί θα βασισθεί κυρίως στα αποτελέσματα της βιοψίας.

Δ. ΟΣΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο σκελετός είναι μία από τις συνηθέστερες εστίες δευτεροπαθούς καρκίνου. Στους ασθενείς ηλικίας πάνω από 50 ετών, οι μεταστατικοί όγκοι των οστών είναι πιο συχνόι απ' ό,τι όλοι οι πρωτογενείς κακοήθεις όγκοι μαζί. Η πιο συχνή πρωτοπαθής εστία είναι ο καρκίνος του μαστού. Η επόμενη σε συχνότητα είναι ο καρκίνος του προστάτη, των νεφρών, του πνεύμονα, του θυροειδούς, της ουροδόχου κύστεως και του πεπτικού σωλήνα. Σε ένα ποσοστό περίπου 10% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται η πρωτοπαθής εστία.

Τα πιο συχνά σημεία μεταστάσεων στα οστά είναι τα σώματα των σπονδύλων, η λεκάνη, το κεντρικό ήμισυ του μηριαίου και του βραχιονίου. Η διασπορά γίνεται συνήθως αιματογενώς. Μερικές φορές ορισμένοι όγκοι των σπλάχνων επεκτείνονται κατά συνέχεια ιστών στα παρακείμενα οστά (π.χ. στη λεκάνη και στα πλευρά). Οι μεταστάσεις είναι συνήθως οστεολυτικές και τα παθολογικά κατάγματα είναι συχνά. Η οστεόλυση οφείλεται είτε στην άμεση επίδραση του όγκου, είτε σε παράγωγα του όγκου που έχουν οστεοκλαστική δράση. Οι οστεοβλαστικές μορφές είναι σπάνιες και συνήθως οφείλονται σε μετάσταση από ένα καρκίνο του προστάτη.

Κλινική εικόνα

Ο ασθενής είναι συνήθως ηλικίας 50-70 ετών. Σε κάθε οστεολυτική αλλοίωση των οστών σ' αυτή την ομάδα ηλικίας, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις μεταστάσεις.

Ο πόνος είναι το συχνότερο και συχνά το μόνο κλινικό σημείο. Η ξαφνική εμφάνιση οσφυαλγίας, ή πόνου στο μηριαίο σε έναν ηλικιωμένο και ειδικά σε κάποιον ο οποίος έχει αντιμετωπισθεί για καρκίνο στο παρελθόν, θα πρέπει να θέτει υπόνοια μετάστασης. Αν ο ακτινολογικός έλεγχος είναι αρνητικός τότε επιβάλλεται ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος. Μερικές μεταστατικές εστίες παραμένουν κλινικά σιωπηρές και αποκαλύπτονται τυχαία κατά τον ακτινολογικό έλεγχο ή μετά από κάποιο παθολογικό κάταγμα. Η ξαφνική καθίζηση ενός σπονδύλου ή ένα κάταγμα της μεσότητας της διάφυσης ενός μακρού οστού σε έναν ηλικιωμένο είναι δυσοίωνα σημεία. Εάν δεν υπάρχει κάποιο ιστορικό ή κάποια κλινικά σημεία που να κατευθύνουν την διάγνωση της

πρωτοπαθούς εστίας, η βιοψία της περιοχής του κατάγματος είναι ουσιαστική.

Στα παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών, οι μεταστάσεις οφείλονται συνήθως σε ένα νευροβλάστωμα των επινεφριδίων. Το παιδί παρουσιάζεται με οστικό πόνο και πυρετό. Η εξέταση αποκαλύπτει την ενδοκοιλιακή μάζα. Συμπτώματα που οφείλονται στην υπερασβεστιαμία μπορεί να παρουσιαστούν (και συχνά δε γίνονται αντιληπτά) σε ασθενείς με σκελετικές μεταστάσεις. Αυτά περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, κοιλιακό άλγος, γενικευμένη αδυναμία, κατάπτωση και πολουρία.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. Οι περισσότερες σκελετικές μεταστάσεις είναι οστεολυτικές και εμφανίζονται σαν αραιωτικές περιοχές ή προκαλούν μία εικόνα "σκωροφαγωμένου" φλοιού. Μερικές φορές υπάρχει μία εντοπισμένη οστική καταστροφή με ή χωρίς παθολογικό κάταγμα. Οι οστεοβλαστικές εναποθέσεις συνήθως προέρχονται από ένα καρκίνο του προστάτη. Η λεκάνη μπορεί να εμφανίζει μία διάστικτη αύξηση της πυκνότητας η οποία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη νόσο του Paget ή το λέμφωμα.

Ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος με ⁹⁹Tc-HDP είναι ο πιο ευαίσθητος τρόπος για την αποκάλυψη σιωπηλών μεταστάσεων στα οστά. Οι περιοχές αυξημένης συγκέντρωσης επιλέγονται για λεπτομερή ακτινολογικό έλεγχο

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ. Η Τ.Κ.Ε. μπορεί να είναι αυξημένη και η αιμοσφαιρίνη είναι συνήθως χαμηλή. Η αλκαλική φωσφατάση του ορού είναι συχνά αυξημένη, ενώ στο προστατικό καρκίνωμα η όξινη φωσφατάση είναι συνήθως επίσης αυξημένη. Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού μπορεί να αξιολογηθούν μετρώντας στο αίμα το επίπεδο του CA 15-3, ενός καρκινικού αντιγόνου το οποίο είναι ένας αξιόλογος δείκτης των οστικών μεταστάσεων.

Θεραπεία

Από την στιγμή που ο ασθενής αναπτύξει μεταστάσεις, η πρόγνωση όσον αφορά την επιβίωση είναι φτωχή. Μερικές φορές, όμως η ριζική θεραπεία (με συνδυασμένη χειρουργική επέμβαση και ραδιοθεραπεία) της μονήρους μετάστασης και της πρωτοπαθούς εστίας, μπορεί να είναι χρήσιμη και ακόμη και θεραπευτική.

Αυτό συνήθως αφορά το υπερνέφρωμα και τους όγκους του θυρεοειδούς. Αλλά στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων και φυσικά σ' αυτές με πολλαπλές μεταστάσεις, η θεραπεία είναι τελείως συμπτωματική. Γι' αυτό το λόγο, η λεπτομερής και επίμονη έρευνα για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας θα πρέπει να αποφεύγεται. Η έρευνα μπορεί να είναι

διαγνωστικά χρήσιμη, αλλά θεραπευτικά είναι χωρίς όφελος και ψυχολογικά επιβλαβής.

Παρά την απελπιστική πρόγνωση, οι ασθενείς αξίζουν να περάσουν τους υπόλοιπους μήνες ή χρόνια της ζωής τους όσο γίνεται πιο ανώδυνα και να πεθάνουν με ένα ήσυχο και αξιοπρεπή τρόπο. Η αποτελεσματική θεραπεία των σκελετικών μεταστάσεων συμβάλλει σε αυτό σημαντικά. Επιπλέον οι ασθενείς χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια, για τη διευθέτηση των προσωπικών τους υποθέσεων.

ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται αναλγητικά, αλλά τα περισσότερο ισχυρά ναρκωτικά θα πρέπει να φυλαχθούν για τα τελικά στάδια.

Εκτός και αν υπάρχει κάποια ειδική αντένδειξη, η ακτινοβολία χρησιμοποιείται τόσο για τον έλεγχο του πόνου, όσο και για την μείωση του όγκου της μετάστασης. Αυτή συνήθως συνδυάζεται και με άλλα είδη θεραπείας (π.χ. εσωτερική οστεοσύνθεση). Οι μεταστάσεις από το μαστό ή τον προστάτη αντιμετωπίζονται και με τη χρήση ορμονών. Χορηγείται stilboestrol για τις μεταστάσεις από καρκίνο του προστάτη και ανδρογόνα ή οιστρογόνα σε καρκίνωμα του μαστού.

Οι διάσπαρτες μεταστάσεις από τον καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζονται μερικές φορές με ωοθυκεκτομή, συνδυασμένη με αφαίρεση επινεφριδίων ή αφαίρεση της υπόφυσης.

Ο αφόρητος πόνος μερικές φορές απαιτεί την διατομή ενός νεύρου ή ακόμη και του νωτιαίου μυελού. Η υπερασβεστιαϊμία μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις περιλαμβανομένης της νεφρικής οξέωσης, της νεφρασβέστωσης, της απώλειας συνείδησης και του κώματος. Θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με σωστή ενυδάτωση, ελάττωση της πρόσληψης ασβεστίου και χορήγηση διφωσφονικών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ. Η χειρουργική δειλία μπορεί να καταδικάσει τον ασθενή σε έναν επώδυνο αργό θάνατο. Έτσι, τα κατάγματα της διάφυσης των οστών, σχεδόν χωρίς καμία εξαίρεση, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με εσωτερική οστεοσύνθεση και (εάν είναι απαραίτητο) να τοποθετείται και μεθυλοακρυλικό τσιμέντο. Εάν υπάρχουν πολλαπλά κατάγματα, αυτά μπορεί να οστεοσυντεθούν με μία νάρκωση. Ο πόνος γίνεται αμέσως ηπιότερος, η νοσηλεία είναι πιο εύκολη και ο ασθενής μπορεί να σηκωθεί γρηγορότερα και να κάνει τις άλλες θεραπείες ταχύτερα και πιο άνετα. Τα κατάγματα των διαφύσεων συνήθως παύονται ικανοποιητικά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ενδομυελική ήλωση είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος. Τα κατάγματα κοντά σε αρθρώσεις (π.χ. το

κεντρικό άκρο του μηριαίου ή το κεντρικό άκρο της κνήμης), μπορεί να χρειαστούν οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες.

Τα υποκεφαλικά κατάγματα του ισχίου, πωρώνονται δύσκολα και συνήθως ποτέ. Αντιμετωπίζονται καλύτερα με ολική αρθροπλαστική ή ημιαρθροπλαστική. Εάν έχει καταστραφεί η κοτύλη, μπορεί να ανακατασκευαστεί με μεγάλα οστικά μοσχεύματα ή με μία κατά παραγγελία πρόθεση. Παρόλα αυτά αν μία τόσο μεγάλη επέμβαση αντενδείκνυται, τότε θα πρέπει κανείς να αρκεσθεί σε μία Girdlestone. Η μετεγχειρητική ακτινοβολία είναι απαραίτητη για να προληφθεί νέα επέκταση των μεταστατικών αλλοιώσεων.

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ. Μεγάλες μεταστατικές εστίες που απειλούν να προκαλέσουν ένα παθολογικό κάταγμα, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με προληπτική εσωτερική οστεοσύνθεση. Οι αρχές είναι οι ίδιες, όπως και στην αντιμετώπιση των απλών καταγμάτων. Ο προεγχειρητικός ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος θα δείξει εάν υπάρχουν και άλλες αλλοιώσεις στο ίδιο οστόν που απαιτούν πιο εκτεταμένη οστεοσύνθεση και μετεγχειρητική ακτινοβολία.

ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ Σ.Σ. Τα κατάγματα των σωμάτων των σπονδύλων απαιτούν κάποιο τύπο υποστήριξης. Εάν η Σ.Σ. είναι σταθερή, τότε ένας σωστά κατασκευασμένος κηδεμόνας είναι αρκετός. Παρόλα αυτά η αστάθεια της Σ.Σ. μπορεί να προκαλέσει έντονο πόνο, καθιστώντας αδύνατο να κάθεται ή να ορθοστατεί ο ασθενής με ή χωρίς κηδεμόνα. Γι' αυτούς τους ασθενείς ενδείκνυται η χειρουργική σταθεροποίηση - συνήθως οπίσθια σπονδυλοδεσία ακολουθούμενη από ακτινοβολία.

Η προεγχειρητική εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία και μερικές φορές και μυελογραφία ώστε να εξακριβωθεί αν απειλείται ο νωτιαίος μυελός. Εάν ο νωτιαίος μυελός απειλείται, τότε η αποσυμπίεση του νωτιαίου σωλήνα θα πρέπει να γίνει ταχύτατα.

Εάν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα και σημεία πίεσης του νωτιαίου μυελού, η θεραπεία είναι επείγουσα. Εάν ο ασθενής αναμένεται να ζήσει για κάποιο χρονικό διάστημα, τότε ενδείκνυται η χειρουργική αποσυμπίεση και η σπονδυλοδεσία. Εάν όχι, θα ήταν σοφό (και πιο ανθρώπινο), να συστήσουμε ακτινοθεραπεία μόνη ή μαζί με κορτικοστεροειδή και ναρκωτικά αναλγητικά, ώστε να ελεγχθεί το οίδημα και ο πόνος.

**Ε. Ρευματολογικές εκδηλώσεις
Νεοπλασμάτων**

**Παρανεοπλασματικά
Σύνδρομα**

Α. ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ

Β. ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

Γ. ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

I. Σύνδρομο ώμου – χειρός

**II. Παλαμιαία απονευρωσίτιδα
και αρθρίτιδα**

Εισαγωγή

Η κακοήθης νεοπλασία είναι δυνατό να σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα μυοσκελετικών διαταραχών, αλλά μπορεί ακόμη να εκδηλώνεται μόνο με αυτές τις διαταραχές.

Τα συμπτώματα από το ερειστικό σύστημα μπορεί να προέρχονται είτε από άμεση ανάπτυξη πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου στα οστά, τις αρθρώσεις ή τα μαλακά μόρια των αρθρώσεων, είτε χωρίς άμεση διήθηση από καρκινικά κύτταρα των ιστών που παρουσιάζουν συμπτώματα.

Η τελευταία αυτή ομάδα εκδηλώσεων φέρεται με τον όρο ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ, στα οποία περιλαμβάνονται μεταβολές της λειτουργίας οργάνων, τα οποία δεν έχουν υποστεί πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή διήθηση από τον όγκο.

Παρανεοπλασματικά σύνδρομα εμφανίζονται στο 50-70% των καρκινοπαθών ασθενών. Το 1/3 όλων των παρανεοπλασματικών συνδρόμων αφορά ενδοκρινικά σύνδρομα, από έκτοπη παραγωγή ορμονών. Η πλειονότητα των υπολοίπων περιπτώσεων αφορά σύνδρομα του συνδετικού ιστού, αιματολογικά και νευρομυϊκά.

Παθολογική ανοσορρύθμιση και ανοσογενετικοί παράγοντες θεωρούνται σημαντικά στοιχεία για την επιδεκτικότητα του ατόμου για την ανάπτυξη τόσο νεοπλασίας, όσο και αυτοάνοσων νοσημάτων, ιδιαίτερα δε επίκτητων νοσημάτων του συνδετικού ιστού.

Δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινισθεί εάν μεταξύ των νοσημάτων του συνδετικού ιστού και των νεοπλασμάτων υπάρχει αιτιολογική σχέση ή πρόκειται για τυχαία συνύπαρξη, αφού πρόκειται για δυο σχετικά συχνές παθολογικές καταστάσεις.

Είναι όμως πιθανό ότι το κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των δυο νοσημάτων δεν είναι ότι η μια προκαλεί την άλλη, αλλά ότι έχουν την ίδια άγνωστη αιτιολογική βάση.

Η άποψη αυτή υποστηρίζεται ιδιαίτερα ως προς το λεμφικό ιστό και στηρίζεται στις παρατηρήσεις αυξημένης συχνότητας εμφάνισης λεμφώματος στα ποντίκια, σε πειραματικά μοντέλα συστηματικού ερυθρηματώδους λύκου, στη νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή, στο σύνδρομο Sjogren και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Από κλινικής πλευράς σημασία έχει το γεγονός ότι:

α. Η κακοήθεια είναι δυνατό να προκαλέσει μυοσκελετικά συμπτώματα και να μιμηθεί ρευματοπάθεια.

β. Σε ορισμένα νοσήματα του συνδετικού ιστού υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης κακοήθους εξεργασίας.

γ. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε στη θεραπεία πολλών ρευματικών νοσημάτων μπορεί να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη νεοπλασίας.

ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ

Έμμεσες Συσχετίσεις μεταξύ κακοήθειας και μυοσκελετικών συνδρόμων

ΣΤΑ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ

A. Μυοπάθειες

(Δερματομυοσίτιδα – πολυμυοσίτιδα)

B. Αρθροπάθειες

Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια.

- I. Καρκινική πολυαρθρίτιδα.
- II. Δευτεροπαθής ουρική αρθρίτιδα.
- III. Αμυλοείδωση.

Γ. ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

1. Σύνδρομο λύκου
Lupus – Like syndrome
 2. Κρυοσφαιριναμία
 3. Νεκρωτική αγγειίτιδα
 4. Νόσος ανοσοσυμπλεγμάτων
 5. Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία
 6. Σκληροδερμία
 7. Ρευματολογική πολυμυαλγία
 8. Πολυαρθρίτιδα
 9. Υποδερματίτιδα
 10. Υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα
 11. Πυογενής αρθρίτιδα
 12. Λοιμώδης αρθρίτιδα
 13. Οστεομαλάκυνση
 14. Φαινόμενο Raynand.
- I. Σύνδρομο ώμου – χειρός
 - II. Παλαμιαία απονευρωσίτιδα & αρθρίτιδα

ΣΤ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ

Εισαγωγή

Η Ογκολογική Νοσηλευτική είναι ένα πεδίο πρακτικής που καλύπτει όλες τις ηλικιακές ομάδες και νοσηλευτικές ειδικότητες και παρέχεται σε όλα τα πλαίσια της φροντίδας υγείας. Η ειδικότητα της Ογκολογικής Νοσηλευτικής έχει αναπτυχθεί παράλληλα με την Ιατρική Ογκολογία και τις μεγάλες θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στη φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλασμάτα. Υπάρχει μια ειδική σύμφυτη

πρόκληση στη φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλάσματα, γιατί αυτά, στην κοινωνία μας συχνά, εξισώνονται με πόνο και θάνατο. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένεια του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας. Τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλλουν κάθε ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο τα περισσότερα συμβαίνουν σε άτομα άνω των 65 ετών. Η επίπτωση στους άνδρες είναι υψηλότερη από ό,τι στις γυναίκες· επίσης είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ό,τι στις αναπτυσσόμενες. Είναι μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ελλιπείς γνώσεις

- Σχετίζεται με τη νέα διάγνωση του κακοήθους όγκου, το διαγνωστικό σχεδιασμό και τις προτεινόμενες θεραπείες.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Αξιολογούνται οι γνώσεις του ασθενούς / οικογένειας όσον αφορά την πιθανή διάγνωση και το σχεδιασμό της φροντίδας. Τα δεδομένα αυτά παρέχουν την βάση για την εξατομίκευση της φροντίδας.
2. Συγκεντρώνονται πληροφορίες, χάρτες και διαγράμματα, τα οποία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στη διδασκαλία του σχεδιασμού. Για την εκπαίδευση του ασθενούς / οικογένειας είναι διαθέσιμα πολλαπλά βοηθήματα.
3. Συζητούνται οι προταθέντες διαγνωστικοί και θεραπευτικοί σχεδιασμοί. Χρησιμοποιούνται απλοί όροι, χάρτες, εικόνες ή διαγράμματα, τα οποία διασαφηνίζουν την κατάσταση. Επειδή η νέα και πιθανώς βαριά διάγνωση μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στον ασθενή, πρέπει η συζήτηση να γίνει με πολύ μεγάλη προσοχή.
4. Επαναλαμβάνονται οι οδηγίες για τις ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις μόλις πριν από την εξέταση. Η άμεση ανάγκη για γνώση είναι το πρώτο κίνητρο για την εκμάθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχή της φυσικής κινητικότητας

- Σχετίζεται με τη μάζα του όγκου και την πίεση που ασκεί.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Αξιολογείται η περιοχή για την παρουσία μάζας, σύσφιξης του δέρματος και παράπονα από την πίεση (τα δεδομένα αυτά δεικνύουν το μέγεθος της μάζας του όγκου).
2. Τοποθετείται ο ασθενής σε αναπαυτικές θέσεις. Χρησιμοποιούνται μαξιλάρια, αν είναι αναγκαία. Οι θέσεις αυτές μπορεί να είναι δύσκολες λόγω του μεγέθους του όγκου. Η ανύψωση με το μαξιλάρι μπορεί να ελαχιστοποιήσει τα πιεστικά συμπτώματα.
3. Προετοιμάζεται ο ασθενής για διαγνωστικές εξετάσεις. Οι αιματολογικές εξετάσεις συμπεριλαμβάνουν την γενική αίματος, αλκαλική ή όξινη φωσφατάση και άλλες. Συνήθως όμως η διάγνωση των ειδικών τύπων των όγκων των οστών είναι δύσκολη και απαιτεί πολλαπλές διαγνωστικές εξετάσεις.
4. Βοηθείται ο ασθενής κατά τη μετακίνησή του με μαγκούρα ή δεκανίκια. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην εξάλειψη του άγχους και της πίεσης συν την πρόληψη πιθανώς παθολογικού κατάγματος.
5. Βοηθείται στην εκτέλεση των ασκήσεων κινητικότητας, η δε χρήση πρέπει να γίνεται με προσοχή όταν ο όγκος είναι πλησίον της περιοχής των αρθρώσεων. Η τεχνική αυτή βοηθά στη διατήρηση της ισχύος των μη προσβηθεισών μυών και αρθρώσεων.
6. Αν γίνει εγχείρηση τότε πρέπει ν' αλλάζει η θέση κάθε 2-3 ώρες· αυτό βοηθάει στην κυκλοφορία, εξαφανίζει τη μυϊκή κόπωση, επισπεύδει την ανάρρωση όπως και την πρόληψη επιπλοκών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ -

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Πρόβλημα 1. Μείωση ασφάλειας, κίνδυνος λοίμωξης. Σ' όλα τα στάδια του κακοήθους νεοπλασματος ο άρρωστος εκτιμάται για εκείνους τους παράγοντες που προδιαθέτουν σε λοίμωξη, η οποία αποτελεί την κύρια

αιτία θανάτου του ογκολογικού πληθυσμού. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε λοίμωξη είναι:

1. *Χημειοθεραπεία*: μείωση λευκών αιμοσφαιρίων, φλεγμονή του γαστρεντερικού βλεννογόνου, βλάβη οργάνων, καχεξία, ενδοφλέβιος καθετήρας και άλλες αιματηρές διαδικασίες
2. *Ακτινοθεραπεία*: μείωση λευκών αιμοσφαιρίων, βλάβη δέρματος και βλεννογόνων, καχεξία, ουροκαθετήρας
3. *Τροποποιητές βιολογικής απάντησης*: μείωση λευκών αιμοσφαιρίων και δυσλειτουργία οργάνων
4. *Κακοήθης νεοπλασία*: μείωση λευκών αιμοσφαιρίων, που οφείλεται ή σε διήθηση του μυελού των οστών από την κακοήθεια ή σε αιματολογικές κακοήθειες
5. *Ηλικία*: μειωμένη λειτουργία οργάνων, μειωμένη παραγωγή και λειτουργία κυττάρων ανοσοποιητικού συστήματος και καχεξία
6. *Μακροχρόνια νοσηλεία στο νοσοκομείο*: αυξημένη έκθεση σε νοσοκομειακές λοιμώξεις και αποικισμός νέων παθολογικών οργανισμών.

Σκοπός. Πρόληψη λοίμωξης

Παρέμβαση

1. Εκτίμηση αρρώστου για σημεία λοίμωξης:

α. Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο

β. Παρακολούθηση αριθμού και τύπου λευκών αιμοσφαιρίων κάθε μέρα

γ. Φροντίδα όλων των σημείων που μπορεί να αποτελέσουν θύρες εισόδου για μικρόβια (ενδοφλέβιοι καθετήρες, τραύματα, οστέινες προεξοχές, αναδιπλώσεις δέρματος και στοματική κοιλότητα)

2. Αναφορά πυρετού $\geq 38,3$ °C, ρίγους, εφίδρωσης, οιδήματος, πόνου, ερυθήματος, εξιδρώματος σε οποιαδήποτε επιφάνεια του σώματος.

3. Αναφορά αλλαγής σε αναπνευστική ή διανοητική κατάσταση, συχνουρίας ή αισθήματος καύσου κατά την ούρηση, αισθήματος κακουχίας, μυαλγίας, αρθραλγίας, εξανθήματος ή διάρροιας.

4. Καλλιέργειες και ευαισθησίες πριν από την έναρξη αντιμικροβιακής θεραπείας (υγρού τραύματος, πτυέλων, ούρων, κοπράνων, αίματος).

5. Έναρξη μέτρων για ελαχιστοποίηση λοίμωξης:

α. Συζήτηση με άρρωστο και οικογένεια

- Απομόνωση αρρώστου αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων $< 1000/\text{mm}^3$
- Σημαντικότητα αποφυγής επαφής του αρρώστου με άτομα γνωστής ή ύποπτης λοίμωξης ή πρόσφατου εμβολιασμού

- β. Διδασκαλία όλων των μελών του προσωπικού να πλένουν προσεκτικά τα χέρια τους πριν και μετά την είσοδο τους στο δωμάτιο
 - γ. Αποφυγή εκτέλεσης διαδικασιών ορθού ή κόλπου (ορθική θερμοκρασία, εξέταση, υπόθετα, κολπικό ταμπόν)
 - δ. Χρήση μαλακτικών των κενώσεων ή αποφυγή δυσκοιλιότητας και υπερβολικής προσπάθειας κατά την κένωση
 - ε. Βοήθεια αρρώστου στην εκτέλεση σχολαστικής ατομικής υγιεινής
 - στ. Διδασκαλία αρρώστου για χρησιμοποίηση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής
 - ζ. Ενθάρρυνση αρρώστου να περπατά μέσα στο δωμάτιο του, εκτός αν αντενδείκνυται
 - η. Αποφυγή φρέσκων φρούτων και λαχανικών και νωπού κρέατος και ψαριού, αν τα λευκά αιμοσφαίρια είναι $<1000/\text{mm}^3$ και απομάκρυνση φρέσκων λουλουδιών και φυτών σε γλάστρες
 - θ. Κάθε μέρα: αλλαγή πόσιμου νερού, υγρών καθαρισμού οδοντοστοιχιών και αναπνευστικού εξοπλισμού που περιέχει νερό
6. Εκτίμηση περιοχών ενδοφλέβιας χορήγησης κάθε μέρα για σημεία λοίμωξης
- α. Αλλαγή καθετήρα ενδοφλέβιας χορήγησης κάθε 48 ώρες. Η επίπτωση λοίμωξης αυξάνεται όταν ο καθετήρας παραμένει πάνω από 72 ώρες
 - β. Καθαρισμός δέρματος με povidone iodine πριν από αρτηριο- ή φλεβοκέντηση
 - γ. Αλλαγή γαζών κεντρικού φλεβικού καθετήρα κάθε δεύτερη μέρα
 - δ. Αλλαγή όλων των set διαλυμάτων και εγχύσεων κάθε 48 ώρες
7. Αποφυγή ενδομυϊκών ενέσεων
8. Αποφυγή καθετηριασμού. Αν είναι απαραίτητος, τήρηση σχολαστικής άσηπτης τεχνικής.

Πρόβλημα 2. Μείωση ασφάλειας, μεγάλος κίνδυνος κάκωσης που σχετίζεται με αιμορραγία. Η θρομβοκυτταροπενία είναι η πιο συνηθισμένη αιτία αιμορραγίας σε αρρώστους με κακοήθη όγκο. Είναι συχνά αποτέλεσμα καταστολής του μυελού των οστών μετά από ορισμένους τύπους χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Διήθηση του μυελού των οστών από κακοήθεια μπορεί επίσης να παραβλάψει την κανονική παραγωγή αιμοπεταλίων. Σε περιπτώσεις λευχαιμίας και

λεμφώματος, εξάλλου, η καταστροφή των αιμοπεταλίων συνδέεται με υπερσπληνισμό και παθολογική λειτουργία αντισώματος.

Σκοπός. Πρόληψη κάκωσης και αιμορραγίας

Παρέμβαση

1. Εκτίμηση αρρώστου για δυνατότητα αιμορραγίας, παρακολούθηση αριθμού αιμοπεταλίων

Μικρός κίνδυνος: 50.000 –100.000/mm³

(SI: 0,05-0,1 x 10¹²/L)

Μέτριος κίνδυνος: 20.000-50.000/mm³

(SI: 0,02-0,05 x 10¹²/L)

Μεγάλος κίνδυνος: <20.000/mm³

(SI: 0,02 x 10¹²/L)

2. Εκτίμηση για αιμορραγία

α. Πετέχειες ή εκχυμώσεις (δείχνουν βλάβη στη μικροκυκλοφορία και στα μεγαλύτερα αγγεία, αντίστοιχα)

β. Μείωση αιμοσφαιρίνης (Hb) ή αιματοκρίτη (Hct) (δείχνει απώλεια αίματος)

γ. Παρατεταμένη αιμορραγία από αιματηρές διαδικασίες, φλεβοκεντήσεις, κοψίματα, αμυχές

δ. Ανοικτό ή τυφλό (μη ορατό με το μάτι) αίμα σε οποιοδήποτε απέκκριμα του σώματος (εμέσματα, πτύελα, κόπρανα, ούρα κ.λ.π.)

ε. Αιμορραγία από οποιοδήποτε στόμιο του σώματος στ. Αλλαγή σε διανοητική κατάσταση

3. Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας για τρόπους ελαχιστοποίησης αιμορραγίας

α. Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας

β. Αποφυγή χρήσης υγρών που κυκλοφορούν στο εμπόριο για πλύση του στόματος (περιέχουν πολύ αλκοόλ, που ξηραίνει το στοματικό βλεννογόνο)

γ. Χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής

δ. Αποφυγή τροφών δύσκολων στη μάσηση

4. Χρήση μέτρων για ελαχιστοποίηση αιμορραγίας εξαιτίας κάκωσης

α. Χρησιμοποίηση μίας μόνο φλεβοκέντησης τη μέρα για λήψη αίματος όλων των εργαστηριακών εξετάσεων

β. Αποφυγή λήψης ορθικής θερμοκρασίας ή χορήγησης υπόθετων και υποκλυσμών

γ. Αποφυγή ενδομυϊκών ενέσεων, χρήση βελονών του μικρότερου δυνατού διαμετρήματος

- δ. Εφαρμογή άμεσης πίεσης στα σημεία ένεσης και φλεβοκέντησης για τουλάχιστον 5 min
 - ε. Επάλειψη χειλιών με βαζελίνη
 - στ. Αποφυγή καθετηριασμού κύστης χρήση καθετήρα του μικρότερου δυνατού διαμετρήματος
 - ζ. Διατήρηση πρόσληψης υγρών τουλάχιστον 3 L/24ωρο, εκτός αν αντενδείκνυται. Η ενυδάτωση προλαβαίνει την ξηρότητα του δέρματος
 - η. Χρήση μαλακτικών των κενώσεων ή δίαιτα με πολύ υπόλειμμα
 - θ. Αποφυγή φαρμάκων που παρεμποδίζουν την πήξη (ασπιρίνη)
5. Όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι $<20.000/mm^3$
- α. Ανάπαυση σε κρεβάτι με καλυμμένους προφυλακτήρες
 - β. Αποφυγή δύσκολης δραστηριότητας. Αυξάνει την ενδοκρανιακή πίεση και την πιθανότητα εγκεφαλικής αιμορραγίας
 - γ. Μετάγγιση αιμοπεταλίων, σύμφωνα με την οδηγία· χορήγηση υποχλωριώδους διφαινυδραμίνης (Benabryl) ή υδροκορτιζόνης (Solu-Cortef) για πρόληψη αλλεργικής αντίδρασης
 - δ. Επίβλεψη των δραστηριοτήτων του αρρώστου όταν είναι έξω από το κρεβάτι
 - ε. Αποφυγή δυνατού φυσήματος της μύτης.

Πρόβλημα 3. Μείωση άνεσης και αλλαγή σωματικού ειδώλου. Βλάβη δέρματος και βλεννογόνων ως αποτέλεσμα θεραπείας και κακοήθειας. Το άτομο με κακόηθες νεόπλασμα διατρέχει τον κίνδυνο να αναπτύξει ποικίλες βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων. Τέτοιες βλάβες είναι αντίδραση του δέρματος σε ακτινοθεραπεία, στοματίτιδα, αλωπεκία, μεταστατικές αλλοιώσεις δέρματος.

Σκοπός. Διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και των βλεννογόνων

Παρέμβαση

1. Σε ερυθματώδεις περιοχές του δέρματος
 - α. Αποφυγή χρήσης σαπουνιών, καλλυντικών, αρωμάτων, πουδρών, λοσιόν, αλοιφών και αποσμητικών
 - β. Για πλύσιμο της περιοχής, χρήση μόνο χλιαρού νερού
 - γ. Αποφυγή εντριβής της περιοχής
 - δ. Αποφυγή ξυρίσματος της περιοχής με ξυράφι μη στρογγυλεμένων γωνιών
 - ε. Αποφυγή εφαρμογής θερμοφόρου, παγοκύστης και λευκοπλάστη

- στ. Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και σε ψυχρό αέρα
 - ζ. Αποφυγή σφικτών ενδυμάτων πάνω στην περιοχή. Χρήση βαμβακερών ενδυμάτων
 - η. Επάλειψη της περιοχής με αλοιφή βιταμινών Α και D
2. Αν συμβεί υγρή απολέπιση
- α. Αποφυγή ρήξης σχηματισμένων φυσαλίδων
 - β. Αποφυγή συχνής πλύσης
 - γ. Ενημέρωση του γιατρού για τις φυσαλίδες
 - δ. Χρήση κρεμών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (μειώνουν ερεθισμό και φλεγμονή της περιοχής)
 - ε. Αν η περιοχή βγάζει υγρό, εφαρμογή λεπτού στρώματος επίδεσης
3. Για στοματική κοιλότητα
- α. Διδασκαλία αρρώστου να αναφέρει τυχόν στοματικό καύσος, πόνο, ερυθρές περιοχές, ανοικτές αλλοιώσεις στα χείλη, πόνο κατά την κατάποση ή μειωμένη ανοχή στις ακραίες θερμοκρασίες της τροφής
 - β. Ενθάρρυνση και βοήθεια του αρρώστου στα σχήματα στοματικής υγιεινής.

Προληπτικά

- Αποφυγή υγρών πλύσης στοματικής κοιλότητας που κυκλοφορούν στο εμπόριο
- Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας και μη ερεθιστικής οδοντόπαστας για βούρτσισμα δοντιών, που πρέπει να γίνεται μετά κάθε γεύμα και πριν από τον ύπνο.

Ελαφρά στοματίτιδα (γενικευμένο ερύθημα, περιορισμένες εξελκώσεις, μικρές λευκές πλάκες Κάντιντα)

- Χρήση φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου για πλύση της στοματικής κοιλότητας κάθε 2 ώρες όταν ο άρρωστος είναι ξύπνιος και κάθε 6 ώρες τη νύκτα
- Μαλακή οδοντόβουρτσα
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών εκτός της ώρας φαγητού, επιβεβαίωση ότι εφαρμόζουν καλά
- Εφαρμογή μαλακτικών στα χείλη
- Αποφυγή ερεθιστικών ή δύσκολων στη μάσηση τροφών και φαγητών σε ακραίες θερμοκρασίες

Βαριά στοματίτιδα (εκτεταμένες εξελκώσεις με αιμορραγία και κάλυψη του 25% του στοματικού βλεννογόνου με λευκές πλάκες)

- Καλλιέργειες και ευαισθησίες υγρού εξελκώσεων
- Εκτίμηση ικανότητας μάσησης και κατάποσης

- Στοματικές πλύσεις σύμφωνα με την ιατρική οδηγία ή τοποθέτηση του αρρώστου στο πλάγιο και πλύση του στόματος διαθέσιμος, έτοιμος για χρήση, αναρροφητήρας (μπορεί να συνδυαστούν σε διάλυμα: φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου, αντιμυκητιακά, π.χ. μυκοοτατίνη, και τοπικό αναισθητικό μέσο)
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών
- Χρήση γάζας εμβαπτισμένης σε διάλυμα για καθαρισμό
- Χρήση μαλακτικού χειλιών
- Υγρή και πολτώδης διαίτα
- Παρακολούθηση για αφυδάτωση γ. Ελαχιστοποίηση δυσχέρειας
- Τοπικά αναισθητικά, με βάση ιατρική οδηγία
- Συστηματικά αναλγητικά
- Φροντίδα στόματος

4. Για αλωπεκία

- α.** Συζήτηση με τον άρρωστο και την οικογένεια για την αλωπεκία
- β.** Διερεύνηση επίδρασης της αλωπεκίας στο αυτοείδωλο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη σεξουαλικότητα του αρρώστου
- γ.** Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση απώλειας μαλλιών
 - Υποθερμία τριχωτού/τουρνικέ τριχωτού
 - Κόψιμο μακριών μαλλιών πριν από τη θεραπεία
 - Αποφυγή υπερβολικού λουσίματος
 - Χρήση ήπιου σαμπουάν και κοντίσιονερ, στέγνωμα με πίεση της πετσέτας πάνω στα μαλλιά
 - Αποφυγή περμανάντ, βαφών, σπρέι μαλλιών
 - Αποφυγή υπερβολικού κτενίσματος ή βουρτσίσματος, χρήση αραιής κτένας
- δ.** Αποφυγή τραυματισμού του τριχωτού της κεφαλής
 - Επάλειψη με αλοιφή βιταμινών Α και D για μείωση κνησμού
 - Χρήση αντιηλιακής κρέμας ή καπέλου για προστασία από τον ήλιο
- ε.** Προτάσεις για αντιμετώπιση αλωπεκίας
 - Χρήση περούκας πριν από την τριχόπτωση
 - Χρήση καπέλου ή τουρμπάν
 - Χρήση βοηθητικών μέσων που είναι ελκυστικά και δημιουργούν στυλ
- στ.** Ενθάρρυνση του αρρώστου να φορά τα δικά του ρούχα, να διατηρεί τις κοινωνικές επαφές του
- ζ.** Εξήγηση στον άρρωστο ότι τα μαλλιά θα ξαναφυτρώσουν αμέσως μόλις τελειώσει η θεραπεία.

Πρόβλημα 4: θρεπτικό ανισοζύγιο

Σκοπός. Διατήρηση της καλύτερης δυνατής θρεπτικής κατάστασης

Παρέμβαση

1. Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση επεισοδίων ναυτίας/εμετών κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή χημειοθεραπείας
 - α.** Προσαρμογή δίαιτας μετά τη χημειοθεραπεία σύμφωνα με τις προτιμήσεις και την ανοχή του αρρώστου
 - β.** Προφύλαξη του αρρώστου από δυσάρεστες όψεις, οσμές και θορύβους του περιβάλλοντος
 - γ.** Χρήση τεχνικών περισπασμού, χαλάρωσης και ευχάριστων εικόνων πριν, κατά και μετά τη χημειοθεραπεία (μειώνουν το άγχος, που μπορεί να συμβάλει στην πρόκληση ναυτίας/εμετών)
 - δ.** Χορήγηση αντιεμετικών, κατευναστικών και κορτικοστεροειδών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
 - ε.** Επαρκής πρόσληψη υγρών πριν, κατά και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
 - στ.** Συχνή υγιεινή στόματος
 - ζ.** Μέτρα για ανακούφιση πόνου, αν είναι απαραίτητο
2. Μέτρα για αντιμετώπιση ανορεξίας, δυσαπορρόφησης, καχεξίας
 - α.** Αποφυγή δυσάρεστων όψεων, οσμών, θορύβων στο περιβάλλον κατά τη διάρκεια του γεύματος
 - β.** Φαγητά που προτιμώνται από τον άρρωστο και είναι καλύτερα ανεκτά από αυτόν, κατά προτίμηση πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες
 - γ.** Επαρκής πρόσληψη υγρών, περιορισμός τους, όμως, την ώρα του φαγητού
 - δ.** Μικρά και συχνά γεύματα
 - ε.** Εξασφάλιση περιβάλλοντος που προάγει χαλάρωση κατά τη διάρκεια του φαγητού, με αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση, σύμφωνα με τις επιθυμίες του αρρώστου
 - στ.** Προσθήκη κρασιού στο γεύμα, αν είναι δυνατό, για διέγερση όρεξης και προσθήκη θερμίδων
 - ζ.** Αν το επιθυμεί ο άρρωστος, χορήγηση κρύων φαγητών πλούσιων σε πρωτεΐνες και με λιγότερες οσμές από τα ζεστά φαγητά
 - η.** Χορήγηση διαιτητικών συμπληρωμάτων, πλούσιων σε πρωτεΐνες, μεταξύ των γευμάτων
 - θ.** Συχνή υγιεινή στόματος

- ι. Λήψη μέτρων για ανακούφιση πόνου
- ια. Μέτρα καταπολέμησης ναυτίας/εμετού
- ιβ. Αύξηση επιπέδου δραστηριότητας σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου
- ιγ. Μείωση άγχους με ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει με λόγια τους φόβους τους και τις έννοιες του. Χρήση τεχνικών χαλάρωσης και ευχάριστων εικόνων την ώρα του φαγητού
- ιδ. Σωστή θέση του αρρώστου την ώρα του φαγητού
- ιε. Τεχνική διατροφή σε πολύ αδύνατους αρρώστους
- ιστ. Παρεντερική ενισχυμένη διατροφή με υγρά συμπληρώματα, σύμφωνα με την οδηγία, για κάλυψη των αναγκών σε πρωτεΐνες και θερμίδες, ειδικά αν το γαστρεντερικό σύστημα δεν λειτουργεί.

Πρόβλημα 5. Μείωση δραστηριοτήτων, αίσθημα κόπωσης

Σκοπός. Αύξηση επιπέδου δραστηριότητας και μείωση αισθήματος κόπωσης

Παρέμβαση

1. Εξασφάλιση περιόδων ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, ειδικά πριν και μετά από φυσική προσπάθεια
2. Αύξηση ωρών ύπνου
3. Νέα διευθέτηση καθημερινού χρονοδιαγράμματος και οργάνωση δραστηριοτήτων για μείωση δαπανώμενης ενέργειας
4. Παρότρυνση άλλων ατόμων να βοηθούν τον άρρωστο στις καθημερινές του δραστηριότητες
5. Μείωση ωρών εργασίας στη δουλειά
6. Εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης πρωτεϊνών και θερμίδων
7. Ενθάρρυνση αρρώστου να χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης και ευχάριστων εικόνων
8. Ενθάρρυνση του αρρώστου για συμμετοχή σε σχεδιασμένα προγράμματα άσκησης
9. Χορήγηση παραγώγων αίματος, σύμφωνα με την οδηγία
10. Εκτίμηση του αρρώστου για υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές
11. Εκτίμηση για πηγές δυσχέρειας

12. Χρήση στρατηγικών για διευκόλυνση κινητικότητας του αρρώστου.

Πρόβλημα 6. Μείωση άνεσης, πόνος και δυσχέρεια

Σκοπός. Ανακούφιση από πόνο και δυσχέρεια

Παρέμβαση

1. Εκτίμηση χαρακτηριστικών πόνου και δυσχέρειας: εντόπιση, ποιότητα, συχνότητα, διάρκεια κ.λ.π.

2. Διαβεβαίωση του αρρώστου ότι γνωρίζετε πως ο πόνος του είναι πραγματικός και ότι θα βοηθήσετε ώστε να μειωθεί.
3. Εκτίμηση άλλων παραγόντων που αυξάνουν το αίσθημα του πόνου, επειδή μειώνουν την ικανότητα του να τον ανέχεται (φόβος, κούραση, θυμός κ.λ.π.).
4. Χορήγηση αναλγητικών για προαγωγή άριστης ανακούφισης από τον πόνο μέσα στα πλαίσια της ιατρικής οδηγίας.
5. Εκτίμηση συμπεριφορικών αποκρίσεων στον πόνο και στην εμπειρία του πόνου του αρρώστου, που παρέχει επιπρόσθετες πληροφορίες για τον πόνο του αρρώστου.
6. Συνεργασία με άρρωστο, γιατρό και άλλα μέλη της ομάδας υγείας, όταν είναι απαραίτητες αλλαγές στην αγωγή του πόνου.
7. Ενθάρρυνση στρατηγικών ανακούφισης πόνου που ο άρρωστος χρησιμοποίησε με επιτυχία σε προηγούμενη εμπειρία πόνου.
8. Διδασκαλία αρρώστου νέων στρατηγικών για ανακούφιση πόνου και δυσχέρειας: περισπασμό, ευχάριστες εικόνες, χαλάρωση, δερματική διέγερση κ.λ.π.

Πρόβλημα 7. θλίψη για προβλεπόμενη απώλεια. Αλλαγή σε λειτουργία ρόλου

Σκοπός. Σωστή πορεία μέσα από τη διεργασία θλίψης

Παρέμβαση

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει με λόγια φόβους, έννοιες και απορίες που αφορούν την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μελλοντικές επιπτώσεις.
2. Ενθάρρυνση αρρώστου ή οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά στα σχήματα φροντίδας και θεραπείας.
3. Συχνή επικοινωνία με οικογένεια για δημιουργία και διατήρηση σχέσεων και φυσικής εγγύτητας, που προάγουν τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και μειώνουν τα αισθήματα φόβου και απομόνωσης.
4. Ανοχή έκφρασης αρνητικών αισθημάτων από τον άρρωστο: θυμού, εχθρότητας —μέσα σε επιτρεπόμενα όρια— χωρίς απώλεια αυτοεκτίμησης.
5. Εμπλοκή ιερέα, αν το επιθυμεί ο άρρωστος και η οικογένεια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμέτους, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, απ' τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

• Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγία (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητικοί (έμετοι, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

• Σκοποί φροντίδας

1. Μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

• Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλομένων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών, βιταμινών, ελαφρά, συχνά γεύματα.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.

7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

• Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα).
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση).

• Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεκτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής

ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δε θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές ως εξής:

1. – Ναυτία και έμετοι:

- α) Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- β) Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- γ) Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- δ) Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. – Αντιδράσεις από τα δέρμα

- α) Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- β) Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- γ) Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε ν' αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα ν' αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- δ) Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- ε) Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

3. Διάρροια

- α) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- β) Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ, ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

1. - Προεγχειρητική

- α) Εξάσκηση του αρρώστου να χρησιμοποιεί δοχείο για ούρηση στην ύπτια θέση. Βοηθά στη μείωση ανάγκης μετεγχειρητικού καθετηριασμού.
- β) Φυσική και άμεση προετοιμασία σύμφωνα με την τακτική του νοσοκομείου.
- γ) Εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης με ακρόαση και ενδιαφέρων για τη λύση όλων των προβλημάτων το αρρώστου.

2. - Μετεγχειρητική

- α) Συχνή λήψη και αξιολόγηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμών και αναπνοής. Συχνός σφυγμός ή βαθμιαία πτώση της αρτηριακής πίεσης δείχνει συνεχή αιμορραγία ή κατάσταση επικείμενου shock.
- β) Εκτίμηση αλλαγών στον αναπνευστικό ρυθμό και στο χρώμα του αρρώστου. Μπορεί να δείχνουν πνευμονικές ή καρδιακές επιπλοκές.
- γ) Παρακολούθηση της κυκλοφορίας του άκρου περιφερικά από το σημείο επέμβασης.
 - Πρόληψη σύσφιξης, που οδηγεί σε παρεμπόδιση προμήθειας με αίμα και μετάδοσης νευρικών ιώσεων.
 - Παρακολούθηση δακτύλων για φυσιολογική θερμοκρασία και φυσιολογικό χρώμα.
- δ) Παρακολούθηση για αιμορραγία του τραύματος. Τα χειρουργικά τραύματα έχουν την τάση να παρουσιάζουν τριχοειδική αιμορραγία. Μέτρηση υγρού παροχέτευσης του αναρροφητήρα, αν χρησιμοποιείται.
- ε) Διατήρηση επαρκούς πνευμονικού αερισμού.
 - Αποφυγή χορήγησης κατασταλτικών της αναπνοής ή χορήγησή τους σε πολύ μικρές δόσεις.
 - Αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες.
- στ) Διατήρηση νεφρικής απέκκρισης.
 - Χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών
 - Παρακολούθηση για κατακράτηση ούρων στην κύστη. Οι ηλικιωμένοι άρρωστοι μπορεί να έχουν ένα βαθμό υπερτροφίας προστάτη.

3. – Μετέπειτα φροντίδα

Οι επεμβάσεις συχνά απαιτούν μακρές περιόδους παραμονής στο κρεβάτι, ενώ η κίνηση μπορεί να είναι περιορισμένη.

- α) Παρακολούθηση για ανάπτυξη κατακλίσεων.

- Τακτικό γύρισμα του αρρώστου
- Συχνό πλύσιμο, στέγνωμα και μασάζ του δέρματος
- Έκθεση του δέρματος στον αέρα
- Διατήρηση επαρκούς θρέψης. Χορήγηση πλάσματος και βιταμινών σύμφωνα με τις ενδείξεις, για προαγωγή επούλωσης των κατακλίσεων.

β) Παρακολούθηση για εμφάνιση φλεβικής θρόμβωσης.

- Ελαφρό οίδημα του άκρου
- Πόνος και φλεβική διάταση
- Θετικό σημείο Homan (πόνος στην κνήμη κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
- Ενθάρρυνση του αρρώστου ν' ασκείται μόνος του, σύμφωνα με σχεδιασμένο πρόγραμμα ασκήσεων.
- Εισήγηση να κάνει ο άρρωστος ισομετρικές ασκήσεις, αν οι ευεργετικές ασκήσεις αντενδείκνυνται.
- Χρησιμοποίηση στα κάτω άκρα ελαστικών καλτσών ή επιδέσμου.
- Χορήγηση, προφυλακτικά, αντιπηκτικών.

γ) Χορήγηση κανονικής πλήρους διαίτας

- Συμπληρώματα βιταμινών (B και C) στους ηλικιωμένους αρρώστους και σε αρρώστους με χρόνιες παθήσεις.
- Αποφυγή χορήγησης μεγάλων ποσοτήτων γάλακτος. Προσθέτει ασβέστιο στη δεξαμενή ασβεστίου του σώματος και απαιτεί μεγαλύτερη απέκκρισή του απ' τους νεφρούς, προδιαθέτοντας τον άρρωστο σε σχηματισμό ουρολίων.

δ) Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα αναιμίας, ειδικά μετά από εγχειρήσεις μακρών οστών.

- Έγκαιρος προσδιορισμός αιμοσφαιρίνης.
- Χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Μεταγγίσεις αίματος.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ / ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Εξασφαλίζεται κατόπιν συνεργασίας με τις κατάλληλες εταιρείες ή άτομα η προμήθεια των αναγκαίων ειδικών κρεβατιών, υποστηριγμάτων ή άλλων αρθρώσεων, διαιτητικών ή θρεπτικών βοηθημάτων ή άλλων ειδικών αναγκών για τη φροντίδα στο σπίτι.

- Δίνεται γραπτός κατάλογος για τα φάρμακα, δοσολογίες και ανεπιθύμητες ενέργειες και γίνεται προσεκτική ανασκόπηση με τον ασθενή και την οικογένεια.

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥΣ

- **Προβλήματα του αρρώστου**

1. – Από την ίδια τη νόσο, που καθιστά αναγκαίο τον ακρωτηριασμό.
2. – Από τον επικείμενο ακρωτηριασμό.
 - α) Αγωνία, φόβος για την απώλεια σκέλους.
 - β) Ψυχικά προβλήματα από την αλλαγή σωματικού ειδώλου
 - γ) Ανάγκη για νέες προσαρμογές στη ζωή
 - δ) Οικονομικά προβλήματα (φυσικοθεραπεία, ανάγκη τεχνητού σκέλους).

- **Σκοποί της φροντίδας**

1. - Άμεσοι

- α) Απαλλαγή από τα συμπτώματα

- β) Μείωση αγωνίας και φόβου

- γ) Βοήθεια αρρώστου να δεχτεί τον ακρωτηριασμό

- δ) Ετοιμασία αρρώστου για παρέμβαση.

2. - Μακροπρόθεσμοι

- α) Βοήθεια αρρώστου να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση

- β) Βοήθεια αρρώστου να λύσει τα προβλήματα που δημιουργεί η νέα κατάσταση.

- **Παρέμβαση**

1. – Προεγχειρητική φροντίδα

- α) Τοποθέτηση σανίδων κάτω από το στρώμα

- β) Χορήγηση παυσίπωνων

- γ) Προετοιμασία αρρώστου για το χειρουργείο

- δ) Διόρθωση της θρεπτικής κατάστασης του αρρώστου

- ε) Διδασκαλία τρόπου βάρδισης με δεκανίκια προεγχειρητικά.

2. – Μετεγχειρητική φροντίδα

- α) Εφαρμογή μαλακής περιδέσεως στο κολόβωμα

- β) Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για πρόληψη αιμορραγίας

- Μικρή ανύψωση των κάτω άκρων του κρεβατιού για ανύψωση του κολοβώματος. Δε γίνεται κάμψη του ισχίου με ανύψωση του κολοβώματος σε μαξιλάρι, για αποφυγή μόνιμης κάμψης.

- Ενίσχυση γαζών, αν χρειάζεται, με άσηπτη τεχνική.
- Παρακολούθηση υγρού παροχέτευσης.
- Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

γ) Ρύθμιση του κολοβώματος του μικρού, ώστε να `ναι δυνατή η εφαρμογή της πρόσθεσης τεχνητού μέλους.

- Εφαρμογή ελαστικού συρρικνωτή κολοβώματος ή χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων.
- Διδασκαλία του αρρώστου να κάνει μασάζ στο κολόβωμα για να μαλακώσει η ουλή, να μειώσει την ευαισθησία και να βελτίωση την αγγείωση.
- Προστασία λοίμωξης του κολοβώματος

δ) Διατήρηση αρρώστου ενεργού. Μειώνει τον πόνο του μέλος φάντασμα.

ε) Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του για:

- Δίαιτα και αποφυγή παχυσαρκίας
- Φροντίδα κολοβώματος
- Φροντίδα υγιούς σκέλους
- Βάδιση με δεκανίκια ή άλλες προσαρμογές έγερσης και βάδισης
- Ασκήσεις:
 - Πλήρους τροχιάς
 - Ενδυνάμωσης των εκτείνοντων και των ελκόντων μυών
 - Ένταση, προσαγωγή
 - Ισορροπίας (έγερσης από την καρέκλα στην όρθια θέση, ισορροπίας στο ένα πόδι χωρίς υποστήριγμα).

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥΣ

1. – Προεγχειρητική φροντίδα:

Η προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου που θα υποβληθεί σε ακρωτηριασμό άνω άκρου είναι ταυτόσημη με αυτήν του κάτω άκρους (βλέπε "ακρωτηριασμός κάτω άκρους").

2. – Μετεγχειρητική φροντίδα

α) Παρακολούθηση του ποσού και του χαρακτήρα του υγρού παροχέτευσης της αναρρόφησης, που χρησιμοποιείται για πρόληψη σχηματισμού αιματώματος και προαγωγή επούλωσης.

β) Ενθάρρυνση ενεργητικών κινήσεων του κολοβώματος μετά την άρση των περιορισμών κίνησης.

γ) Βοήθεια στις αλλαγές και στην αφαίρεση ραμμάτων, που γίνεται μετά 7-10 ημέρες.

δ) Εφαρμογή πρόσθεσης.

ε) Διδασκαλία αρρώστου να διατηρεί την υγιεινή κατάσταση του κολοβώματος για πρόληψη ερεθισμού του δέρματος και μόλυνση.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ / ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Δίνοντας γραπτές οδηγίες αυτοφροντίδας σχετικά με την περιτύλιξη τραύματος, τη φροντίδα του δέρματος, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, την ανάβαση και κατάβαση των σκαλοπατιών με μαγκούρα, την εφαρμογή των προσθέσεων ή άλλη ειδική φροντίδα σύμφωνα με τον ειδικό όγκο και τη χειρουργική αφαίρεση.
- Δίνεται γραπτός κατάλογος των φαρμάκων, δόσεων και ανεπιθύμητων ενεργειών. Ανασκοπούνται προσεκτικώς με τον ασθενή και την οικογένεια.
- Συζητείται η εφαρμογή προσθέσεων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΟΓΚΟΥΣ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

- Προβλήματα του αρρώστου
 - 1) Ανορεξία
 - 2) Εύκολη κόπωση (αναιμία)
 - 3) Σύγχυση
 - 4) Πόνος
 - 5) Ελαττωμένη κινητικότητα
 - 6) Πολυουρία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Υψηλός κίνδυνος για κάκωση
(Παθολογικά κατάγματα)

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Αξιολογούνται οι περιοχές του σκελετικού άλγους. Ελέγχονται αυτές ακτινογραφικώς προκειμένου να καθοριστεί η κατάσταση των οστών. Τα δεδομένα αυτά βοηθούν τον νοσηλευτή να παράσχει προσωπική φροντίδα.
2. Πιάνονται τα οστά σε δύο αρθρώσεις αν ο ασθενής μετακινείται στο κρεβάτι. Το πιάσιμο των αρθρώσεων θα παράσχει τη μέγιστη υποστήριξη των αδυνάμων οστών.
3. Βοηθείται ο ασθενής όταν επιχειρεί ν' ανεγερθεί και να μετακινηθεί. Η μετακίνηση και η άσκηση βοηθούν στην παραμονή ή επαναφορά του ασβεστίου στα οστά.
4. Παρέχονται ειδικό κρεβάτι, στρώμα, μαξιλάρια, βοηθήματα. Τα ειδικά κρεβάτια και βοηθήματα ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο καταγμάτων.
5. Βοηθείται στη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται για την ελάττωση του αριθμού των πλασματοκυττάρων. Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται επίσης για τις αντιογκωτικές τους επιδράσεις.
6. Προετοιμάζεται ο ασθενής για την εφαρμογή ακτινοθεραπείας αν αυτή αποτελεί τμήμα του θεραπευτικού σχεδιασμού.
7. Χορηγούνται τα συσταθέντα φάρμακα. Η αλλοπουρινόλη μπορεί να χορηγηθεί για την ελάττωση των επιπέδων του ουρικού οξέος του ορού. Η φουροσεμίδα μπορεί να χορηγηθεί, μαζί με την ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού, για την αύξηση της απέκκρισης του ασβεστίου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Οξύ Άλγος

- Σχετίζεται με τις αλλοιώσεις στην πύελο, σπονδυλική στήλη, πλευρές και άλλα οστά.

Νοσηλευτική παρέμβαση

2. Αξιολογούνται οι θέσεις, τύπος, διάρκεια, χαρακτηριστικά και ένταση του άλγους. Χρησιμοποιείται η κλίμακα άλγους (0-10) για ασθενή ο οποίος αναφέρει τη βαρύτητα του άλγους.

3. Γίνεται προσεκτική μάλαξη της θέσης του ασθενούς κάθε 2-3 ώρες. Αυτό ανακουφίζει τους κουρασμένους μύες και τις αρθρώσεις.
4. Γίνεται προσεκτική μάλαξη της οσφύος αρκετές φορές ημερησίως. Η μάλαξη ανακουφίζει από το μυϊκό ερεθισμό και το άλγος.
5. Χορηγούνται μη ναρκωτικά και/ή ναρκωτικά αναλγητικά όπως έχουν συσταθεί.
6. Παρακολουθείται η ανταπόκριση του ασθενούς στ' αναλγητικά και καταγράφονται οι τυχόν παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.
7. Αυξάνεται η ημερησία λήψη υγρών σε 3.000 – 4.000 ml ημερησίως. Η αυξημένη λήψη αυξάνει την απέκκριση του υπερβολικού ουρικού οξέος και ελαχιστοποιεί τις επιδράσεις των χημειοθεραπευτικών παραγόντων στο νεφρικό ιστό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ

ΣΚΟΠΟΣ:

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΝΑΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:

1. Ετοιμασία αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει. Βοήθεια του κατά τη διάρκεια της.
2. Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλάσματος σε άλλες περιοχές.
3. Σχεδιασμός για συμμετοχή του αρρώστου σε κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων.
4. Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις του.
5. Κατανόηση της, σε πολλές περιπτώσεις, επίδειξης αντικοινωνικής συμπεριφοράς από μέρος του αρρώστου.
6. Βοήθεια για ενίσχυση του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
7. Σχεδιασμός φροντίδας του αρρώστου τέτοιος ώστε να συμμετέχει τόσο ο ίδιος (ανάλογα με τις δυνάμεις του), όσο και η οικογένεια του.
8. Βοήθεια του αρρώστου στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
9. Εξασφάλιση ζεστού και άνετου φυσικού περιβάλλοντος.

10. Βοήθεια του αρρώστου όταν σηκώνεται από το κρεβάτι ή αλλάζει θέση.
11. Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και της απόκρισης του αρρώστου σ' αυτόν και λήψη μέτρων για την ανακούφιση του.
12. Χορήγηση των πιο κάτω φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας:
 - α. Ηρεμιστικών και υπνωτικών για πρόκληση ύπνου.
 - β. Τοπικών αναισθητικών για εντοπισμένο πόνο.
 - γ. Αντιεμετικών.
 - δ. Μυοχαλαρωτικών και αντισπασμωδικών.
 - ε. Αναλγητικών.
 - στ. Ναρκωτικών για έντονο πόνο (Προσοχή στο φαύλο κύκλο ναρκωτικό – υπνηλία – λιγότερη, τροφή και υγρά – αφυδάτωση, ναυτία και έμετοι – αύξηση έντασης πόνου – μεγαλύτερη δόση ναρκωτικών).
13. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες που γίνονται για μείωση του πόνου: διατομή νεύρων, νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου, διήθηση νεύρων με αλκοόλ.
14. Αντιμετώπιση παρενεργειών ακτινο- ή χημειοθεραπείας.
15. Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών από κύστη και έντερο:
 - α. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα
 - β. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας
 - γ. Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου
 - δ. Υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική οδηγία.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υποκλυσμοί να ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ.
16. Φροντίδα δέρματος, πρόληψη κατακλίσεων.
17. Αντιμετώπιση δυσσομίας που οφείλεται στη νέκρωση νεόπλαστων ιστών.
 - α. Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και άμεση απομάκρυνση τους από το δωμάτιο του αρρώστου.
 - β. Αλλαγή Λευχειμάτων και ενδυμάτων αρρώστου όταν βρέχονται.
 - γ. Καλός αερισμός δωματίου.
 - δ. Χρησιμοποίηση αποσηπτικών.
18. Αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα:
 - α. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων
 - β. Εξάσκηση πίεσης, κλήση του γιατρού
 - γ. Ενθάρρυνση του αρρώστου

δ. Μετάγγιση αίματος ή αιμοπεταλίων

ε. Ετοιμασία του αρρώστου για καυτηρίαση ή απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

19.Κάλυψη καρκίνου εντοπισμένου στο πρόσωπο και μείωση της έντασης φωτός του δωματίου.

Η στατιστική έρευνα έδειξε ότι το σπίτι είναι το καλύτερο περιβάλλον για τη φροντίδα αυτών των αρρώστων.

Εκεί, στο δικό τους περιβάλλον, μπορούν να βλέπουν τους φίλους τους και τα μέλη της οικογένειας τους που είναι συνεχώς κοντά τους.

Εκεί μπορούν να ασχοληθούν με εργασίες του σπιτιού, πράγμα που τους κάνει να αισθάνονται χρήσιμοι.

Μια καλά οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα μέσα στο όλο σύστημα υγείας, βοηθά πολύ στη φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι και στη στενή του παρακολούθηση.

Η. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από την άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι.

Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροτοξικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του.

Αν και όλα τα μεταλλαξιογόνα δεν είναι καρκινογόνα, έχουν την ικανότητα να προκαλούν μόνιμες κληρονομήσιμες αλλαγές στο γενετικό υλικό των κυττάρων.

Αν και δεν έγιναν μακροχρόνιες μελέτες σε νοσηλευτές που χειρίζονται χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι αυτά συνδέονται με δευτεροπαθή ανάπτυξη κακοήθων όγκων και χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Έχουν ανακοινωθεί ναυτία, έμετοι, ζάλη, αλωπεκία και εξέλκωση ρινικού βλεννογόνου σε προσωπικό υγείας που χειριζόταν χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Επειδή ο χειρισμός των χημειοθεραπευτικών παραγόντων συνδέεται με γνωστούς και δυνητικούς κινδύνους, η Διοίκηση Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (Occupational Safety and Health Administration), η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρία (Oncologic Nursing Society), νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα φροντίδας υγείας των ΗΠΑ, συνέταξαν οδηγίες που αφορούν την προετοιμασία και το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών.

Οι οδηγίες προτείνουν τα εξής:

- 1. Η χρήση ενός βιολογικού θαλάμου ασφάλειας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.**
- 2. Τη χρήση χειρουργικών γαντιών κατά το χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά.**
- 3. Τη χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι μιας χρήσης κατά την προπαρασκευή και χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.**
- 4. Τη χρήση εξαρτημάτων Lερ – Loc σ' όλες τις συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης που χρησιμοποιούνται για χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.**
- 5. Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, που είναι αδιαπέραστα από υγρά και αντέχουν σε τρυπήματα.**
- 6. Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικίνδυνου.**

Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό, η δόση του είναι της τάξης των mill curies και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο.

Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο.

Το ποσό της ραδιενέργειας που δέχεται ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

1. Την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή, με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Το χρόνο παραμονής κοντά στον άρρωστο, με τον οποίο η ένταση έχει σχέση ανάλογη.
3. Τη θωράκιση, που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Το τι μέτρα, γενικά, θα ληφθούν εξαρτάται από:

1. Το είδος του ραδιοϊσοτόπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Κάθε ραδιοϊσότοπο εκπέμπει ορισμένο είδος και ποσό ακτινοβολίας και έχει δικό του χρόνο υποδιπλασιασμού.

Στην εξωτερική εφαρμογή και στην εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο, σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο και δεν μολύνει τα απεκκρίματα του αρρώστου. Όμως ο άρρωστος είναι πηγή ραδιενέργειας και επομένως όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης απ' αυτόν και του μικρού χρόνου παραμονής σ' αυτόν.

Ένας άλλος κίνδυνος των δυο αυτών τρόπων εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων είναι η εκτόπιση τους από το σημείο εμφύτευσης ή εφαρμογής και η μόλυνση του περιβάλλοντος με ραδιενέργεια.

Στην περίπτωση έγχυσης κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου μέσα σε νεοπλασματικό ιστό και πάλι θα πρέπει να τηρούνται οι αρχές απόστασης και χρόνου. Τα απεκκρίματα του αρρώστου είναι πολύ λίγο ή καθόλου μολυσμένα, αφού το διάλυμα είναι κολλοειδές.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή, που γίνεται μετά παρακέντηση, πρέπει να λαμβάνονται μέτρα, ώστε:

1. Να αποφεύγεται η διαρροή του διαλύματος από το σημείο εισαγωγής.
2. Να αποφεύγεται η μόλυνση από τυχόν μολυσμένα πτύελα (όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και το βρογχικό δέντρο).

Στις πιο πάνω περιπτώσεις η ελάττωση της έντασης της

ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ραδιοϊσότοπα είναι συνάρτηση μόνο του φυσικού τους χρόνου υποδιπλασιασμού.

Στην εσωτερική χορήγηση, που το ραδιοϊσότοπο δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει μέσα στην κυκλοφορία και αποβάλλεται από ορισμένα

απεκκρίματα, οι κίνδυνοι για το νοσηλευτή είναι περισσότεροι και τα προστατευτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Τήρηση αρχών απόστασης, χρόνου με βάση τα διεθνή πρότυπα.
2. Αν τις πρώτες ώρες μετά λήψη από το στόμα ραδιοϊσοτόπου, ο άρρωστος κάνει έμετο, προσεκτικός καθαρισμός κάθε χώρας που μολύνθηκε.
3. Φύλαξη των απεκκριμάτων με τα οποία αποβάλλεται το ραδιοϊσότοπο, ώσπου να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον.

Στην περίπτωση της εσωτερικής χορήγησης, η ελάττωση έντασης της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας είναι συνάρτηση τόσο του φυσικού όσο και του βιολογικού χρόνου υποδιπλασιασμού του ραδιοϊσοτόπου (ενεργού χρόνου υποδιπλασιασμού).

Το προσωπικό που παρέχει φροντίδα σε αρρώστους που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα, πρέπει να φέρει δοσίμετρο (όργανο που μετρά τη δόση έκθεσης στην ακτινοβολία).

Θ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ–ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟΥΣ – ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

A. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

- I. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ
- II. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

B. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- I. ΠΟΣΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ
- II. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
- III. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ – ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

Γ. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΟΓΚΟΥΣ – ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ

- I. Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ, ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

II. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.

I. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Να αναπτυχθούν προοπτικές μελέτες οικογενειών με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης όγκου, νεοπλασματος (π. χ. οικογένειες που η μητέρα έχει όγκο, νεόπλασμα οστών και να παρακολουθήσουμε την κόρη), ή ατόμων με πρόδρομες καταστάσεις (π.χ. Stage II Pap test).
2. Να μελετηθούν προοπτικά άτομα σε επαγγέλματα με υψηλό κίνδυνο (high risk) και να εξετάσουμε ποια άτομα αναπτύσσουν καρκίνο και ποια όχι.
3. Να μελετηθούν ομάδες ατόμων κάτω από έντονες συνθήκες (stress - sors) χωρίς έξοδο διαφυγής και να εξετάσουμε την επίπτωση του καρκίνου για ορισμένη εντόπιση (single site) π.χ. αποτυχημένοι γάμοι χωρίς πιθανότητα διαζυγίου, διαρκής ένταση στην εργασία χωρίς δυνατότητα απομάκρυνσης, μετανάστες που δεν έχουν προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον και χωρίς τη δυνατότητα να επιστρέψουν πίσω, όσοι χάνουν κάποιο αγαπημένο πρόσωπο και δεν μπορούν να ξεφύγουν από το γεγονός αυτής της απώλειας.
4. Να αναπτυχθούν αναδρομικές μελέτες π.χ. με ελεγκτές εναερίου κυκλοφορίας (όπου ο stressor είναι επαγγελματικός και έχει λειτουργήσει αρκετό χρόνο ώστε να προηγείται της υποκλινικής εμφάνισης του καρκίνου).

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις να μελετηθούν ποια άτομα αναπτύσσουν καρκίνο και ποια όχι, ενώ βρίσκονται κάτω από τις ίδιες ιδιαίτερες συνθήκες. Επίσης, αυτά τα άτομα που δεν αναπτύσσουν καρκίνο, τι μηχανισμούς προσαρμογής χρησιμοποιούν; Έτσι θα ελεγχθούν οι σημαντικές μεταβλητές και θα απομονωθούν αιτιολογικοί παράγοντες.

Η προσέγγιση μας στον καρκίνο πρέπει να είναι ολιστική, όπου κάθε φορά συνεκτιμάται, μαζί με τους βιολογικούς παράγοντες, η συμβολή

των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων, σε πολυπαραγοντικά μοντέλα, στην ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλωστε, μέσα στο πολύπλοκο πλέγμα των αλληλεξαρτημένων γενετικών, βιοχημικών, ορμονικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων πρέπει να αναζητηθεί και η απάντηση στα δύο βασικά ερωτήματα: Τι ευθύνεται για την διαμόρφωση καρκινικών κυττάρων; Με ποιο τρόπο αποδυναμώνεται το αμυντικό σύστημα του οργανισμού και δεν περιορίζει ή δεν καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα;

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν τους έχει ανακοινωθεί. Οι αντιδράσεις αυτές εξαρτώνται κυρίως από το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών που κινητοποιούνται. Στους καρκινοπαθείς ο μηχανισμός που συνήθως υπερισχύει είναι η άρνηση, όμως συχνά συνυπάρχουν και άλλοι όπως: απώθηση -καταπίεση, υπεραναπλήρωση και προβολή. Στη διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς καθοριστικός παράγον είναι η ψυχοσυναλλαγή του με το περιβάλλον, η οποία περιλαμβάνει και τηλεπικοινωνία με το γιατρό.

Παραδοσιακά ο ρόλος του ασθενούς είναι ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης, ενώ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι ρόλος αυταρχικός και εξουσιαστικός με αποτέλεσμα η σχέση των δύο μερών να είναι έντονα φορτισμένη συναισθηματικά. Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, η σχέση γιατρού - ασθενούς προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Όταν η συναισθηματική σύζευξη γιατρού - ασθενούς είναι παρούσα, η επικοινωνία με τον ασθενή είναι ουσιαστικότερη και οι ψυχολογικές του αντιδράσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν ικανοποιητικά. Στη σύγχρονη κλινική πράξη, ο γιατρός πρέπει συστηματικά να αποφεύγει το δίλημμα «ναι ή όχι» στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική του θα πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς και μετά από στάθμιση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντος του.

ΠΟΣΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ;

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρώτο, η τακτική που φαίνεται ότι εφαρμόζεται ευρύτατα στην Ελλάδα και σύμφωνα με την οποία πρέπει να μη γνωστοποιείται σε κανένα καρκινοπαθή η αρρώστια του, έχει δυσμενείς επιπτώσεις σε πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών. Φαίνεται ότι απ' όλους τους τρόπους που μπορεί να ακολουθήσει ο γιατρός για την αντιμετώπιση του προβλήματος, αυτός συγκεντρώνει τα περισσότερα μειονεκτήματα για τον άρρωστο.

Δεύτερο, η εξατομίκευση της ενημέρωσης κάθε αρρώστου φαίνεται ότι συγκεντρώνει τα πιο πολλά πλεονεκτήματα για τον άρρωστο.

Τρίτο, η προσωπικότητα του θεράποντος ιατρού έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον τρόπο με τον οποίο θα ενημερωθεί ο άρρωστος.

Τέταρτο, ο θεράπων ιατρός πρέπει να συνεργάζεται με τους λοιπούς παράγοντες που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση του αρρώστου (οικογένεια, λοιπό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), ώστε όλοι μαζί να λειτουργούν ως μία ομάδα και όχι ως μεμονωμένα άτομα για την αντιμετώπιση του αρρώστου.

Πέμπτο, δεν είναι επωφελές να τίθεται ο θεράπων ιατρός στο δίλημμα «να πω ή να μην πω την αλήθεια στον άρρωστο». Το ορθότερο είναι στην κάθε νέα περίπτωση, ο θεράπων ιατρός να διερωτάται «με ποιο τρόπο είναι περισσότερο συμφέρον γι' αυτόν το συγκεκριμένο άρρωστο μου να του εκθέσω την αλήθεια ;».

Έκτο, ο γιατρός πρέπει να αφήνει τον άρρωστο του να του εκφράσει πρώτα εκείνος τις απορίες του, τους φόβους του, την επιθυμία του για ενημέρωση και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση. Με βάση κυρίως αυτά τα δεδομένα, αφού ο θεράπων ιατρός λάβει υπόψη του την προσωπικότητα του αρρώστου, πρέπει να ενημερώσει τον άρρωστο για την αρρώστια του.

Έβδομο, η δημιουργία αδιεξόδων στην ψυχολογία του αρρώστου κατά την ενημέρωσή του πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγεται. Εκφράσεις όπως «προβλέπω ενός μηνός επιβίωση» ή «δεν είναι δυνατόν να γίνει τίποτε» και τα παρόμοια, ποτέ δεν πρέπει να εκστομίζονται από το θεράποντα ιατρό.

Όγδοο, ο ρόλος του ψυχιάτρου στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς είναι απλός. Πρώτο, ο ψυχίατρος μπορεί να συμμετάσχει ως μέλος της ομάδας που αντιμετωπίζει τον άρρωστο, χωρίς απαραίτητως να εμπλακεί απευθείας με τον άρρωστο. Δεύτερο, μπορεί να χρειαστεί να εφαρμόσει ψυχιατρική θεραπεία σε αρρώστους που εμφανίζουν σοβαρές ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολύ σύνθετο. Πρώτο, έχουμε μια αρρώστια που στην κοινή αντίληψη συνδέε-

ται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που είναι «στίγμα» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά, υπαρξιακά). Δεύτερο, έχουμε τον άρρωστο με το δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες, συναισθήματα, αδυναμίες. Τρίτο, έχουμε το γιατρό με τη δική του προσωπικότητα, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες σχέσεις, τα δικά του διλήμματα, ευθύνες και φόβους. Ακόμη έχουμε το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, το υπόλοιπο νοσηλευτικό περιβάλλον και τέλος έχουμε την αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε ένα δυναμικό χώρο.

Το να καθορίσουμε όλους αυτούς τους παράγοντες, ώστε να προτείνουμε συγκεκριμένες μορφές δράσης στο χώρο αυτό, είναι σαφώς δύσκολο, μπορούμε όμως να δώσουμε γενικούς προσανατολισμούς και τακτικές στην παρέμβαση μας στους καρκινοπαθείς.

Στόχος μας είναι (1) να αντιμετωπίσουμε τα ψυχολογικά εκείνα στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής από την ώρα που θα αναπτυχθεί σ' αυτόν το κακόηθες νεόπλασμα μέχρι τις τελευταίες στιγμές του, να κατανοήσουμε ορισμένες από τις αντιδράσεις των καρκινοπαθών και να εξετάσουμε τι μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε φάση. Να κατανοήσουμε τις καταστάσεις που συμβαίνουν στην οικογένεια του αρρώστου και να δούμε τρόπους αντιμετώπισης της οικογένειας από τους θεράποντες. (2) Να παρουσιάσουμε τα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοστούν.

Ένας τέτοιος χειρισμός του θέματος ελπίζουμε να έχει ως αποτέλεσμα ένα βαθμό ευαισθητοποίησης στην ψυχολογία των καρκινοπαθών, για καλύτερες προϋποθέσεις ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μας πρέπει να κατευθύνεται και προς τους συγγενείς του ασθενούς. Πρέπει να οδηγήσουμε την οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον άρρωστο, και να σπάσει την «συνωμοσία σιωπής», με την οποία συχνά περιβάλλει τον ασθενή. Επίσης είναι απαραίτητο να προτρέψουμε την οικογένεια να συζητήσει με τον άρρωστο τις ιδιαίτερες ανάγκες του και τα αισθήματα του, να δώσει υποστήριξη και ζεστασιά και να μην τον εγκαταλείψει. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να βοηθήσουμε τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την ασθένεια του συγγενούς τους, και να εκφράσουν την ένταση, τις ενοχές, τη θλίψη τους.

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Ο ρόλος του γιατρού και της αδελφής που φροντίζουν τον άρρωστο που πεθαίνει δεν είναι μόνο ιατρικός ή νοσηλευτικός. Περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν — καθώς και σ' όλη την οικογένεια — την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σ' αυτές τις σημαντικές στιγμές.

Η Kubler - Ross υπογραμμίζει ότι σ' αυτήν την τελική φάση της ζωής όταν λέμε ότι «βοηθάμε» τους αρρώστους δεν εννοούμε ότι τους βοηθάμε να πεθάνουν, αλλά να «ζήσουν» μέχρι να πεθάνουν. Ακόμα και μπροστά στον θάνατο, κάθε άτομο διατηρεί τη δυνατότητα να εξελίσσεται. Δεν παύει να έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες καθώς έρχεται σε επαφή και επικοινωνία με το προσωπικό, τους συγγενείς, και άλλους αρρώστους από τους οποίους επηρεάζεται και τους επηρεάζει. Μέσα από αυτήν την αμοιβαία επιρροή και τις συνθήκες που αντιμετωπίζει, το άτομο διαμορφώνει μια στάση και ορισμένες αντιλήψεις δίνοντας κάποιο «νόημα» στις εμπειρίες που ζει και στον επερχόμενο θάνατο του.

Πολλοί πιστεύουν λανθασμένα ότι ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγήσει τον άρρωστο σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει. Όμως αναρωτιέται κανείς αν ένας τέτοιος στόχος ανταποκρίνεται στις ανάγκες του αρρώστου ή αν τελικά αποβλέπει να διευκολύνει το προσωπικό που συχνά δυσκολεύεται να συμπαρασταθεί σ' εκείνον τον άρρωστο που έχει έντονο άγχος μπροστά στο θάνατο του ή που αρνείται να δεχτεί την πραγματικότητα.

Ο Leming περιγράφει 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατο του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες : στην μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying), ενώ στην δεύτερη, οι φόβοι περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του πεθαμένου (state of being dead).

Φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο

Φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού

* Φόβος ταπείνωσης

* Φόβος οριστικότητας του

* Φόβος εξάρτησης

θανάτου

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| * Φόβος πόνου | * Φόβος για την τύχη του |
| * Φόβος απομόνωσης | σώματος μετά τον θάνατο |
| * Φόβος αποχωρισμού | * Φόβος για τη μεταθανάτια ζωή |
| απόρριψης και μοναξιάς | ή άλλη κατάσταση |
| από αγαπημένα άτομα | |

Αποδοχή του θανάτου

Σπάνια ο άρρωστος φθάνει σε μια πλήρη αποδοχή. Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει συμφιλιωθεί ή θέλει να πεθάνει. Απλά, αντιλαμβάνεται ότι «ήρθε ο καιρός πια...» «ήταν μοιραίο να γίνει...», κι' ότι ο θάνατος αποτελεί ένα φυσικό επακόλουθο καθώς συμπληρώνεται ο κύκλος ζωής. Παρ' όλο που ενδεχόμενα υποφέρει ή θυμώνει με την σκέψη ότι θα χάσει ό,τι αγάπησε περισσότερο στη ζωή, δεν αρνείται ότι αυτός ο αποχωρισμός είναι αναπόφευκτος.

Υπάρχουν βέβαια και άρρωστοι που αρνούνται να συνειδητοποιήσουν ότι πεθαίνουν. Σ' αυτή την περίπτωση είναι σημαντικό να διακρίνει κανείς αν αυτή η άρνηση αποτελεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας μπροστά στην απειλή του θανάτου ή αν αποτελεί μια προσποίηση που χρησιμοποιεί το άτομο για να προστατεύσει αγαπημένα του πρόσωπα από τον ψυχικό πόνο που θα τους προκαλούσε ή γνώση ότι ο ίδιος ξέρει τη σοβαρότητα της κατάστασης τους.

Όταν προσποιείται, αναπόφευκτα οδηγείται σε μια συναισθηματική απομόνωση χωρίς ουσιαστική υποστήριξη από το περιβάλλον του και μάλιστα σε στιγμές που τη χρειάζεται περισσότερο. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να διατηρούμε μια ανοιχτή επικοινωνία με τον άρρωστο χωρίς να του κρύβουμε τα γεγονότα αλλά ούτε και να του επιβάλλουμε την πληροφόρηση που αφορά την κατάσταση του.

Στην ουσία οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν την αλήθεια αλλά αρνούνται την αποδοχή της σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Καθένας τους έχει τον δικό του ρυθμό που αφομοιώνει και συνειδητοποιεί την πραγματικότητα, κι' είναι σημαντικό να σεβόμαστε τον τρόπο που διαλέγει κάθε άτομο για να αντιμετωπίσει το θάνατο του.

Σ' αυτήν την τελική φάση της ζωής πρέπει να αφήνουμε τον άρρωστο να μας καθοδηγεί και να είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι είμαστε σε θέση να συζητήσουμε θέματα σχετικά με το θάνατο του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος ν' ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του, χωρίς να του προσφέρει συμβουλές και λύσεις, αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόηση του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη, Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο άρρωστος διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συχνά συμπεριλαμβάνονται και μέλη του προσωπικού.

Η τελική φάση της ζωής του μπορεί ν' αποτελέσει μια εμπειρία ολοκλήρωσης και αποδοχής τόσο για τον άρρωστο όσο και για το περιβάλλον του που παρ' όλο τον ψυχικό πόνο αποχωρίζονται σ' ένα κλίμα σεβασμού και αξιοπρέπειας. Μέσα σ' αυτό το κλίμα δίνεται έμμεσα στον ασθενή το μήνυμα ότι «μπορεί ... είναι φυσικό πια να πεθάνει» χωρίς να παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο επειδή το περιβάλλον του δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί ή αρνείται το θάνατο του.

Δυστυχώς όμως κάθε θάνατος δεν ολοκληρώνεται μέσα σε παρόμοιες συνθήκες. Μπορεί μάλιστα να είναι δύσκολος, επίπονος, άσχημος ο αποχωρισμός όταν ο άρρωστος υποφέρει οργανικά και ψυχικά, ή όταν βρίσκεται φοβισμένος, εγκαταλειμμένος και συναισθηματικά απομονωμένος μέσα σ' ένα εξίσου τρομαγμένο ή πανικόβλητο περιβάλλον.

Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορούμε να προσφέρουμε στον άρρωστο στηρίζεται στην αποδοχή της κατάστασης του και στη συμφιλίωση μας με την ιδέα του θανάτου. Η δική μας αποδοχή τον διευκολύνει να δεχθεί τον εαυτό του και το θάνατο.

Κι' αυτή δεν εκφράζεται τόσο με λόγια όσο με πράξεις. Για παράδειγμα μπορεί να βασίζεται στη συμπαράσταση και διακριτική μας παρουσία κοντά του μέχρι την τελευταία στιγμή. Μερικές φορές ένα χάδι, μια σιωπηλή ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίζουν ακόμα και τον άρρωστο που βρίσκεται σε κώμα, που όπως πιστεύεται διατηρεί επαφή μαζί μας, ίσως μέσω της ακοής που είναι η τελευταία απ' όλες τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος. Η αποδοχή εκφράζεται επίσης με την διαβεβαίωση ότι δεν θα τον εγκαταλείψουμε, και με την αναγνώριση ότι δεν αποτελεί για εμάς απλά ένα σώμα που καταρρέει και καθημερινά αλλάζει, αλλά κάτι πολύ περισσότερο από αυτό.

Πράγματι υπάρχουν ασθενείς που δεν ταυτίζουν το «εγώ» τους με την οργανική τους κατάσταση, τους ρόλους που απέκτησαν στη ζωή, τα έργα και τις πράξεις τους. Αντιμετωπίζουν την αρρώστια τους σαν μια ευκαιρία για μία πνευματική εξέλιξη που τους βοηθά να ζήσουν ίσως περισσότερο από ποτέ «συνειδητά» και «ολοκληρωμένα» το χρονικό διάστημα που τους απομένει.

Συναισθηματική απόσυρση

Οι περισσότεροι συγγραφείς περιγράφουν το στάδιο της αποδοχής του θανάτου σαν μια περίοδο όπου ο άρρωστος αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα του πρόσωπα.

Παύει να επικοινωνεί με το περιβάλλον του, λιγοστεύουν τα ενδιαφέροντα του, κοιμάται περισσότερο, δεν μιλάει πολύ και περιορίζεται σε ελάχιστες στενές σχέσεις. Η εσωστρέφεια του αυτή συχνά παρερμηνεύεται από τους δικούς του που νομίζουν ότι δεν τους θέλει, δεν τους αγαπά ή τους απορρίπτει. Η προσφορά μας σ' αυτές τις στιγμές συνίσταται στο να βοηθήσουμε τους συγγενείς να καταλάβουν ότι αυτή η διαδικασία της «απόσυρσης» είναι μια φυσιολογικότερη

αντίδραση και ψυχική προετοιμασία κάθε ατόμου που πεθαίνει. Παράλληλα όμως είναι σημαντικό να καταλάβουν ότι ενώ ο άνθρωπος τους αποσύρεται, έχει ταυτόχρονα ανάγκη να νιώθει ότι τα αγαπημένα του πρόσωπα είναι κοντά του, ότι δεν θα τον εγκαταλείψουν και ότι δεν θα πεθάνει ολομόναχος.

Ο S. Levine ισχυρίζεται ότι αυτή η συναισθηματική αποδέσμευση είναι απόλυτα φυσιολογική, όμως δεν αποτελεί μια ένδειξη ότι ο άρρωστος αποδέχεται το θάνατο του. Τις περισσότερες φορές εκφράζει την κατάθλιψη και παθητική υποταγή του μπροστά στο θάνατο. Πιστεύει ότι τα άτομα που πραγματικά αποδέχονται τον επικείμενο θάνατο τους είναι συνήθως εκείνα που εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, που βρίσκονται σε επικοινωνία με το περιβάλλον τους, παύει να τους απασχολεί το μέλλον και χωρίς να διατηρούν ψεύτικες ελπίδες επικεντρώνουν την προσοχή τους στο παρόν.

Ελπίδα

Κάθε άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι το θάνατο του. Όταν πρωτομπαίνει η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας το άτομο έχει ελπίδες ότι θα θεραπευτεί. Με την πάροδο του χρόνου ελπίζει σε κάποιο «θαύμα», ή ότι θα ζήσει για αρκετό καιρό. Άλλοτε πάλι ελπίζει ότι η αρρώστια του, δεν θα παρεμβληθεί πολύ στο ρυθμό της ζωής του ή ότι δεν θα τον εμποδίσει να ολοκληρώσει κάποιο στόχο πριν πεθάνει. Όσο πλησιάζει προς το θάνατο τόσο έχει μικρότερες ελπίδες που πια είναι συνδεδεμένες με την καθημερινή ζωή και τις καθημερινές δραστηριότητες του.

Ελπίζει για παράδειγμα, ότι θα νιώθει καλά την μέρα που θα τον επισκεφθεί το παιδί του ή ότι θα είναι σε θέση να κάνει έναν περίπατο ή να προλάβει τον ερχομό κάποιου αγαπημένου προσώπου. Αυτές οι

«μικρές» ελπίδες είναι εκείνες που του δίνουν δύναμη και τον βοηθούν ν' αντέξει τον οργανικό και ψυχικό πόνο.

Βασικά η ελπίδα δεν εξαρτάται τόσο από το πώς βλέπει ο άρρωστος το μέλλον του, όσο από το πώς βλέπει τον ίδιο του τον εαυτό. Μ' άλλα λόγια σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, τον έλεγχο και την αξιοπρέπεια που διατηρεί καθώς η κατάσταση του επιδεινώνεται. Οι ελπίδες και το ηθικό του μειώνονται ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζει πόνο, ναυτία και εξάντληση, κι' αυτό γιατί φοβάται κυρίως ότι δεν θα τα βγάλει πέρα, ή ότι θα χάσει τον αυτοέλεγχο του, θα μειωθεί το εγώ του και στη συνέχεια θα τον εγκαταλείψουν όσοι βρίσκονται κοντά του.

Την μόνη πραγματική ελπίδα που μπορούμε να του δώσουμε - όπως ισχυρίζεται ο Σολδάτος - είναι «ότι θα τον βοηθήσουμε να ζήσει όσο γίνεται πιο άνετα μέχρι το τέλος και θα πεθάνει με αξιοπρέπεια».

Η υποστήριξη που του παρέχουμε είναι ουσιαστική όταν βάζουμε έμφαση στο ΠΑΡΟΝ, σε όλες τις δυνατότητες και ικανότητες που μπορεί να χρησιμοποιήσει ΣΗΜΕΡΑ, αντί να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να κάνει σχέδια για ένα αβέβαιο μέλλον. Οι ψεύτικες ελπίδες δεν καθυστερούν τον άρρωστο και ιδιαίτερα όταν συνειδητοποιεί ότι οι άλλοι γύρω του προσποιούνται.

Αυτοέλεγχος - Αυτοεκτίμηση - Αξιοπρέπεια

Για πολλούς αρρώστους η ανάγκη να διατηρήσουν κάποιον έλεγχο μπροστά στις «απώλειες» που βιώνουν καθώς πλησιάζει το τέλος της ζωής τους είναι πολύ σημαντική. Συνήθως αυτές οι «απώλειες» για τις οποίες θρηνεί ο ασθενής αναφέρονται στο παρελθόν, στο παρόν και στο άμεσο μέλλον, θυμάται, με νοσταλγία εμπειρίες και γεγονότα που έζησε ή παρέλειψε να ζήσει, ενώ παράλληλα προβληματίζεται για τις δραστηριότητες και τους ρόλους εκείνους από τους οποίους ενδεχόμενα πρέπει να παραιτηθεί. Ο θρήνος του συνήθως αφορά την απώλεια ανεξαρτησίας, τους περιορισμούς στις κοινωνικές σχέσεις και στην κοινωνική του δράση, καθώς και την έλλειψη αυτοελέγχου που βιώνει σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας του να ολοκληρώσει προγραμματισμένα σχέδια όνειρα ή προσδοκίες. Παράλληλα καθώς η κατάσταση της υγείας του επιδεινώνεται αντιμετωπίζει καθημερινά απώλειες που σχετίζονται με τη σωματική του ακεραιότητα όπως για παράδειγμα ενδεχόμενες αναπηρίες, παραμορφώσεις ή διαταραχές λειτουργικότητας οργάνων, που έχουν επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του.

Αντιμέτωπος λοιπόν με πολλαπλές απώλειες ο άρρωστος προσπαθεί να διατηρήσει κάποιον έλεγχο. Όμως πολύ συχνά έρχεται σ'

επαφή με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς οι οποίοι επηρεασμένοι από τον επικείμενο θάνατο νιώθουν και αυτοί την ανάγκη να διατηρήσουν τον έλεγχο των πραγμάτων, πολλές φορές μάλιστα σε βάρος του αρρώστου. Αποφεύγοντας να έρθουν αντιμέτωποι με τα δικά τους συναισθήματα ανικανότητας να επηρεάσουν την πορεία και αδυναμίας απέναντι στο θάνατο, επιδιώκουν να διατηρήσουν το «πάνω χέρι» και μέσα από «ηρωικές προσπάθειες» να κρατήσουν τον άρρωστο στη ζωή. Άλλες πάλι φορές, τον υπερπροστατεύουν στερώντας του κάθε ευκαιρία να νιώσει αυτοπεποίθηση και αυτοκυριαρχία μπρος στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Έτσι ο ασθενής βιώνει ακόμα μεγαλύτερη κατάθλιψη, άγχος και μια έντονη αίσθηση απελπισίας και αδυναμίας που τον υποβιβάζει και τον μειώνει.

Ο ρόλος λοιπόν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ ουσιαστικός όταν ανταποκρίνεται στην ανάγκη κάθε αρρώστου ν' αναπτύσσει και να διατηρεί μια αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειας που εξασφαλίζεται όταν :

* Ενημερώνει τον άρρωστο που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του, και όταν τον προετοιμάζει για τις ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αναπτύσσει έναν «πνευματικό έλεγχο» πάνω στα γεγονότα που μειώνει τους φόβους του και αμβλύνει την αδυναμία και σύγχυση που συχνά προκαλεί η άγνοια.

* Προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα. Στην αρχή οι αποφάσεις για την ζωή που του απομένει μπορεί να είναι πιο πλατειές, όπως για παράδειγμα αν θα συνεχίσει να δουλεύει ή αν θα πάει σ' ένα ταξίδι. Όσο όμως πλησιάζει προς το θάνατο, παρ' όλο που οι επιλογές και οι αποφάσεις περιορίζονται, εντούτοις είναι σημαντικό να νιώθει ότι έχει κάποιο περιθώριο να ορίζει τη ζωή του. Για παράδειγμα μπορεί να διαλέξει —ανάλογα με τις συνθήκες— τι θα φάει, πότε θα πάρει καταπραϋντικά, πότε και εάν θα δεχθεί επισκέψεις, ποιους θα έχει στο πλευρό του κλπ.

* Ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίσει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας (διατροφή, καθαριότητα, υγεία κλπ) αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.

* Οργανώνει το πρόγραμμα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του κι έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας και αυτοελέγχου.

Είναι πολύ σημαντικό, κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ΖΕΙ... ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία και πορεία προς το θάνατο! Σε καμμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει. Εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος ανάμεσα μας που με το θάνατο του μπορεί να μας φέρει πιο κοντά στην καρδιά και το νόημα της ζωής!

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
- Το δικαίωμα να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ακόμα κι αν ο στόχος δεν είναι θεραπεία, αλλά ανακούφιση ή υποστήριξη.
- Το δικαίωμα να δέχεται φροντίδες από ένα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι εξειδικευμένο κι ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει και της οικογένειάς του, συμβάλλοντας στη δημιουργία συνθηκών ηρεμίας, ασφάλειας και αξιοπρέπειας.
- Το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένος από τον οργανικό πόνο.
- Το δικαίωμα να μην πεθαίνει μόνος, ούτε να εγκαταλείπεται.
- Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.

- Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητα του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο του, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την αίσθηση της ελπίδας, οποιοδήποτε κι αν είναι το περιεχόμενο της.
- Το δικαίωμα να βρίσκει ανταπόκριση στην ανάγκη του γι' αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση, επικοινωνία, καθώς. προσαρμόζεται στις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ένα άτομο «που ζει», που έχει συναισθήματα, σκέψεις κι ανάγκες, μέχρι να πεθάνει.

ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας και του παιδιού με όγκους, νεοπλάσματα στην πορεία της αρρώστιας

Στα τελευταία χρόνια αναρίθμητες ιατρικές ανακαλύψεις πάνω στη θεραπεία των όγκων, νεοπλασμάτων στα παιδιά έχουν ουσιαστικά αλλάξει την πρόγνωση και το μέλλον αυτών των αρρώστων. Σήμερα ο όγκος, νεόπλασμα δεν θεωρείται μια πάθηση που αναπόφευκτα οδηγεί στο θάνατο. Ο γιατρός δεν αντιμετωπίζει ένα παιδί «που πεθαίνει», αλλά ένα παιδί άρρωστο «που ζει χρόνια» με μια αρρώστια που απειλεί μεν τη ζωή του αλλά του δίνει την ευκαιρία τις περισσότερες φορές να ζήσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ύφεση και μερικές φορές να φθάσει σε πλήρη αποθεραπεία.

Σαν συνέπεια αυτής της προόδου το ενδιαφέρον της ιατρικής πέρασε από την καθαρά σωματική φροντίδα σε μια παράλληλη φροντίδα της ψυχικής υγείας του παιδιού που επηρεάζεται και συχνά τραυματίζεται από την εμπειρία του καρκίνου. Ο όρος «θεραπεία» αναφέρεται όχι μόνο σε μια ιατροφαρμακευτική προσπάθεια αντιμετώπισης της αρρώστιας,

αλλά και σε μια ολοκληρωμένη θεώρηση του παιδιού, που θα δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να προωθηθεί παράλληλα με την βιολογική και η συναισθηματική, πνευματική και κοινωνική του εξέλιξη.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Το ερώτημα που τίθεται για κάθε παιδίατρο που βρίσκεται στη θέση να πληροφορήσει τους γονείς δεν είναι αν πρέπει ή δεν πρέπει να τους ενημερώσει, αλλά με ποιόν τρόπο θα τους εκθέσει την αλήθεια βοηθώντας τους να τη δεχτούν και να κινητοποιήσουν τις δυνάμεις τους.

Μ' άλλα λόγια, η έκταση και ο τρόπος ενημέρωσης πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε οικογένεια. Το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο των γονιών, οι σχέσεις και η δυνατότητα υποστήριξης που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και οι ανάγκες τους για ενημέρωση, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στη χώρα μας οι περισσότεροι γονείς και γιατροί αποφεύγουν να ενημερώσουν το παιδί για το τι ακριβώς του συμβαίνει. Μέσα από μια υπερπροστατευτική θέση ισχυρίζονται: «είναι μικρό και δεν θα καταλάβει», «είναι μεγάλο κι αν μάθει την αλήθεια θα πληγωθεί». Άλλοτε πάλι δεν ξέρουν «πώς» και «τι» να του πουν και νιώθουν αμήχανοι όταν αντιμετωπίζουν την όποια ενημέρωση. Γι' αυτό, στην προσπάθειά τους να καθησυχάσουν το παιδί, καταφεύγουν σε απλοϊκές αλλά και ψεύτικες εξηγήσεις.

Όμως κάθε παιδί - ανεξάρτητα από ηλικία - καταλαβαίνει από την πρώτη κιόλας στιγμή τη διάγνωση, ότι κάτι σοβαρό του συμβαίνει. Παρατηρεί ότι ενώ γιατρός, γονείς και συγγενείς προσπαθούν να το καθησυχάσουν με λόγια, η συμπεριφορά τους δείχνει το αντίθετο. Ανήσυχοι οι ενήλικες και ταραγμένοι, μερικές φορές κλαίνε μπροστά

του, ή το κοιτάζουν με οίκτο, ή σιγοψιθυρίζουν μεταξύ τους δημιουργώντας ένα κλίμα «μυστηρίου» γύρω από την αρρώστια του. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το παιδί κινητοποιεί την φαντασία του για να εξηγήσει όσα του συμβαίνουν. Τα αποτελέσματα είναι συχνά τραγικά. Με τη σκέψη του που κυριαρχείται από έντονο εγωκεντρισμό, δίνει ερμηνείες που είναι συχνά εφιαλτικότερες από την ίδια την πραγματικότητα. Πιστεύει ότι φταίει που αρρώστησε. Αποδίδει την αιτία της αρρώστιας του σε κάτι «κακό» που σκέφτηκε, που είπε, ή που έκανε: «αρρώστησα γιατί δεν έτρωγα το φαγητό μου», ή «... γιατί ζήλευα το αδελφάκι μου», ή «... γιατί έλεγα κακές λέξεις που δεν πρέπει». Οι ενοχές του πολλαπλασιάζονται όταν νιώθει υπεύθυνο για την αναστάτωση και τη στεναχώρια που προκαλεί με την αρρώστια στους δικούς του. Με χαμηλή αυτοεκτίμηση κι' έντονο άγχος, βρίσκεται αντιμέτωπο με ιατρικές εξετάσεις και θεραπευτικές διαδικασίες τις οποίες ερμηνεύει σαν «τιμωρία», κι όχι σαν «θεραπεία».

Το παιδί της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας στηρίζεται σε «λέξεις», «συζητήσεις» που θα κρυφακούσει ή διαγράμματα και ιατρικές εξετάσεις που θα διαβάσει και στη συνέχεια δημιουργεί τη δική του θεωρία σχετικά με το τι του συμβαίνει.

Τα περισσότερα παιδιά που συνειδητοποιούν ότι η αρρώστια τους αποτελεί απαγορευμένο θέμα για συζήτηση, σέβονται τους κανόνες της «σιωπής» και αποφεύγουν τις ερωτήσεις που θα φέρουν τους ενήλικες σε δύσκολη θέση ή θα τους οδηγήσουν να δώσουν ψεύτικες εξηγήσεις. Συνήθως το οικογενειακό και νοσηλευτικό περιβάλλον που αποφεύγει την ανοιχτή επικοινωνία και πληροφόρηση σχετικά με την αρρώστια, αποτρέπει και μια ανοιχτή επικοινωνία στο επίπεδο των συναισθημάτων. Έτσι αποφεύγεται η εκδήλωση της στενοχώριας, του θυμού, του φόβου ή της θλίψης (που είναι τόσο φυσιολογικά όταν αλλάζει η ζωή του παιδιού και της οικογένειάς του) και καλλιεργείται ένα κλίμα «ευθυμίας» και προσποίησης.

Μέσα σ' ένα τέτοιο περιβάλλον το παιδί οδηγείται σε μια «συναισθηματική απομόνωση» χωρίς ουσιαστική υποστήριξη και κατανόηση.

Το πρόβλημα που προκύπτει δεν είναι λοιπόν αν «πρέπει» ή «δεν πρέπει» να ενημερώνεται ένα παιδί, αλλά πώς να γίνεται η ενημέρωση, πόσο εκτεταμένη και λεπτομερής να είναι, πότε και ποιος ή ποίοι να την αναλάβουν, όπως και ποια υποστήριξη να παρέχεται στο παιδί στη συνέχεια αυτής της ενημέρωσης.

Αποφάσεις σχετικά με την τακτική της ενημέρωσης πρέπει να παίρνονται συλλογικά από τους γονείς με τον υπεύθυνο γιατρό, την αδελφή, και τον ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Είναι σημαντικό να συνεκτιμούνται η ηλικία, η προσωπικότητα του παιδιού, η οικογενειακή ατμόσφαιρα, οι σχέσεις των μελών μπρος σε δύσκολες καταστάσεις, όπως επίσης η φύση και σοβαρότητα της αρρώστιας, η επικρατούσα ψυχική και οργανική κατάσταση του παιδιού και άλλοι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν ώστε η ενημέρωση να γίνεται επικοδομητική και ουσιαστική για το συγκεκριμένο παιδί.

Παρ' όλο που η διαδικασία της πληροφόρησης πρέπει να εξατομικεύεται, υπάρχουν εν τούτοις μερικές βασικές προϋποθέσεις που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει υπ' όψη του όταν επιδιώκει να βοηθήσει το παιδί να προσαρμοστεί στις συνθήκες θεραπείας και στη γενικότερη εξέλιξη του ως άτομο. Αυτές είναι:

α) Ένας ανοιχτός διάλογος με το παιδί. Δεν αρκεί να ενημερώνουμε το παιδί σχετικά με την αρρώστια του. Είναι σημαντικό επίσης να το προετοιμάζουμε για τις θεραπευτικές διαδικασίες ή εξετάσεις που πρόκειται να υποστεί. Ένας ανοιχτός διάλογος καρποφορεί όταν ο γιατρός ενθαρρύνει το παιδί να εκφράσει ελεύθερα τις απορίες, τις ανησυχίες και τα συναισθήματα του. Το παιδί που ενημερώνεται και προετοιμάζεται, νιώθει ότι έχει κάποιο έλεγχο σε όσα του συμβαίνουν και κατά συνέπεια με περισσότερη ψυχική δύναμη κι ευθύνη αντιμετωπίζει ή υπομένει δύσκολες συνθήκες. Παράλληλα προσαρμόζεται ευκολότερα και συνεργάζεται αποτελεσματικότερα με το προσωπικό το οποίο εμπιστεύεται.

β) Η ενεργητική συμμετοχή του παιδιού στη θεραπεία καλλιεργεί ένα συναίσθημα αυτοελέγχου, αυτοπεποίθησης και αυτοκυριαρχίας σε καταστάσεις που νιώθει ότι μπορεί ν' αντεπεξέλθει. Συμμετέχει ενεργά όταν του δίνουμε το δικαίωμα επιλογής ανάμεσα σ' εναλλακτικές προτάσεις (π.χ. «Σε ποιο χέρι προτιμάς να γίνει η ένεση ;») ή ακόμα όταν του δίνουμε την ευκαιρία ν' αποφασίζει για θέματα που αφορούν το ίδιο ή τη θεραπεία του (π.χ. «Με ποια σειρά θέλεις να γίνουν σήμερα η παρακέντηση και το μυελόγραμμα ;»).

Ανάλογα με την ηλικία του μπορεί να μάθει να παίρνει μοναχό του τα φάρμακα του, την θερμοκρασία του, να παρακολουθεί το βάρος και τη

δίαιτα του και να κρατά κάποιο διάγραμμα της πορείας της αρρώστιας του. Ακόμα, μπορεί να μάθει να ερμηνεύει τ' αποτελέσματα ορισμένων εξετάσεων που αποτελούν μέρος της θεραπείας του και να προστατεύει τον εαυτό του όταν βρίσκεται κάτω από συνθήκες απειλητικές για την υγεία του (χαμηλά λευκά, κλπ).

γ) Η κατανόηση που δείχνει ο παιδίατρος στον συναισθηματικό κόσμο του παιδιού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

Δεν υπάρχουν συναισθήματα του «πρέπει» ή «δεν πρέπει» να εκδηλώνονται. Ο θυμός, η αγανάκτηση, η αποθάρρυνση, η θλίψη, τα δάκρυα, είναι όλα φυσιολογικές εκδηλώσεις και αντιδράσεις κάθε παιδιού που αναγκάζεται ξαφνικά να μάθει να ζει με μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή του αρρώστια. Όταν ο παιδίατρος ενθαρρύνει το παιδί να εκδηλώνει τα συναισθήματα του αντί να τα καταπνίγει, το βοηθά να εκτονωθεί.

Μαζί του στη συνέχεια συζητά τρόπους για ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα μία κατάσταση που το αναστατώνει. Μ' αυτόν τον τρόπο διευκολύνει ουσιαστικά τη διαδικασία προσαρμογής του παιδιού.

Μια ολοκληρωμένη φροντίδα αποβλέπει ταυτόχρονα στη σωματική και ψυχική υγεία. Παράλληλα με τη διάρκεια ζωής επιδιώκεται και η ποιότητα ζωής για το κάθε παιδί με καρκίνο και την οικογένεια του.

Γενικά από την πείρα της παρατήρησης και φροντίδας μερικών χρόνων του παιδιού με καρκίνο, προκύπτει σα συμπέρασμα ότι, παρ' όλο που οι γονείς δίνουν την εικόνα της αρρώστιας πολύ διαφορετική από την πραγματική για να προστατέψουν το παιδί τους, εντούτοις τα παιδιά γνωρίζουν ότι η αρρώστια τους είναι σοβαρή. Το αντιλαμβάνονται έμμεσα ή άμεσα από τις καταστάσεις, τη στάση και τη συμπεριφορά τους, τα σχόλια των ίδιων και του περιβάλλοντος (νοσοκομείο, σπίτι, σχολείο).

Η πείρα και η γνώση έχουν αποδείξει ότι είναι καλύτερα να ενημερώνεται το παιδί πολύ νωρίς για ό,τι αφορά την αρρώστια του, με σωστές πληροφορίες, χωρίς βέβαια να περιπλέκεται με ιατρικούς όρους ή να αποθαρρύνεται από την πρόγνωση της. Το παιδί περιμένει πάντα αυτό το άνοιγμα επικοινωνίας από τους άλλους (γονείς, γιατρούς, φίλους).

Δίνοντας τη δυνατότητα στο παιδί να μιλήσει, να συμμετάσχει στη γνώση των άλλων πάνω σ' αυτό που συμβαίνει στο σώμα του, αποκτά την ικανότητα να λογικοποιεί τους φόβους, να περιορίζει την απόσταση στα «φαντάσματα» της αγωνίας του, να ενθαρρύνεται η ανοχή του και η κατανόηση στις δύσκολες καταστάσεις που επιβάλλει η πραγματικότητα.

Η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός προς το παιδί διασφαλίζουν την καλύτερη ψυχική φροντίδα, στηρίζουν μια σχέση ξεκάθαρη μαζί του και κυρίως καθορίζουν την καλή προσαρμογή του στις συνθήκες της αρρώστιας και της θεραπείας της.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Τι όμως συμβαίνει με το βαριά άρρωστο παιδί, που η ζωή του απειλείται άμεσα από τον καρκίνο;

Μια αξιοσημείωτη περιγραφική έρευνα στον τομέα αυτόν έρχεται σήμερα να τονίσει ότι, ανεξάρτητα από ηλικία, όταν ένα παιδί πλησιάζει στο θάνατο, συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει και κατανοεί απόλυτα την έννοια του θανάτου όπως και ο ενήλικας. Αυτή η γνώση ωριμάζει προοδευτικά καθώς το παιδί ερμηνεύει και συνθέτει τα γεγονότα και τις εμπειρίες του σταδιακά μέσα από τις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Η Bluebond – Langner περιγράφει 5 στάδια συνειδητοποίησης που καθένα χαρακτηρίζεται από την απόκτηση κάποιας ουσιαστικής πληροφορήσης σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Παράλληλα περιγράφει 5 αντίστοιχα στάδια που το παιδί διαμορφώνει μια εικόνα για τον εαυτό του σε συνάρτηση με τη φάση που βρίσκεται η αρρώστια του. Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, το παιδί συνειδητοποιεί ότι αυτή η αρρώστια που έχει (ακόμα κι αν δεν ξέρει τ' όνομα της) είναι σοβαρή. Σιγά σιγά αρχίζει να μαθαίνει τα φάρμακα και τις παρενέργειες τους. Με τον καιρό καταλαβαίνει το σκοπό της θεραπείας και καταφέρνει να συνδυάζει την κάθε θεραπευτική διαδικασία με τις προϋποθέσεις και συνθήκες που την επιβάλλουν. Μέχρι τη στιγμή που θα αντιμετωπίσει μια υποτροπή, δεν έχει λόγο να υποψιάζεται ότι υπάρχουν δυσκολίες στο ξεπέρασμα αυτής της αρρώστιας. Όταν όμως αρχίζει νέος κύκλος θεραπείας, τότε πια συνειδητοποιεί ότι τα φάρμακα που προορίζονται να το θεραπεύσουν δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικά. Μέσα από αλληπάλληλες υποτροπές μαθαίνει ότι η αρρώστια του περιλαμβάνει εναλλασσόμενες περιόδους που είναι «καλά» και περιόδους που είναι

«άρρωστο». Αρχίζει δε να πιστεύει ότι θα διατηρηθεί σ' αυτή την κατάσταση για πάντα. Όταν όμως ακούσει ή δει το θάνατο κάποιου άλλου παιδιού, που ξέρει ότι πάσχει από την (δια αρρώστια, τότε φτάνει να συνειδητοποιήσει ότι ο κύκλος συνεχών υποτροπών και υφέσεων καταλήγει κάποτε στο θάνατο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αρρώστια

1 (διάγνωση)	2 (περίοδο ύφεσης)	3 (πρώτη υποτροπή)	4 (αλλεπάλληλες υποτροπές)	5
Συνειδητοποιεί ότι «αυτή» είναι μια σοβαρή αρρώστια	Αποκτά γνώσεις σχετικά ονόματα και παρενέργειες φαρμάκω	Μαθαίνει σκοπό της θεραπείας και των διαφορών διαδικασιών και επεμβάσεων	Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια είναι μια σειρά από αλλεπάλληλες υποτροπές και υφέσεις. (- θάνατος)	Αντιλαμβάνεται ότι η αρρώστια είναι μια σειρά από αλλεπάλληλες υποτροπές και καταλήγει στο θάνατο. (+ θάνατος).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Διαμόρφωση προσωπικής ταυτότητας

(Εικόνα που έχει το παιδί για τον εαυτό του)

1 (διάγνωση)	2 (περίοδος ύφεσης)	3 (πρώτη υποτροπή)	4 (αλλεπάλληλε υποτροπές)	5
«Είμαι σοβαρά άρρωστος»	«Είμαι σοβαρά άρρωστος και θα γίνω καλά».	«Είμαι πάντοτε άρρωστος αλλά θα γίνω καλά».	«Είμαι πάντοτε άρρωστος και δεν θα γίνω ποτέ καλά».	«Θα πεθάνω»

Έτσι λοιπόν, μονάχα όταν περάσει από όλα αυτά τα 5 στάδια, αποκτώντας τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με την αρρώστια του, φθάνει στο σημείο να έχει πλήρη συνείδηση ότι πράγματι πεθαίνει, γεγονός που εκφράζει τις περισσότερες φορές μη λεκτικά (ζωγραφική, συμπεριφορά κ.λ.π.).

Η σιωπή που συχνά κρατά μπροστά στον επικείμενο θάνατο του συμβαδίζει με την προσποίηση του περιβάλλοντος ότι «όλα θα πάνε καλά». Διαισθάνεται και σέβεται τους «κανόνες» που απαγορεύουν κάθε

συζήτηση πάνω στη σοβαρότητα της κατάστασης του και την πιθανότητα θανάτου, κι αυτό για να μη φέρει σε δύσκολη θέση τους ανθρώπους που έχει ανάγκη να νιώθει κοντά του.

Πώς λοιπόν πρέπει να αντιμετωπίζεται ένα παιδί που πεθαίνει; Τι πρέπει να του λέει κανείς;

Η απάντηση σ' αυτή την πολύ δύσκολη ερώτηση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αρχικά όλα τα παιδιά δεν έχουν τις ίδιες απορίες και ανησυχίες όταν πλησιάζουν προς το θάνατο. Καθένα τις εκφράζει με το δικό του ιδιαίτερο τρόπο.

Παρ' όλο που κάθε παιδί έχει το δικό του μοναδικό τρόπο ν' αντιμετωπίζει το θάνατο του, υπάρχουν μερικές *βασικές ανάγκες* που χαρακτηρίζουν όλα τα παιδιά που πεθαίνουν:

1. Πρώτ' απ' όλα είναι η ανάγκη - ή καλύτερα - το δικαίωμα κάθε παιδιού να παραμένει όσο το δυνατόν *απελευθερωμένο από κάθε οργανικό πόνο*.

2. Εξίσου σημαντική είναι και η ανάγκη του γι' *αγάπη κι ασφάλεια* σ' ένα περιβάλλον που δεν το έχει εγκαταλείψει ή απομονώσει, και που δεν το έχει «ξεγράψει», επειδή η κατάσταση του προκαλεί βαθύ ψυχικό πόνο.

Σ' αυτή την τελική φάση, τα περισσότερα παιδιά εξοικονομώντας πολύτιμη ψυχική ενέργεια, και μπρος στον πόνο του επικείμενου χωρισμού, περιορίζουν τις σχέσεις τους σε λίγα σημαντικά πρόσωπα. Συνήθως το μικρότερο παιδί επανέρχεται σε μια συμβιωτική σχέση με το γονιό του, ενώ το μεγαλύτερο διατηρεί λίγους και μερικές φορές συναισθηματικά φορτισμένους δεσμούς.

Για μερικά παιδιά την ασφάλεια αντιπροσωπεύει ο χώρος του νοσοκομείου. Συνήθως αναζητούν επίμονα από το προσωπικό που τα φροντίζει, εκείνο το άτομο στο οποίο βρίσκουν κάποια σιγουριά, ηρεμία, ελπίδα (σ' οποιαδήποτε μορφή της), που θα κάτσει κοντά τους και χωρίς ν' αποφύγει τη ματιά τους θα δώσει το μήνυμα: «θα είμαι εδώ...μαζί σου!».

Γι' άλλα παιδιά πάλι, την ασφάλεια αντιπροσωπεύει ο χώρος του σπιτιού τους. Έχοντας συνειδητοποιήσει ότι οι θεραπευτικές φροντίδες δεν είναι πια αποτελεσματικές στον οργανισμό τους που συνεχώς εξασθενεί, αποζητούν επίμονα να γυρίσουν σπίτι.

3. Μια τρίτη βασική ανάγκη είναι *η κατανόηση* που ψάχνει το παιδί σ' ένα ευαισθητοποιημένο περιβάλλον, που θα του δώσει τη δυνατότητα να εκφραστεί ελεύθερα και να βρει παράλληλα την κατάλληλη υποστήριξη.

Αυτή η υποστήριξη και συμπαράσταση είναι σημαντική σε μια περίοδο που συχνά αποτελείται από πολλούς «μικρούς συμβολικούς θανάτους» καθώς το παιδί από τη μια μέρα στην άλλη χάνει τις δυνάμεις του, αντιμετωπίζει νέες αναπηρίες, περιορίζεται στις δραστηριότητες του και στις κοινωνικές του επαφές, ή έρχεται αντιμέτωπο με άτομα που μπρος

στο άγχος του θανάτου αποφεύγουν ή ελαττώνουν τις επισκέψεις στο θάλαμο του. Για πολλά παιδιά αυτές οι καθημερινές απώλειες είναι συχνά τραυματικότερες κι' από τον ίδιο το θάνατο...

Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε, ότι για να βοηθήσουμε το παιδί που πεθαίνει και την οικογένεια του, πρέπει πρώτα απ' όλα να ξεκινήσουμε κοιτάζοντας βαθιά μέσα μας, τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις, τις άμυνες μας, που μπορεί να στέκονται εμπόδιο στην επικοινωνία μας μαζί τους.

Είναι απαραίτητο να πιστεύουμε ότι δεν είμαστε εντελώς αδύναμοι κι ανήμποροι μπρος στο παιδί που πεθαίνει, αλλά αντίθετα ότι έχουμε κάτι πολύ ουσιαστικό να προσφέρουμε όταν διαλέγουμε να συμπορευτούμε μαζί του, να δεθούμε και ν' αγαπήσουμε... και στη συνέχεια να βιώσουμε το φυσιολογικό πόνο της απώλειας και να ολοκληρώσουμε τη διεργασία κάποιου προσωπικού πένθους.

Μονάχα μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε να βρούμε και πάλι τη δύναμη να «δώσουμε» και να «πάρουμε» κοντά σ' αυτά τα παιδιά και τις οικογένειες τους, που ίσως περισσότερο από το θάνατο, μας διδάσκουν για το Νόημα της ίδιας της Ζωής.

Τι συμβαίνει όμως και με τους γονείς, τα αδέρφια και τους συγγενείς ενός παιδιού που πεθαίνει;

Στόχος του γιατρού, της αδελφής, του ψυχολόγου ή του κοινωνικού λειτουργού που θα βρίσκεται σ' επαφή με την οικογένεια είναι να τη βοηθήσει να ακολουθήσει μια φυσιολογική πορεία στο πρόβλημα της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Παράλληλα όμως το προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση ν' αναγνωρίζει τη συμπεριφορά που κυριαρχεί όταν η διαδικασία του πένθους δεν γίνεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα παθολογικού πένθους είναι:

- Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
- Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών του πεθαμένου παιδιού ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε το παιδί στην περίοδο της αρρώστιας του.
- Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα μήνες μετά το θάνατο του παιδιού.

Τα μέλη της οικογένειας που εκδηλώνουν τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο που βλέπει ο καθένας τον ζωντανό οργανισμό και τη σχέση του με το περιβάλλον. Η διατήρηση της υγείας δεν πρέπει να είναι υπόθεση μόνο του ατόμου (προσωπική ευθύνη του καθενός για την υγεία του) αλλά και του συνόλου, όπου οι προσπάθειες και των δύο θα συντονίζονται και θα αλληλοσυσχετίζονται.

Όμως στη σημερινή κοινωνία κυριαρχεί η παραδοχή ότι η ατομική ευθύνη για την υγεία υπόκειται σε μια σειρά περιορισμών. Τα άτομα μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνα μόνο όταν διαθέτουν την ελευθερία να φροντίσουν τον εαυτό τους, αλλά στην πράξη η ελευθερία αυτή είναι περιορισμένη από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, εργασιακούς, οικονομικούς, κι άλλους παράγοντες που η μεταβολή τους απαιτεί συλλογική δράση.

Η κοινωνική μέριμνα για την υγεία θα πρέπει να χωρίζεται σε δύο κλάδους: Α) Στην εκπαίδευση για την υγεία που στόχο θα έχει να μεταδώσει γνώσεις και να διαμορφώσει πρότυπα συμπεριφοράς που θα οδηγήσουν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής. Παράλληλα θα αποβλέπει να ενθαρρύνει και να κινητοποιήσει τον πληθυσμό να θέλει να είναι υγιής, να γνωρίζει πώς θα παραμείνει υγιής, να εντάσσει εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής

υγείας στα σχολεία, να προβάλλει στα μέσα μαζικής ενημέρωσης προγράμματα ευαισθητοποίησης της δημόσιας υγείας κ.ά. Β) Στην πολιτική της υγείας που στόχος της θα είναι ο περιορισμός των διαφημίσεων ανθυγιεινών προϊόντων, καθορισμός προδιαγραφών τροφίμων, καταπολέμηση των πηγών μόλυνσης του περιβάλλοντος, βελτίωση του οικονομικού επιπέδου των εργαζομένων, τροποποίηση των θεσμών μέριμνας για την υγεία, κ.ά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Κακώσεις οστών και αρθρώσεων των παιδιών».
2. Ορθοπαιδική του Appley “System of orthopedics and Fractures” 1998.
3. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες». 3^{ος} τόμος. Σαχίνη – Κάρδαση, Πάνου Μαρία.
4. «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες» 1^{ος} τόμος Σαχίνη– Κάρδαση, Πάνου Μαρία.
5. «Κλινική Ανατομική»
Richard S. Snell, M.D. PH.D.
Λίτσας Ιατρικές εκδόσεις, τόμος Α΄
“Orthopedic Knowledge Update” τόμος 1,2.
6. «Ορθοπαιδική νοσηλευτική φροντίδα» Leona Murad Σειρά:
Πρότυπα Άσκησης Ειδικής Νοσηλευτικής Φροντίδας.
7. «Εισαγωγή στην Πυρηνική Ιατρική, Νοσήματα Φθοράς». Παν. Ν.
Αδαμόπουλος.
8. «Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο». Φώτης
Αναγνωστόπουλος, Ψυχολογική Υπηρεσία. Νοσηλευτικό Ίδρυμα
«Άγιοι Ανάργυροι» Δανάη Παπαδάτου, Ογκολογικό τμήμα
Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού».