



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελιξείς - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 56 / Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2012

ISSN: 1109-6403

Αυτόματος Πνευμοθώρακας

Ο πνευμοθώρακας είναι η συλλογή αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα (δηλ. στον χώρο μεταξύ του πνεύμονα και του εσωτερικού του θωρακικού τοιχώματος όπου υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν υπάρχει καθόλου αέρας). Ο αέρας αυτός συμπιέζει τον πνεύμονα και δεν του επιτρέπει να εκπνυχθεί όπως συμβαίνει στη φυσιολογική αναπνοή. Όταν ο πνευμοθώρακας συμβαίνει χωρίς ασθένεια των πνευμόνων ή τραυματισμό ονομάζεται πρωτοπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας. Η ετήσια επίπτωση του αυτόματου πνευμοθώρακα είναι 1,2 ανά 100.000 γυναίκες ετησίως και στους άνδρες κυμαίνεται από 7,4 έως 8,6 ανά 100.000 άνδρες ανά έτος. Συνήθως, ο αυτόματος πνευμοθώρακας συμβαίνει σε νέα και ψηλά άτομα.

Αιτιολογία: Κατά τον αυτόματο πνευμοθώρακα, χωρίς εμφανή αιτιολογία, προκαλείται ρήξη στην επιφάνεια του πνεύμονα και διαφυγή αέρα, ο οποίος συσσωρεύεται στη συνέχεια μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Σε πολλές περιπτώσεις η ρήξη συμβαίνει σε ένα ευένδοτο σημείο, όπως σε προϋπάρχουσα εμφυσηματική φυσαλίδα του πνεύμονα.

Συμπτώματα: Συνήθως, κάποιος που εμφανίζει πνευμοθώρακα έχει τα ακόλουθα συμπτώματα.

- Οξύ θωρακικό άλγος που χειροτερεύει με την έντονη αναπνοή ή βήχα
- Δύσπνοια.

Επιπλέον, ο μεγάλος πνευμοθώρακας μπορεί να προκαλέσει και άλλα συμπτώματα, όπως:

- Αίσθημα σύσφιξης στο στήθος
- Εύκολη κόπωση
- Ταχυκαρδία.

Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν και κατά την ξεκούραση ή κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Διάγνωση: Ο ιατρός υποψιάζεται τον πνευμοθώρακα κατά την ακρόαση των πνευμόνων από την ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην πάσχουσα πλευρά. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με την ακτινογραφία θώρακα όπου φαίνεται ο αέρας να παρεκτοπίζει τον πνεύμονα.

Θεραπεία: Ο πνευμοθώρακας μπορεί να εξελιχθεί σε κατάσταση απειλητική για τη ζωή. Ετσι, όποιος έχει συμπτώματα, όπως τα παραπάνω, πρέπει να αναζητά άμεσα ιατρική βοήθεια. Μικρός πνευμοθώρακας μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρακολούθηση, ανάπαυση και χορήγηση οξυγόνου.

Μεγαλύτερου βαθμού πνευμοθώρακας αντιμετωπίζεται με παροχέτευση θώρακα, δηλ. ένας σωλήνας εισάγεται στη θωρακική κοιλότητα μεταξύ των πλευρών και συνδέεται με μια βαλβίδα μονής κατεύθυνσης που επιτρέπει την έξοδο του αέρα από την υπεζωκοτική κοιλότητα και οδηγεί στην επανέκπτυξη του πνεύμονα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να χρειαστεί μερικές ημέρες για να ολοκληρωθεί με τον σωλήνα παροχέτευσης στη θέση του και απαιτεί παραμονή στο νοσοκομείο.

Η πιθανότητα εμφάνισης υποτροπής (δεύτερου επεισοδίου πνευμοθώρακα) φτάνει περίπου το 40% κατά τα πρώτα δύο χρόνια. Η πιθανότητα αυτή φτάνει το 60% μετά το δεύτερο επεισόδιο και υπερβαίνει το 70% μετά το τρίτο επεισόδιο. Μετά το δεύτερο επεισόδιο συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει την αφαίρεση των ευένδοτων σημείων του πνεύμονα, δηλ. των φυσαλίδων, και πλευροδέση που είναι η δημιουργία συμφύσεων μεταξύ του πνεύμονα και του θωρακικού τοιχώματος με σκοπό την εξάλειψη της υπεζωκοτικής κοιλότητας, μερική ή ολική. Με αυτή την επέμβαση μειώνονται οι πιθανότητες για εμφάνιση άλλων επεισοδίων πνευμοθώρακα σε ποσοστό 95%. Η επέμβαση γίνεται στο 251 ΓΝΑ, κυρίως με τη θωρακοσκοπική μέθοδο (VATS) και πραγματοποιείται με τρεις μικρές τομές περίπου 1,5 εκατοστών από τις οποίες εισάγονται στον θώρακα μία κάμερα και τα ειδικά χειρουργικά εργαλεία. Ο ασθενής μετά την επέμβαση φέρει παροχέτευση θώρακα κατά μέσο όρο για τρεις ημέρες.

Πρόληψη: Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτόματου πνευμοθώρακα. Άτομα τα οποία έχουν εμφανίσει επεισόδιο αυτόματου πνευμοθώρακα πρέπει να αποφεύγουν μεταβολές της ατμοσφαιρικής πίεσης, όπως συμβαίνει σε πτήσεις καταδύσεις μεγάλο υψόμετρο. Επίσης, να αποφεύγουν την παραμονή τους σε μέρη που δεν είναι διαθέσιμη άμεση ιατρική βοήθεια. Η εγχείρηση αποτελεί την καλύτερη γνωστή μέθοδο για την πρόληψη των υποτροπών.

Επιμέλεια

Ασχμος (ΥΙ) **Κωνσταντίνος Σιαφάκας**

Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

περιεχόμενα

Θέμα: – Το PSA στον Ορμονόατοχο

Καρκίνο του Προστάτη σελ. 2

– Λαπαροσκοπική Χειρουργική – Εφαρμογή στην Ουρολογία..... σελ. 5

Θέμα: – Αλκοολισμός..... σελ. 6

εκδηλώσεις: – Επίσκεψη Τουρκικής Αντιπροσωπείας..... σελ. 7

– «Η ΠΟΡΕΙΑ ΜΟΥ»

– Κοπή πίτας προσωπικού 251 ΓΝΑ

– Εκδήλωση για τους Εθελοντές του 251 ΓΝΑ σελ. 8

Κωδικός: 6720



251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463952, Fax: 210 7715680

Το PSA στον Ορμονοάντοχο Καρκίνο του Προστάτη

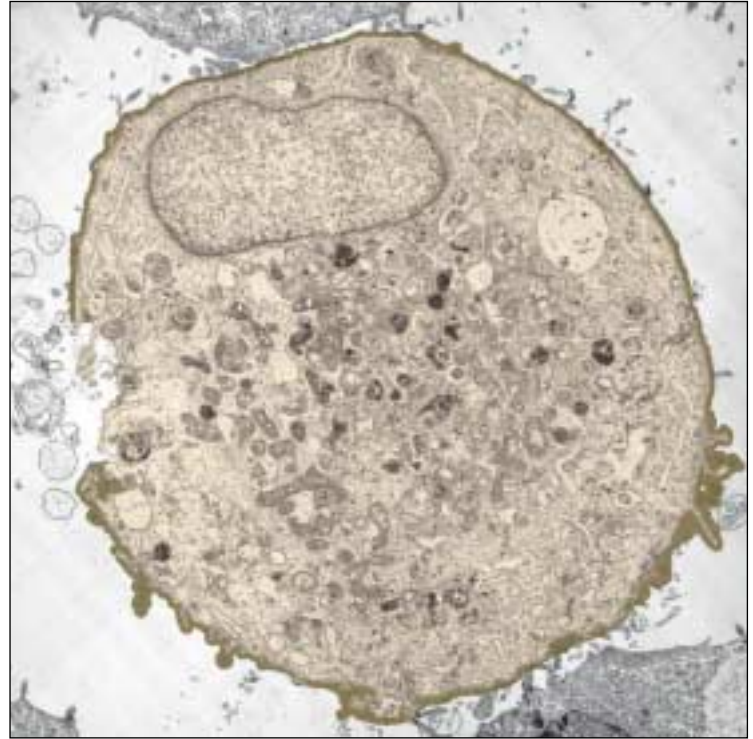
Καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος που διαγιγνώσκεται στους άνδρες, αποτελεί δε τη δεύτερη αιτία θανάτου από κακοήθεια μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Αφορά κυρίως άνδρες ηλικίας >50 ετών, συχνά δε παραμένει κλινικά ασυμπτωματικός μέχρις ότου φτάσει σε προχωρημένα στάδια. Αν όμως διαγνωστεί σε αρχικά στάδια, οι θεραπευτικές επιλογές είναι πολλές και η επιβίωση του ασθενούς στην 5ετία είναι άνω του 80%.

Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Ιωάννης Μούντζιος**
Επιμελητής Ογκολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη, ο πιο συχνός τύπος προστατικού καρκίνου, αναπτύσσεται από κύτταρα του προστάτη αδένου. Οι περισσότεροι προστατικοί καρκίνοι αναπτύσσονται πολύ αργά. Νεκροτομικές μελέτες δείχνουν ότι πολλοί ασθενείς τρίτης ηλικίας που πέθαναν από άλλα αίτια είχαν και καρκίνο του προστάτη που δεν είχε γίνει αντιληπτός ούτε από τους ίδιους ούτε από τους θεράποντες ιατρούς. Υπάρχουν, όμως, προστατικοί καρκίνοι που αναπτύσσονται ενδοπροστατικά και μεθίστανται αιματογενώς και λεμφογενώς. Ενδοπροστατικά ο καρκίνος αναπτύσσεται κατά συνέχεια ιστού, από τον ένα λοβό στον άλλο, μπορεί να διηθήσει την προστατική κάψα και να προσβάλλει τους παρακείμενους ιστούς. Η συνηθέστερη αιματογενής διασπορά είναι τα οστά (λεκάνη, σπονδυλική στήλη, πλευρές, κρανίο). Λεμφογενώς η νόσος μεθίσταται στους πνευλικούς λεμφαδένες.

Η συντριπτική πλειοψηφία των προστατικών καρκίνων σε πρώιμα στάδια (ενδοπροστατική βλάβη) δεν προκαλεί καθόλου συμπτώματα, η διάγνωση τους δε είναι τυχαία, μετά από έλεγχο του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) ή από δακτυλική εξέταση. Μερικοί προστατικοί καρκίνοι δίνουν άτυπα συμπτώματα προστατικής συνδρομής (συχνοουρία, νυκτουρία, δυσουρία). Συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου του προστάτη περιλαμβάνουν την αιματουρία, τα οστικά άλγη σε διάφορα μέρη του σώματος, άλγη στο υπογάστριο ή στο περιέο κ.λπ. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει κυρίως τη δακτυλική εξέταση με την οποία ανακαλύπτονται ύποπτες περιοχές (σκληρά ανώδυνα οζίδια, ασαφείς περιοχές). Η δακτυλική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνεται στον ετήσιο γενικό έλεγχο όλων των ανδρών ηλικίας 50 ετών και άνω.



Τι είναι το PSA

Το Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (Prostate Specific Antigen – PSA) είναι μια 28,4 Kda γλυκοπρωτεΐνη με 237 αμινοξέα που παράγεται από τα φυσιολογικά, τα καλοήγη και τα καρκινικά προστατικά επιθηλιακά κύτταρα. Βρίσκεται στο σπερματικό και προστατικό υγρό, στον ορό και στα ούρα. Η κύρια λειτουργία του είναι η υγροποίηση του σπέρματος. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το PSA παράγεται, επίσης, σε πολύ χαμηλά επίπεδα (<0,1ng/mL) από τους περι-ουρηθρικούς αδένες και από τον αδενικό ιστό του μαστού στις γυναίκες.

Το PSA παράγεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη και εκκρίνεται φυσιολογικά διαμέσου των προστατικών πόρων στο σπερματικό υγρό όπου βρίσκεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις. Ενώ σε φυσιολογικές συνθήκες ελάχιστη ποσότητα εισβάλλει στην κυκλοφορία του αίματος, σε παθολογικές συνθήκες τα επίπεδα του PSA στον ορό αυξάνονται σημαντικά.

Το PSA είναι ένας ειδικός αλλά όχι ιδιαίτερα ευαίσθητος καρκινικός δείκτης του προστάτη αδένου. Είναι δυνατόν να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα παρό την ύπαρξη προστατικού καρκίνου. Αντίθετα η τιμή του μπορεί να είναι αρκετά υψηλή χωρίς την ύπαρξη καρκινώματος. Τιμές του PSA έως 4ng/mL θεωρούνται συνήθως φυσιολογικές τιμές, μεγαλύτερες του 10ng/mL θεωρούνται παθολογικές, ενώ οι τιμές ανάμεσα στο 4 και στο 10 θεωρούνται οριακές και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Νέες μέθοδοι μέτρησης του PSA έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να βελτιωθεί η ευαισθησία του, όπως το κλάσμα ελεύθερο προς ολικού PSA, η ταχύτητα αύξησης του PSA, η πυκνότητα του PSA, η τιμή του PSA ανά ηλικία κ.λπ. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο έλεγχος του PSA, χρησιμοποιείται κυρίως στην ανίχνευση του πρώιμου προστατικού καρκίνου. Η τιμή του PSA, εκτιμά την πιθανότητα που έχει ένας άνδρας να έχει καρκίνο του προστάτη, δεν δίνει όμως οριστική απάντηση. Και άλλες παθολογίες όπως η καλοήγη υπερπλασία του προστάτη ή η προστατίτιδα μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της τιμής του PSA.

Μορφές εμφάνισης του PSA στον ορό

Το PSA εμφανίζεται ως ελεύθερο ή συνδεδεμένο με πρωτεΐνες αναστολές στον ορό ή στο πλάσμα. Οι κυριότερες μορφές του είναι:

Free PSA

Αντιπροσωπεύει μια ενζυμικά ανενεργό μορφή η οποία δεν μπορεί να συνδεθεί με αναστολές. Αποτελεί την επικρατέστερη μορφή του PSA στο σπέρμα.



Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463 765, Fax: 210 7715 690

Εκδότης

Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη
Επγός (ΥΙ) Δημήτριος Λιάπης

Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ
Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα
Τηλ.: 210 7228 614, 210 7228 624
Fax: 210 7228 614

Copyright 2012

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση χωρίς γραπτή άδεια
του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας των συγγραφέων και των εκδοτών.



PSA-ACT

Δημιουργείται από τη σύνδεση του ελεύθερου PSA με τον αναστολέα άλφα-1-αντιχυμοτριψίνη (alfa-1-antichymotrypsin). Είναι ενζυμικά ενεργός και η επικρατέστερη μορφή του PSA στον ορό. Σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη εμφανίζεται υψηλό ποσοστό της μορφής αυτής στον ορό τους σε σύγκριση με υγιείς ή με αυτούς που έχουν καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.

PSA-a2M

Το ελεύθερο PSA μπορεί, επίσης, να συνδεθεί με την άλφα-2-μακροσφαιρίνη (alpha-2-macroglobulin, a2M) σχηματίζοντας σύμπλοκο υψηλού μοριακού βάρους. Η άλφα-2-μακροσφαιρίνη περιβάλλει το μόριο του PSA κρύβοντας όλες τις πιθανές θέσεις σύνδεσης (επίτιποι). Η μορφή αυτή δεν είναι ανιχνεύσιμη.

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο διαχωρισμός μεταξύ της ελεύθερης μορφής από τη συνδεδεμένη μορφή, θα μπορούσε να συμβάλει στον διαχωρισμό μεταξύ πρώιμου ισθίου καρκίνου του προστάτη και καλοήθους υπερπλασίας. Το ολικό PSA (Total PSA) είναι το σύνολο του ελεύθερου PSA και του συνδεδεμένου PSA-ACT, της κυρίαρχης μορφής στον ορό. Προκαταρκτικές έρευνες έδειξαν το πιθανό όφελος της χρήσης του επί τοις εκατό (%) ελεύθερου PSA (ή του λόγου freePSA/totalPSA) στη διαφοροποίηση της καλοήθους υπερπλασίας από τον καρκίνο του προστάτη. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι το % freePSA, τελικά, δεν θα επιβεβαιώσει ή θα αποκλείσει τον καρκίνο του προστάτη, διότι εξακολουθεί να υπάρχει κάποια τάση (overlap) μεταξύ της καλοήθους και κακοήθους ασθένειας του προστάτη μέσα από την επί τοις εκατό κλίμακα του freePSA. Παρόλα αυτά, όμως, το % freePSA αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη που παρέχει, τόσο στον ιατρό, όσο και στον ασθενή, καλύτερη εκτίμηση της πιθανότητας να έχει καρκίνο του προστάτη ή όχι.

Παράμετροι που χρησιμοποιούνται για βελτίωση της κλινικής χρήσης του PSA

Πυκνότητα PSA (Density)

Η συγκέντρωση του PSA διαιρείται με το μέγεθος του προστατικού αδένου, όπως καθορίζεται από το διορθικό υπερηχογράφημα (TRUS) σε ng/mL/cc. Τιμές πυκνότητας PSA υψηλότερες από 0,15 είναι ενδεικτικές πιθανής παρουσίας καρκίνου προστάτη. Οι μελέτες που έχουν γίνει απέτυχαν να επιβεβαιώσουν τη σημασία της παραμέτρου αυτής έναντι της απλής μέτρησης του PSA.

Ταχύτητα αύξησης PSA (Velocity)

Η μεταβολή της συγκέντρωσης του PSA στην πάροδο του χρόνου. Απαιτούνται τουλάχιστον 3 μετρήσεις με διαφορά 12-18 μήνες από κάθε μέτρηση. Η μέτρηση του PSA σε τακτά χρονικά διαστήματα, βοηθά στην επισήμανση του βαθμού αύξησής του.

Μια αύξηση της τάξης του 0,75ng/mL στον ορό ή γύρω στο 20% κάθε χρόνο ίσως είναι ένδειξη ύπαρξης καρκίνου του προστάτη. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι ελέγχονται περιοδικά και μετρούν σε τακτά χρονικά διαστήματα τα επίπεδα του PSA στον ορό.

Τιμές αναφοράς ανάλογα με την ηλικία

Η συγκέντρωση του PSA στον ορό βρέθηκε να εξαρτάται από την ηλικία και τη φυλή. Ο καθορισμός τιμών αναφοράς ανάλογα με την ηλικία κάνουν την εξέταση του PSA πιο ευαίσθητη για τους νεαρότερους ηλικίας άνδρες και πιο ειδική για τους μεγαλύτερους. Το 80% των ουρολόγων χρησιμοποιεί τιμές αναφοράς ανάλογα με την ηλικία για να αξιολογήσει την εξέταση του PSA.

Free PSA/Total PSA

Το ποσοστό του ελεύθερου PSA στον ορό βρέθηκε να αυξάνεται σημαντικά σε ασθενείς με καλοήγη υπερπλασία, ενώ μειώνεται σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Ο λόγος ή το ποσοστό της συγκέντρωσης του ελεύθερου PSA προς τη συγκέντρωση του ολικού, είναι ένας καινούριος δείκτης, ο οποίος προτείνεται να χρησιμοποιείται για να διευκρινίζει καταστάσεις μεταξύ καλοήθους υπερπλασίας και καρκίνου, ιδιαίτερα στους άνδρες εκείνους που έχουν ενδιάμεσα επίπεδα ολικού PSA ορού.

Κλινική σημασία του PSA

Τα επίπεδα του PSA στον ορό χρησιμοποιούνται κυρίως για την πρώιμη ανίχνευση και τον χειρισμό ασθενών με καρκίνο του προστάτη, τη σταδιοποίηση του καρκίνου, την παρακολούθηση της θεραπείας, την ανίχνευση επανεμφάνισης καρκίνου και ως προγνωστικός δείκτης.

Πρώιμη ανίχνευση

Τα επίπεδα του PSA στον ορό μετριοίνονται για την πρώιμη ανίχνευση και τον έλεγχο ασθενειών που σχετίζονται με τον προστάτη, κυρίως για τον καρκίνο του προστάτη, όμως αυξημένα επίπεδα PSA στον ορό μπορεί ακόμη να ανευρεθούν σε καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, όπως και σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του προστάτη αδένου.

Παρακολούθηση θεραπείας

Σημαντική ένδειξη για το PSA σε περιπτώσεις διαγνωσμένου καρκίνου του προστάτη είναι η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που έγινε, είτε χειρουργικής είτε ακτινοθεραπευτικής ή φαρμακευτικής.

Μείωση των επιπέδων του PSA στα φυσιολογικά είναι ένδειξη της πλήρους αφαίρεσης ή απαλλαγής από τον όγκο. Η επιμονή του δείκτη σε παθολογικά επίπεδα, πιθανόν ακολουθούμενη από σύντομη πτώση, ή η εκ νέου αύξηση μετά από σύντομη πτώση είναι ένδειξη υπολειπόμενου καρκίνου καλής μετάστασης. Η εκ νέου αύξηση του PSA μετά από περίοδο φυσιολογικών τιμών (π.χ. μετά από προστατεκτομή) είναι ένδειξη επανεμφάνισης της νόσου.

Ορμονοάντοχος καρκίνος του προστάτη

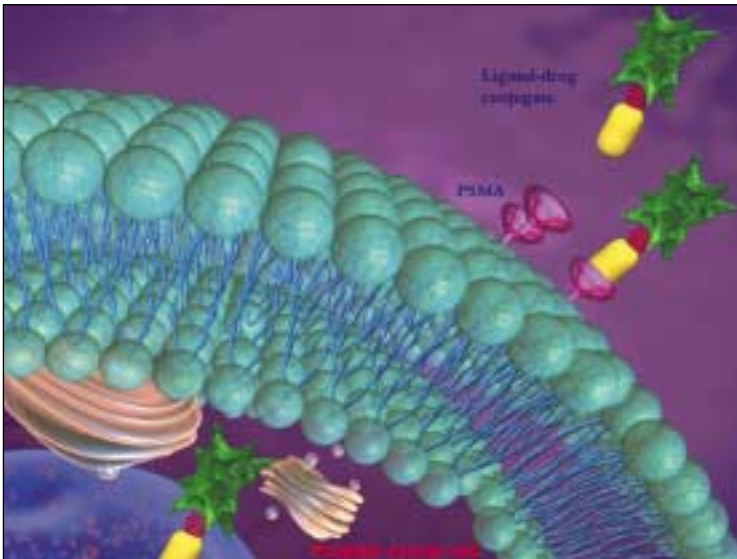
Ο καρκίνος του προστάτη με την πάροδο του χρόνου θα καταστεί ορμονοάντοχος, δηλ. μη εξαρτώμενος από τους θεραπευτικούς ορμονικούς χειρισμούς. Παλαιότερα πιστευόταν ότι εξαρχής σε κάθε καρκίνο του προστάτη υπάρχει ένας κλώνος μη ορμονοεξαρτώμενος, ο οποίος με την υποχώρηση του ορμονοεξαρτώμενου κλώνου επικρατεί και ο καρκίνος παύει να επηρεάζεται από τον ανδρογονικό αποκλεισμό. Σήμερα, επικρατεί η άποψη ότι οι ανδρογονικοί υποδοχείς υφίστανται με την πρόοδο της νόσου μετάλλαξη, οπότε ενεργοποιούνται από μη ανδρογόνα στεροειδή και άλλες ουσίες, ακόμη και από τα ίδια τα αντιανδρογόνα, οδηγώντας σε περαιτέρω ανάπτυξη του καρκίνου, παρά τον ανδρογονικό αποκλεισμό. Σε αυτό συμβάλει και η συν τα χρόνω ενίσχυση των ενεργοποιητικών ουσιών του πυρήνα και η γονιδιακή προσαρμογή του καρκινικού κυττάρου.

Ο χρόνος που απαιτείται για την ορμονο-απεξάρτηση του καρκίνου είναι 2-3 χρόνια. Η εμφάνιση της μη ορμονοεξάρτησης θα γίνει εμφανής αρχικά με την αύξηση του

 **Ελα και εσύ!**
Γραφείο Εθελοντισμού 251 ΓΝΑ
Τηλ.: 210 74 63 930
210 74 64 004

Η Εφημερίδα μας στο Διαδίκτυο
Τα τεύχη της εφημερίδας του 251 ΓΝΑ αναρτώνται στην ιστοσελίδα της Πολεμικής Αεροπορίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.haf.gr> στα Περιεχόμενα → Εκδόσεις και Αρθρα

Ζητούμε συνγνώμη από τους αναγνώστες της εφημερίδας όπως και από τους συγγραφείς του άρθρου «Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής», διότι στο προηγούμενο τεύχος στην επιμέλεια της ύλης αναγράφηκαν εκ παραδρομής τα ονόματα Ανθσγός (ΥΨ) Χρυσάνθη Κουτσουπιά, Ανθσγός (ΥΨ) Μαρία Κουφοπούλου και Ανθσγός (ΥΨ) Γαρυφαλλιά Τάνου, αντί των ονομάτων Ανθσγός (ΥΨ) **Αν. Κούτριος** και Ανθσγός (ΥΨ) **Χρ. Πεξηρκιανίδης**.



PSA, παρά τη θεραπεία και στη συνέχεια από την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων (δυσουρία, οστικά άλγη).

Για την επιβράδυνση της μετατροπής του προχωρημένου καρκίνου του προστάτη σε ορμονοάντοχο, έχει επιχειρηθεί ο περιοδικός ανδρογονικός αποκλεισμός, η χορήγηση δηλ. LHRH αναλόγων και αντιανδρογόνων επί 8-12 μήνες και η διακοπή τους, με στενή παρακολούθηση του ασθενούς, ώστε αν τα συμπτώματα επανεμφανιστούν ή αν το PSA ανέλθει πάλι πάνω από ορισμένα (μη προσδιοριζόμενα σαφώς) επίπεδα, να αρχίσει και πάλι ο πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός.

Ως δεύτερο πλεονέκτημα του περιοδικού ανδρογονικού αποκλεισμού, αναφέρεται η ελάττωση των παρενεργειών της θεραπείας (πτώση της libido, εξάψεις, κόπωση, κατάθλιψη, πνευματική έκπτωση, αναιμία, οστεοπόρωση) ή και η εξαφάνισή τους κατά τα μεσοδιαστήματα χωρίς θεραπεία.

Οπωσδήποτε, έως ότου οι τρέχουσες τυχαίοποιημένες μελέτες επί του θέματος οδηγήσουν σε ασφαλέστερα συμπεράσματα, απαιτείται πολλή περίσκεψη και προσοχή για την εφαρμογή του περιοδικού ανδρογονικού αποκλεισμού (ΠΑΑ) σε προχωρημένο προστάτικό καρκίνο. Υποστηρίζεται ότι ο ΠΑΑ καλύτερα να αποφεύγεται σε ανθρώπους που η αύξηση του PSA είναι γρήγορη και ο χρόνος διπλασιασμού του μικρός.

Το PSA στον ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη

Για τους άνδρες με ορμονοανθεκτική νόσο, θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση συστηματικής χημειοθεραπείας ή τοπικής ακτινοθεραπείας. Στους ασθενείς αυτούς η παρακολούθηση θα πρέπει να εστιάζεται στην έγκαιρη ανίχνευση σημείων και συμπτωμάτων προόδου της νόσου. Αν και η σειριακή μέτρηση του PSA σε άνδρες με μεταστατική νόσο δεν έχει δείξει ποτέ να παρατείνει τη συνολική επιβίωση, το αυξανόμενο PSA είναι μια ισχυρή ένδειξη αποτυχίας της θεραπείας και σηματοδοτεί την αναγκαιότητα χορήγησης εναλλακτικής θεραπείας. Η σειριακή μέτρηση του PSA μπορεί, επίσης, να παρέχει τους ασθενείς μια διαβεβαίωση της συνεχιζόμενης ανταπόκρισης στην εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

Σήμερα, θεωρείται παραδεκτός ο προσδιορισμός του PSA σε άνδρες με μεταστατική νόσο κάθε τρεις μήνες και μηνιαίως σε περίπτωση ελέγχου ανταπόκρισης του ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή την ακτινοβολία ή σε κάθε περίπτωση που το PSA αρχίζει να αυξάνεται ή ο ασθενής παραπονιέται για συμπτώματα δυναμικά σχετιζόμενα με τη νόσο. Τα περισσότερα ερευνητικά πρωτόκολλα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και την Ευρώπη προτείνουν προσδιορισμό του PSA κάθε 3 με 4 εβδομάδες σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία για ορμονοανθεκτική νόσο για καλύτερο έλεγχο της ανταπόκρισης στη θεραπευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές, απαιτείται συνήθως παράλληλος έλεγχος με αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών κάθε 8 με 12 εβδομάδες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ένα μέρος των καρκίνων του προστάτη δεν εκφράζει PSA. Ορισμένοι από αυτούς είναι νευροενδοκρινείς όγκοι, ενώ άλλοι δεν έχουν νευροενδοκρινή χαρακτηριστικά αλλά είναι φτωχά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα με επίπεδα PSA <10ng/mL, ακόμη και όταν είναι μεταστατικά. Οι αντικειμενικές ανταποκρίσεις σε αυτούς τους ασθενείς είναι δύσκολο να μετρηθούν, αλλά η διάρκεια της ανταπόκρισης και η διάμεση επιβίωση τείνουν να είναι συντομότερες μετά τον αρχικό ανδρογονικό αποκλεισμό σε σχέση με τους άνδρες με προστάτικό αδενοκαρκίνωμα που εκφράζει PSA.

Αν και δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες σχετικά με τη συχνότητα των ιατρικών

επισκέψεων, αποτελεί συχνή κλινική πρακτική να εξετάζονται οι άνδρες με προχωρημένη νόσο το αργότερο κάθε τρεις μήνες κλινικά και με προσδιορισμό PSA, χρονική περίοδος που συχνά συμπίπτει με την τριμηνιαία χορήγηση των μακράς διάρκειας δράσης σκευασμάτων ανδρογονικού αποκλεισμού. Η εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή η αιφνίδια και σταθερά συνεχιζόμενη αύξηση του PSA, μπορεί να οδηγήσει στις περιπτώσεις αυτές σε άμεση έναρξη χημειοθεραπείας μετά από προσεκτική κλινική αξιολόγηση.

Ειδικά για τους άνδρες που λαμβάνουν συμβατική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία για ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη, οι μεταβολές στα επίπεδα του PSA έχει βρεθεί ότι συσχετίζονται ικανοποιητικά με την αντικειμενική ανταπόκριση, την υποτροπή ή την πρόοδο νόσου και τη συνολική επιβίωση. Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση που περιλάμβανε διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας σε ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη, η διάμεση επιβίωση ήταν διπλάσια σε άνδρες με μεταθεραπευτική μείωση στα επίπεδα ορού του PSA περισσότερο από 50% στις 8 εβδομάδες σε σύγκριση με αυτούς που εμφάνισαν μικρότερη ή καθόλου μείωση (23,6 vs 12,5 μήνες).

Λίγο αργότερα, το Prostate Specific Antigen Working Group συνεδρίασε στο Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο των Ηνωμένων Πολιτειών, με σκοπό να προτείνει κριτήρια ανταπόκρισης σε ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη που συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές με κριτήριο τη μεταβολή του PSA. Η επιτροπή πρότεινε τα ακόλουθα κριτήρια: Ως αντικειμενική ανταπόκριση να θεωρείται μια κατ' ελάχιστο μείωση του PSA κατά 50% κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία να συμβαίνει σε περίπτωση έλλειψης κλινικών και απεικονιστικών σημείων προόδου νόσου και να επιβεβαιώνεται από μία δεύτερη ανεξάρτητη μέτρηση σε διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων εβδομάδων.

Από την άλλη πλευρά, το κατά πόσον τα κριτήρια αυτά αποτελούν το καλύτερο καταληκτικό σημείο για την εκτίμηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης αλλά και την πρόβλεψη της συνολικής επιβίωσης, αξιολογήθηκε από μια μετα-ανάλυση των στοιχείων των σχετιζόμενων με το PSA από τη μεγάλη, προοπτική μελέτη 9916 του Southwest Oncology Group (SWOG), η οποία συνέκρινε τους χημειοθεραπευτικούς συνδυασμούς μιτοξανδρόνης-πρεδνιζόνης και δοσεταξέλης-εστραμουστίνης. Στη μελέτη αυτή, βρέθηκε ότι μια μείωση της τιμής του PSA κατά τουλάχιστον 30% μέσα σε τρεις μήνες σχετιζόταν με 57% μείωση του σχετικού κινδύνου θανάτου σε σχέση με την απουσία αυτής της ανταπόκρισης, γεγονός που απέδειξε για πρώτη φορά τεκμηριωμένα όχι μόνο την προβλεπτική αλλά και την προγνωστική αξία της μεταβολής του PSA σε ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο προστάτη που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Παρά το παραπάνω αποτέλεσμα, στη βιβλιογραφία σήμερα η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών χρησιμοποιεί τη σχετική μείωση του PSA κατά 50% ως συνώνυμο της «ανταπόκρισης του PSA». Τρεις πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες φάσης II χρησιμοποίησαν το κριτήριο αυτό για να αξιολογήσουν τη διαλείπουσα χορήγηση της χημειοθεραπείας με δοσεταξέλη-εστραμουστίνη ή δοσεταξέλη-δεξαμεθαζόνη σε ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ανταπόκρισης στη θεραπεία με βάση το PSA σε μια προσπάθεια να ελαττώσουν την αθροιστική τοξικότητα του χημειοθεραπευτικού συνδυασμού και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Και οι τρεις μελέτες έδειξαν ότι μια τέτοια στρατηγική διαλείπουσας χορήγησης χημειοθεραπείας με κριτήριο τη μεταβολή του PSA είναι ασφαλής, εφικτή, οδηγεί σε ικανά διαστήματα «διακοπών από τη χημειοθεραπεία» σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών και οδηγεί σε μείωση της τοξικότητας από τη χημειοθεραπεία χωρίς σημαντικές μεταβολές στο ελεύθερο νόσο διάστημα ή τη συνολική επιβίωση. Οι μελέτες αυτές εδραίωσαν τον καταλυτικό ρόλο της αξιολόγησης του PSA σε ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη δείχνοντας ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για τον έλεγχο της ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία όσο και για την ορθολογικότερη χρήση της.

Συμπεράσματα

Η κλινική αξιολόγηση του PSA αποτελεί ένα σημαντικό «όπλο» στη θεραπευτική φαρμάκτα τόσο του χειρουργού-ουρολόγου όσο και του παθολόγου-ογκολόγου, διότι βρίσκει εφαρμογή όχι μόνο στον μαζικό έλεγχο (screening) του γενικού πληθυσμού και την αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και γιατί επιτρέπει την παρακολούθηση και καλύτερη αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος όχι μόνο στον ορμονοεαίσθητο αλλά και στον ορμονοάντοχο καρκίνο του προστάτη. Ειδικά στην τελευταία περίπτωση, η χρήση του PSA έχει επιτρέψει την έγκαιρη και ασφαλέστερη επιβεβαίωση της ανταπόκρισης στην εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή, την πρώιμη ανίχνευση των υποτροπών ή της αποτυχίας της χημειοθεραπείας αλλά και στην ορθολογικότερη χρήση της, σε μια προσπάθεια να μειωθεί η τοξικότητα χωρίς να διακυβεύεται η αποτελεσματικότητά της.

Λαπαροσκοπική Χειρουργική – Εφαρμογή στην Ουρολογία

Τι είναι η λαπαροσκοπική χειρουργική

Η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδος κατά την οποία η επέμβαση δεν εκτελείται μέσω τομής του δέρματος και των υποκείμενων στρωμάτων, αλλά μέσω μικρών οπών, όπου τοποθετούνται ειδικά λαπαροσκοπικά εργαλεία τα οποία χειρίζεται ο λαπαροσκοπικός χειρουργός.

Επιμέλεια: ΣΕΙΔ **Λεωνίδας Καραμουντζος**
Επγός (ΥΙ) **Αναστάσιος Μιχαλάκης**
Ουρολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

Πώς διενεργείται μια λαπαροσκοπική επέμβαση

Αρχικά, μέσω μιας αρχικής οπής 1εκ. χορηγείται αέριο (συνήθως CO₂) μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, η οποία διογκώνεται κάνοντας εφικτή την επισκόπηση των ενδοκοιλιακών οργάνων.

Στη συνέχεια, τοποθετείται η λαπαροσκοπική κάμερα, η οποία μεταφέρει σε μεγέθυνση μέχρι και 15 φορές την εικόνα σε ειδική οθόνη. Αφού τοποθετηθούν υπό άμεση όραση και τα υπόλοιπα λαπαροσκοπικά εργαλεία, ο χειρουργός εκτελεί με μεγάλη ακρίβεια, αναίμακτα και με ελάχιστο τραυματισμό των ιστών την απαιτούμενη επέμβαση! Στις περιπτώσεις που χρειάζεται η αφαίρεση ενδοκοιλιακού ιστού, αυτό γίνεται διαμέσου μικρής τομής στο δέρμα ολίγων εκατοστών.

Ιστορία

Η πρώτη λαπαροσκόπηση έγινε από τον Kelling το 1901, προκειμένου να επισκοπήσει τα σπλάγχνα των σκύλων. Το 1980, με την ανακάλυψη της κάμερας, η οποία έδωσε δυνατότητα μεγέθυνσης και χρήσης λαπαροσκοπικών εργαλείων, πραγματοποιήθηκε η πρώτη λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή. Το 1985, έγινε η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Στην Ουρολογία, η πρώτη εφαρμογή της λαπαροσκοπικής μεθόδου ήταν στην εντόπιση μη ψηλαφητών ενδοκοιλιακών όρχεων. Στη συνέχεια, έγινε η πρώτη λαπαροσκοπική λεμφαδενοεκτομή, ενώ το 1991, ο Clayman πραγματοποίησε την πρώτη λαπαροσκοπική νεφρεκτομή. Το 1992, έγινε η πρώτη λαπαροσκοπική προστατεκτομή και το 1993, η πρώτη λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται αμέσως φανερό, ότι οι λαπαροσκοπικές μέθοδοι δεν αποτελούν νέες τεχνικές στις μέρες μας, αλλά υπάρχει εμπειρία και αποτελέσματα 30 και πλέον χρόνων σε όλες τις χειρουργικές ειδικότητες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τα πλεονεκτήματα που παρέχει, καθιστά πλέον τη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση μέθοδο εκλογής σχεδόν σε όλο το φάσμα της χειρουργικής και ιδιαίτερα της Ουρολογίας. Ιδιαίτερα στις παθήσεις του ανώτερου Ουροποιητικού, παγκοσμίως, η χειρουργική μέθοδος είναι λαπαροσκοπική, εφόσον είναι εφικτή και υπάρχει η κατάλληλη γνώση και εκπαίδευση.

Πλεονεκτήματα

1. Πιο ακριβής και λεπτομερής διενέργεια της επέμβασης-παρασκευής των ιστών λόγω χρήσης κά-

2. Τραυματισμός των ιστών σε μικρότερη έκταση
3. Μικρότερο χειρουργικό stress
4. Μικρότερη απώλεια αίματος, μικρότερη πιθανότητα μετάγγισης
5. Μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος, μικρότερη χρήση αναλγητικών
6. Μικρότερος χρόνος νοσηλείας, ταχύτερη έξοδος από το νοσοκομείο
7. Γρηγορότερη επάνοδο στην πρότερη φυσική δραστηριότητα
8. Καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα, μικρότερες ουλές
9. Λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές που σχετίζονται με το τραύμα, όπως διαπίσηση, διάσπαση, μετεγχειρητική κήλη
10. Μικρότερη επιβάρυνση του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού, μικρότερη πιθανότητα μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων.

Μειονεκτήματα

- Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις απαιτούν χειρουργική δεξιοτεχνία, κατάλληλη εκπαίδευση και είναι τεχνικά πιο απαιτητικές για τον χειρουργό. Στα χέρια ενός κατάλληλα εκπαιδευμένου λαπαροσκόπου επιτυγχάνουν το βέλτιστο αποτέλεσμα, προκαλώντας λιγότερες διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλώσεις.
- Συνήθως διαρκούν περισσότερο χρόνο αν και με την πάροδο των ετών οι χειρουργικοί χρόνοι είναι ανάλογοι ή και μικρότεροι των ανοικτών επεμβάσεων.
- Πάντα μια λαπαροσκοπική επέμβαση υπάρχει πιθανότητα να μετατραπεί σε ανοικτή, όταν η ασφάλεια του ασθενούς και της επέμβασης το επιβάλουν.

Επεμβάσεις νεφρού

- Λαπαροσκοπική απλή νεφρεκτομή σε μη λειτουργικό ρικνό ή υδρονεφρωτικό νεφρό
- Λαπαροσκοπική ριζική νεφρεκτομή σε καρκίνο του νεφρού
- Λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή σε μórφωμα νεφρού μέχρι 4εκ.
- Λαπαροσκοπική κρυστοπηξία μορφωμάτων νεφρού
- Λαπαροσκοπική αφαίρεση συμπτωματικών ή ευμεγέθων κύστεων νεφρού
- Λαπαροσκοπική νεφροπηξία σε συμπτωματική πτώση νεφρού
- Λαπαροσκοπική βιοψία νεφρού.

Επεμβάσεις νεφρικής πύελου και ουρητήρα

- Λαπαροσκοπική πυελοπλαστική, σε στένωση πυελοουρητηρικής συμβολής σε παιδιά και ενήλικες
- Λαπαροσκοπική πυελολιθοτομή/ουρητηρολιθοτομή σε λίθους οι οποίοι δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν ενδοσκοπικά
- Λαπαροσκοπική νεφροουρητηρεκτομή σε όγκους από μεταβατικό επιθήλιο της νεφρικής πύελου και του ουρητήρα
- Λαπαροσκοπική ουρητηρεκτομή και επαναμφύτευ-

ση ουρητήρα σε κακώσεις ή κακοήθειες του κάτω τμήματος του ουρητήρα

- Λαπαροσκοπική αφαίρεση στενωμάτων ουρητήρα και τελικοτελική αναστόμωση.

Επεμβάσεις επινεφριδίου

- Λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή σε μάζες των επινεφριδίων.

Επεμβάσεις της ουροδόχου κύστης

- Λαπαροσκοπική κυστεκτομή σε διηθητικούς όγκους της κύστης
- Λαπαροσκοπική εκκολπωματεκτομή σε εκκολπώματα κύστης
- Λαπαροσκοπική λεμφαδενοεκτομή σε κακοήθειες του ουροποιητικού.

Επεμβάσεις του προστάτη

- Λαπαροσκοπική προστατεκτομή σε τοπικά εντοπιζόμενο καρκίνο του προστάτη.

Επεμβάσεις όρχεων

- Λαπαροσκοπική απολίνωση έσω σπερματικών φλεβών σε κισσοκήλη
- Οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός σε καρκίνο των όρχεων.

Πότε δεν είναι εφικτή η πραγματοποίηση μιας λαπαροσκοπικής επέμβασης;

Πριν από κάθε επέμβαση ο ασθενής εκτιμάται από ομάδα ιατρών, στην οποία συμμετέχουν αναισθησιολόγος, καρδιολόγος και πνευμονολόγος, προκειμένου να υπολογιστεί ο εγχειρητικός κίνδυνος και να προετοιμαστεί κατάλληλα προεγχειρητικά.

Ασθενείς με σοβαρά καρδιολογικά ή/και πνευμονολογικά προβλήματα, πιθανόν να είναι περισσότερο κατάλληλοι να υποβληθούν σε ανοικτή επέμβαση αν και η τελική απόφαση λαμβάνεται από την προεγχειρητική εκτίμηση.

Η παχυσαρκία αποτελεί σχετική αντένδειξη, ιδιαίτερα σε ασθενείς με Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 35, επειδή πιθανόν να απαιτηθούν μεγαλύτερου μεγέθους λαπαροσκοπικά εργαλεία, ενώ τεχνικά είναι πιθανόν να παρουσιαστούν δυσκολίες. Προηγούμενες πολλαπλές επεμβάσεις κοιλίας μπορεί να περιορίσουν τη χρήση της λαπαροσκοπικής μεθόδου, ιδιαίτερα όταν επιλεγεί η διαπεριτοναϊκή προσπέλαση, λόγω των πολλαπλών συμφύσεων.

Στις περιπτώσεις αυτές και ανάλογα με την υποκείμενη νόσο, επιλέγεται η οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση, όπως για παράδειγμα στη ριζική προστατεκτομή ή τη ριζική νεφρεκτομή. Τέλος, ιδιαίτερα μεγάλοι όγκοι ή τοπικά εκτεταμένοι, συνήθως, επιλέγεται να αφαιρούνται με ανοικτή μέθοδο. Ωστόσο, καμία από τις παραπάνω περιπτώσεις δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη. Η εμπειρία του λαπαροσκοπικού χειρουργού αποτελεί τον κυρίαρχο παράγοντα διενέργειας ή όχι μιας λαπαροσκοπικής επέμβασης.

Αλκοολισμός

Συνέχεια από το προηγούμενο τεύχος

Θεωρίες αιτιοπαθογένειας

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού αλλά και γενικότερα της εξάρτησης είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις η επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με το θέμα αυτό ενοχοποιεί διάφορους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Επιμέλεια: Ανθσγός (ΥΨ) **Βούζιου Αικατερίνη**
Ανθσγός (ΥΨ) **Τετράδη Ευγενία**

Οι **βιολογικές θεωρίες** δίνουν έμφαση στην ύπαρξη πιθανών έμφυτων ή επίκτητων φυσιολογικών συνθηκών, που καθιστούν το άτομο ευάλωτο όσον αφορά στην εξάρτηση. Συγκεκριμένα, θεωρίες για τη γενετική αιτιολογία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη επιρρέπεια στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη δραστηριότητα των ενδορφινών, αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή με προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης ανοχής. Οπωσδήποτε, όμως, οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μέρος του κινδύνου ανάπτυξης αλκοολισμού καθώς ένα άλλο προέρχεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Η **Ανθρωπιστική Θεωρία** υποστηρίζει ότι πρωτογενές έλλειμμα στις ανάγκες που αναφέρει ο Maslow στην πυραμίδα του, όπως στην αγάπη, την ασφάλεια, την τρυφερότητα και την επικοινωνία, μπορεί να οδηγήσει σε αλκοολισμό.

Η **Συστημική Θεωρία** από τη μεριά της θεωρεί τον αλκοολισμό ως αποτέλεσμα μιας παθολογικής ισορροπίας μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα. Ο αλκοολικός αποσπά την προσοχή της οικογένειας από άλλα προβλήματα της και την κρατά ενωμένη, καθώς ο ίδιος γίνεται επίκεντρο της προσοχής της. Έτσι, το αλκοόλ παρέχει μια «παράδοση λύση» στο δίλημμα της διατήρησης ή της διάλυσης της οικογένειας. Επίσης, στο σύστημα της οικογένειας του αλκοολικού συχνά παρατηρείται σύγχυση ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα γονιών-παιδιών αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικές γενιές. Συχνά είναι, επίσης, και τα «διπλά μηνύματα» που δίνονται από τους γονείς σχετικά με την ανατροφή του παιδιού.

Οι αλκοολικοί σύμφωνα με την **Ψυχαναλυτική Θεωρία** υποφέρουν από ελλείψεις κατά την προγεννητική ανάπτυξη της προσωπικότητας, κυρίως κατά το στάδιο του αποχωρισμού, στο οποίο αναπτύσσονται αισθήματα αυτοπεποίθησης, ελέγχου των ενστίκτων και δημιουργείται το «Υπερεγώ». Το ελλειμματικό «Υπερεγώ» στην προκειμένη φάση οδηγεί σε παλινδρόμηση μέσω του αλκοόλ σε ένα ναρκισσιστικό στάδιο άμεσης ικανοποίησης των πρώιμων αναγκών (στοματικό στάδιο). Επιπλέον, σύμφωνα με τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, στις εξαρτημένες προσωπικότητες συνήθως υπήρξε κάποιος τραυματισμός στις πρώιμες φάσεις ανάπτυξης και ιδιαίτερα στη στοματική φάση σε σχέση με την εσωτερίκευση του πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης. Έτσι, αργότερα, το αλκοόλ αποτελεί τον «αντικαταστάτη» του πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης.

Σύμφωνα με τη **Συμπεριφορική Θεωρία**, ο αλκοολισμός προήλθε μέσα από μια διαδικασία μάθησης, κατά την οποία το αλκοόλ αυξάνει τα ευχάριστα συναισθήματα (θετική ενίσχυση) και μειώνει τα ενδοψυχικά προβλήματα (αρνητική ενίσχυση).

Θα πρέπει, τέλος, να σημειώσουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός αλκοολικών έχει ταυτόχρονα και άλλες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να συμβάλουν και αυτές στην παθολογική χρήση του αλκοόλ όπως διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια. Ακόμη, συχνά βρίσκεται σε αλκοολικούς διαταραχή της διαγωγής (στην εφηβεία), αντικοινωνική διαγωγή ή αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, η οποία είναι και η επικρατέστερη διαταραχή όσον αφορά στην προσωπικότητα του αλκοολικού, σύμφωνα με την **Ψυχιατρική Θεωρία**.

Θεραπεία

Η θεραπεία του αλκοολισμού διακρίνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των επειγουσών καταστάσεων που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του αλκοολισμού και στη μακροχρόνια θεραπεία του αλκοολισμού.

A. Θεραπευτική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων

Κάθε άτομο που εμφανίζει βαριά τοξίκωση (μέθη) που απειλεί την αναπνευστική του λειτουργία ή έντονα στερητικά συμπτώματα, όπως τρομώδες παραλήρημα ή σπασμούς, πρέπει να εισαχθεί άμεσα στο νοσοκομείο. Τα μείζονα αυτά φαινόμενα στέρξης αντιμετωπίζονται με γλωροδιαζεποξείδη και αντιψυχωτικά φάρμακα.



B. Μακροχρόνια θεραπεία

Το πρώτο βήμα στη μακροχρόνια θεραπεία είναι η αποτοξίνωση. Η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου αφορά και στους ασθενείς που δεν έρχονται σε επείγουσα κατάσταση. Η αποτοξίνωση γίνεται πάντα σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και αποσκοπεί στην αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς. Πολλές φορές στη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο αρχίζει και πολυεπίπεδη μακροχρόνια θεραπεία του αλκοολισμού.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενούς ή στην αναγνώριση δευτερογενούς κέρδους που μπορεί να επιφέρει ο αλκοολισμός στον ασθενή. Η κάθε προσέγγιση προτείνει ορισμένες τεχνικές στη θεραπεία του αλκοολικού.

Έτσι, **συμπεριφορικές** τεχνικές, όπως απευαισθητοποίηση, χαλάρωση, θεραπεία αποστροφής που συνδέει τη λήψη αλκοόλ π.χ. με τον έμετο, έχουν μια σχετική επιτυχία. Η **ψυχοδυναμική** προσέγγιση χρησιμοποιεί κυρίως την Bonding ψυχοθεραπεία στην οποία υπάρχει συναισθηματική και ψυχική εγγύτητα με τον θεραπευτή. Το βασικό εργαλείο της ψυχανάλυσης, δηλ. η μεταβίβαση, δύσκολα μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθώς ο εξαρτημένος δεν βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματά του. Οι στρατηγικές της **οικογενειακής-συστημικής θεραπείας** συχνά είναι αποτελεσματικές, καθώς στοχεύει στην απεξάρτηση με ταυτόχρονη παρέμβαση στην παθολογία της οικογένειας. Ενθαρρύνεται η άμεση επικοινωνία, η σαφής οριοθέτηση των ρόλων και η αποδοχή και διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων. Κατά την ανθρωπιστική θεωρία του Rogers, ο άνθρωπος είναι κατά βάση καλός και το κίνητρό του είναι η αυτοπραγμάτωση. Η ψυχοθεραπεία οδηγεί το άτομο στη μάθηση η οποία προκαλεί αλλαγές στη συμπεριφορά, στις στάσεις και την προσωπικότητα. Ακόμη και όταν πρόκειται για μια καλά εδραιωμένη συμπεριφορά, όπως αυτή του χρόνιου αλκοολισμού, το άτομο αλλάζει εποικοδομητικά τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τη δυσπροσαρμοστική του συμπεριφορά. Η Ανθρωπιστική Θεωρία δίνει έμφαση στην ομαδική ψυχοθεραπεία ως ένα μετέπειτα στάδιο της ατομικής καθώς εξελίσσεται και βελτιώνεται η διαπροσωπική επικοινωνία μέσω μιας εμπειρικής διαδικασίας μεταξύ των αλκοολικών. Η **ψυχιατρική** προτείνει τη δυσουλφίραμη η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, έμετος) σε συνδυασμό με το αλκοόλ. Γενικά, όμως, η χρήση της είναι περιορισμένη και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία.

Σήμερα, γνωρίζουμε ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και όχι ηθική κατάπτωση. Επομένως, σε όλες τις προσεγγίσεις δεν επιβαρύνεται με ενοχή ο αλκοολικός, για-



τί τις περισσότερες φορές νιώθει αρκετά ένοχος. Ο αλκοολικός πρέπει να αναλάβει την ευθύνη της εξάρτησής του και ο στενός του κύκλος να σταματήσει να τον προστατεύει. Η θεραπεία σύμφωνα με έρευνες είναι αποτελεσματική εάν:

- δοθεί στους πάσχοντες ένα μη χημικό υποκατάστατο της ουσίας που στερούνται
- υπενθυμίζεται συνέχεια ότι και μια μικρή ποσότητα αλκοόλ είναι αρκετή για την υποτροπή
- αποκαταστήσει τη σωματική και κοινωνική βλάβη που προκάλεσε το αλκοόλ

- αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή που είχε χαθεί.
- Ωστόσο, η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού θα πρέπει να απευθύνεται και σε συνοδούς διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

Αλκοολισμός και αυτοβοήθεια: Ανώνυμοι αλκοολικοί (ΑΑ)

Η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύει μια σαφέστατη υπεροχή (όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα) εκείνων των θεραπευτικών προτάσεων που υιοθετούν και προσπαθούν να εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τις τεχνικές της αυτοβοήθειας. Η ομάδα των ΑΑ στην οποία βασίστηκαν και οι άλλες ομάδες των 12 βημάτων έχει ως αφηγήτρια της το 1935. Τη χρονιά εκείνη οι δύο ιδρυτές των ΑΑ Bill W και Dr Bob με σοβαρά προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, εγκαινίασαν μια σειρά από συναντήσεις, ωθούμενοι από την ανάγκη ενός ανθρώπου να μιλήσει με κάποιον άλλο άνθρωπο που αντιμετωπίζει παρόμοιο πρόβλημα. Το πρόγραμμά τους βασιζόταν στην ομαδικότητα, την αλληλοβοήθεια και την αλληλεγγύη.

Στη χώρα μας υπάρχουν ομάδες ΑΑ στις μεγάλες πόλεις. Οι ΑΑ αντικαθιστούν τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθούμενος αλλά και βοηθώντας τους άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του. Ουσιαστικά, η θεραπεία πραγματοποιείται χωρίς παρέμβαση ειδικού επαγγελματία ψυχικής υγείας καθώς θεωρεί σαν βασική αρχή ότι ο ειδικός είναι ο παθών, δηλ. ο αλκοολικός. Επίσης, υπάρχουν και ομάδες αυτοβοήθειας για συζύγους και συγγενείς αλκοολικών.

Συμπληρωματικά, στη χώρα μας λειτουργούν οι ακόλουθες δομές:

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Περιφερειακά Νοσοκομεία Πατρών, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Λάρισας
- Πρόγραμμα ΑΛΦΑ (ΚΕΘΕΑ)
- Μη κυβερνητική οργάνωση «ΝΗΦΑΛΙΟ»
- Κλαμπ Οικογενειών με προβλήματα από το αλκοόλ
- Ομάδες Αλκοολικών Ανώνυμων
- Ομάδες για την οικογένεια του αλκοολικού
- Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων «ΟΑΣΙΣ»
- Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας
- Ελληνικό Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης των Προβλημάτων
- Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ»
- Κέντρο Έρευνας Ανθρωπίνων Συμπεριφορών

εκδηλώσεις

Επίσκεψη Τουρκικής Αντιπροσωπείας

Στις 13 Δεκεμβρίου 2011, πραγματοποιήθηκε στο 251 ΓΝΑ επίσκεψη αντιπροσωπείας του Υγειονομικού Σώματος των Ενόπλων Δυνάμεων της Τουρκίας στο πλαίσιο των Μέτρων Οικοδόμησης Εμπιστοσύνης (ΜΟΕ). Ο Σχης (Υ) Murat Beyzaoglu παρουσίασε στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου διάλεξη με θέμα «Καρκίνος πνεύμονα» παρουσία της διοίκησης και του υγειονομικού προσωπικού του 251 ΓΝΑ. Στη συνέχεια, η αντιπροσωπεία ξεναγήθηκε στο Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας και στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.



Στη φωτογραφία οι δύο Τούρκοι Υγειονομικοί Αξιωματικοί με τον Διοικητή του 251 ΓΝΑ, Ταξχο (Υ) Χρήστο Γρηγορέα, τη Διευθύνουσα Νοσηλευτικού Τομέα, Σχμο (ΥΝ) Κωνσταντία Πασχαλίδου, την Ασμο (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη και επιτελείς του ΓΕΕΘΑ/ΔΥΓ.

«Η ΠΟΡΕΙΑ ΜΟΥ»

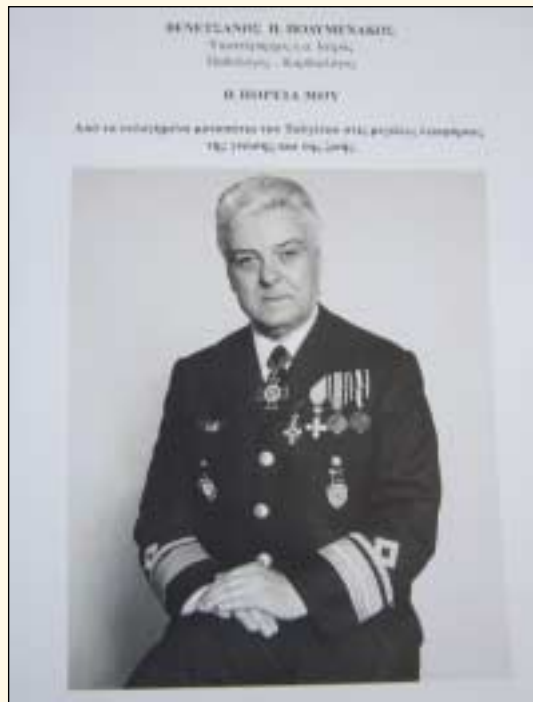
Βενετσάνου Π. Πολυμενάκου

Με χαρά παρουσιάζουμε το έργο του Υπτιχου (ΥΙ) ε.α. Βενετσάνου Πολυμενάκου με τίτλο «Η Πορεία μου» και υπότιτλο «Από τα ευλογημένα μονοπάτια του Ταύγετου στις μεγάλες λεωφόρους της γνώσης και της ζωής» που κυκλοφόρησε πρόσφατα. Στο έργο αυτό, ο αξιοσέβαστος συνάδελφος περιγράφει τον προ-

Επιμέλεια: Υπτιχος (ΥΙ) **Σταύρος Καβασακάλης**, Δντής ΔΥΓ ΓΕΑ και ΓΕΕΘΑ
Ταξχος (ΥΙ) **Χρήστος Γρηγορέας**, Δκτής 251 ΓΝΑ

σωπικό του αγώνα επιστημονικής, επαγγελματικής, πνευματικής και προσωπικής βελτίωσης. Αναφέρει πληθώρα τεκμηριωμένων γεγονότων από το προσωπικό εκτενές αρχείο του, φωτίζοντας τις ιδιαιτερότητες μιας δύσκολης αλλά επιτυχημένης διαδρομής. Ο κ. Πολυμενάκος καταγράφει έξοχα, μαζί με πλούσιο φωτογραφικό υλικό, πτυχές της ιστορίας του 251 ΓΝΑ αλλά και του Υγειονομικού Σώματος της ΠΑ, γενικότερα.

Συγχαίροντάς τον, ευχόμεθα να συνεχίσει με ανάλογη επιτυχία το συγγραφικό του έργο προς ανάμνηση των παλαιότερων και διδαχή των νεοτέρων.



Κοπή πίτας προσωπικού 251 ΓΝΑ



Ο Δκτής του 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας κόβει την πίτα του προσωπικού του Νοσοκομείου παρουσία του Γενικού Επιθεωρητή του ΓΕΑ Απχου (ΜΗ) Α. Λέλλα.



Από αριστερά προς τα δεξιά: Ο Δντής ΔΥΓ ΓΕΑ και ΓΕΕΘΑ Υπτιχος (ΥΙ) Σ. Καβασακάλης, ο Πρόεδρος ΑΑΥΕ Υπτιχος (ΥΙ) Σ. Φουρλεμάδης, ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας, ο Δντής ΓΝΘΧ Κλινικής Σμχος (ΥΙ) Ν. Τζόλας, ο Επγός (ΥΔΚ) Π. Σερεμέτης και ο Γενικός Επιθεωρητής ΓΕΑ Απχου (ΜΗ) Α. Λέλλας.

Εκδήλωση για τους Εθελοντές του 251 ΓΝΑ

Στις 20 Δεκεμβρίου 2011 ημέρα Τρίτη, παρουσία του Υ/ΓΕΑ Υπτιχου (Ι) Κωνσταντίνου Σπυρούλια, έλαβε χώρα στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ χριστουγεννιάτικη γιορτή προς τιμή των 35 εθελοντών, οι οποίοι προσφέρουν εργασία σε διάφορα Τμήματα/Τομείς του Νοσοκομείου.



Ο Υ/ΓΕΑ Υπτιχος (Ι) Κ. Σπυρούλιας με τον Δντή ΔΥΓ ΓΕΑ και ΓΕΕΘΑ Υπτιχο (ΥΙ) Σ. Καβασακάλη και τον Δκτή του 251 ΓΝΑ Ταξχο (ΥΙ) Χ. Γρηγορέα.



Εικόνα από το αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης.