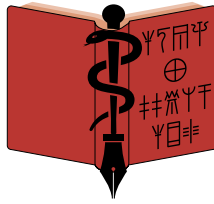


ΙΩΑΝΝΗΣ Χ. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ

Συγγραφέας, Γενικός Αρχίατρος – Θωρακοχειρουργός, Δ/ντής Θωρακοχειρ/κού Τμ. του “424 ΓΣΝΕ”

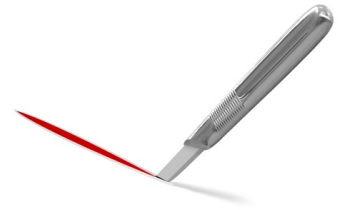


Χειρ/γική Αντιμετώπιση Καρκίνου του Πνεύμονα

Πληροφορίες **ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**, γραμμένες με Απλά λόγια

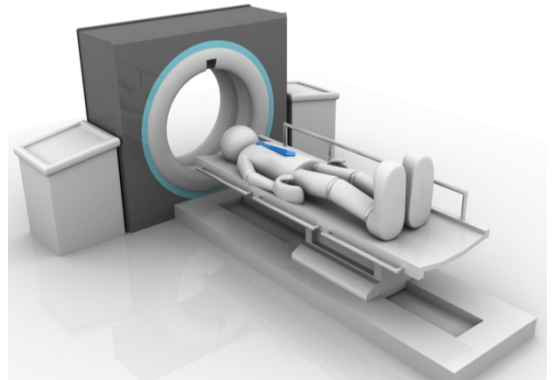
Εισαγωγή

Η Χειρουργική Αντιμετώπιση εφαρμόζεται στην κλινική πρακτική κατά του “μη-μικροκυτταρικού Καρκίνου του Πνεύμονα” (NSCLC: Non-Small Cell Lung Cancer ή βρογχογενές Καρκίνωμα) υπό πολύ συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αυτές είναι ομόφωνα συμφωνημένες παγκοσμίως και με σαφήνεια καθορισμένες με βάση πολύπλοκα συστήματα “Σταδιοποίησης” (όπως το σύστημα “TNM”).



Υπερ-απλουστεύοντας αρκετά αυτές τις προϋποθέσεις, λέμε με απλά λόγια ότι η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται για τον NSCLC, ο οποίος:

- α. και έχει μέγεθος “περιοριζόμενο” οπωσδήποτε μέσα στα ανατομικά όρια του πάσχοντος πνεύμονα (δεν επεκτείνεται σε ‘σπουδαία’ γειτονικά όργανα κατά συνέχεια ιστού).
- β. και δεν έχει “διασπαρθεί” (“λεμφογενώς” ή “αιματογενώς” σε περιοχές ‘απομακρυσμένες’: ήπαρ, επινεφρίδια, οστά, εγκέφαλο, το ημιθώρακιο το αντίθετο προς την πάσχουσα πλευρά κλπ.), όπως τεκμηριώνεται μετά από ολοκλήρωση Συστηματικής Αναζήτησης σε Ολόκληρο το σώμα με Εξονυχιστικές απεικονιστικές εξετάσεις (CT κοιλίας, εγκεφάλου και θώρακος, σπινθηρογράφημα οστών, ενδεχομένως Ποζιτρονική Τομογραφία – PET / CT scanning).



Αντενδείκνυται απόλυτα η Χειρουργική θεραπεία του NSCLC σε περίπτωση, που ανευρεθεί Διασπορά της Νόσου σε απομακρυσμένα όργανα (“M1”), ή σε απομακρυσμένους λεμφαδένες (“N3”) ή σε περίπτωση, που ανευρεθεί Επέκταση της Νόσου “κατά συνέχεια ιστού” (“T4”) σε γειτονικά όργανα ‘ιδιαιτέρως Σημαντικά’ (λχ. Καρδιά, Αορτή, Σπονδυλική Στήλη, Τραχεία κτό). Σ’ αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται “Μη – χειρουργική θεραπεία του NSCLC” (με μέριμνα Ογκολόγου).

Το παρόν ενημερωτικό άρθρο μπορεί να το κατεβάσει (download) κανείς εδώ:

www.icp-med.gr/resources/document/xakp.pdf

Περισσότερα ενημερωτικά άρθρα στον ιστότοπο: www.icp-med.gr/pliories



Εξαίρεση στις παραπάνω Αντενδείξεις εφαρμογής Χειρουργικής θεραπείας αποτελεί η περίπτωση Μονήρους δευτεροπαθούς (β/παθούς) εντόπισης NSCLC στον Εγκέφαλο, στην οποία ενδείκνυται χειρουργική εκτομή της εγκεφαλικής βλάβης καθώς και της πνευμονικής α/παθούς εστίας.

Σε κάποιες περιπτώσεις επιχειρείται —με ικανοποιητική συνήθως επιτυχία— να “υποσταδιοποιηθεί” η Νόσος (“down-staging”) με εφαρμογή “Εισαγωγικής θεραπείας” (“induction treatment” ή “neo-adjuvant treatment”), ώστε στην συνέχεια να ενδείκνυται Χειρ/κή θεραπεία.

Ως “Μη-χειρουργική” θεραπευτική Αντιμετώπιση του NSCLC συμβατικά θεωρείτο η Χ/Θ (Χημειοθεραπεία), η Ακτινοθεραπεία και ενδεχόμενος συνδυασμός τους. Πλέον όμως κερδίζει ραγδαία σημαντικό έδαφος η Ανοσοθεραπεία (αναστολείς γονιδίων PD-1 & PD-L1 όπως: pembrolizumab, nivolumab, erlotinib, crizotinib, gefitinib κλπ. σε τυχόν ύπαρξη συγκεκριμένων μεταλλάξεων στα καρκινικά κύτταρα δεδομένων περιπτώσεων ασθενών, αν οι μεταλλάξεις αυτές τεκμηριώνονται με γενετικούς δείκτες) και η χορήγηση Εμβολίου (λ.χ. του CimaVax από την Κούβα). Τέλος, ως ένα “Επιμέρους” θεραπευτικό μέτρο” μόνον μιας συνολικότερης στρατηγικής Αντιμετώπισης κάποιας περίπτωσης καρκίνου μπορεί να θεωρηθεί η τοπική καταστροφή καρκίνου (“ablation”, συνήθως Θερμική, όπως με διαθερμία ή με RF ή με LASER ή με τεχνικές CyberKnife κλπ), η οποία δεν είναι ιαματική.

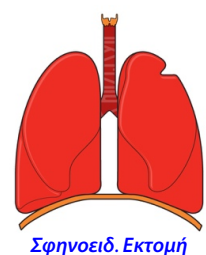
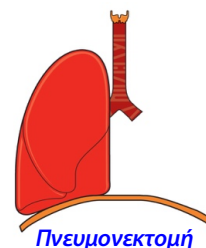
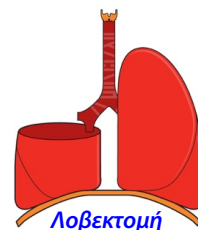
Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Σταδιοποίηση του καρκίνου (αλλά και τις διάφορες Θεραπείες) μπορεί να διαβάσει κανείς στο βιβλίο του συγγραφέα:

“Δικαίωμα στην Αλήθεια” (www.papachristos.eu/dsa/)



Η Χειρουργική θεραπεία του NSCLC μπορεί να προσφερθεί με κάποιον τύπο εγχείρησης “Ιαματικής” (ή “θεραπευτικής”, οριζόμενης έτσι, επειδή θεωρείται ότι μπορεί να αποβεί σε Ίαση της Νόσου, αγγλιστί “Curative resection”). Ο τύπος της εγχείρησης θα εξαρτηθεί από το μέγεθος και την εντόπιση του όγκου:

- ▶ Λοβεκτομή (Lobectomy) είναι η εκτομή (αφαίρεση) ενός πνευμονικού λοβού (ο δεξιός πνεύμονας έχει 3 λοβούς ενώ ο αριστερός έχει 2 λοβούς).
- ▶ Διλοβεκτομή (Bilobectomy) είναι η συν-εκτομή δύο λοβών μαζί (μπορεί να τελεσθεί μόνον δεξιά).
- ▶ Πνευμονεκτομή (Pneumonectomy) είναι η εκτομή ενός Ολόκληρου Πνεύμονα.



Κάποιες άλλες εγχειρήσεις, που λέγονται “Περιορισμένες” Εκτομές” (όπως η ανατομική “Τμηματεκτομή” & η “Σφηνοειδής Εκτομή”), τελούνται σπανιότερα: λ.χ. σε ασθενείς, που στερούνται των απαραίτητων αναπνευστικών εφεδρειών ή της αναπνευστικής “ευρωστίας” για να αντέξουν μείζονα θεραπευτική εκτομή (λ.χ. επειδή πάσχουν από πνευμονοπάθεια ή άλλες νόσους). Με αυτές εκτέμνεται (αφαιρείται) “πολύ μικρό” ιστοτεμάχιο πνεύμονος. Αυτές οι εγχειρήσεις δεν τελούνται συχνά για χειρουργική αντιμετώπιση του NSCLC, επειδή το μόνο βέβαιο Όφελός τους είναι απλά και μόνον η απομάκρυνση της α/παθούς εστίας από τον οργανισμό, δηλ. αμφισβητείται βάσιμα το κατά πόσον μπορούν να οδηγήσουν σε Ίαση [βλ. μετα-ανάλυση επί ~22.000 ασθενών: Zhang Y et al. Meta-analysis of lobectomy, segmentectomy & wedge resection for stage I NSCLC. J Surg Oncol 2014 Apr].

Πολλοί άνθρωποι συχνά ανησυχούν ότι δεν θα μπορούν να αναπνεύσουν καλά, αν έχει αφαιρεθεί ο πνεύμονάς τους. Δεν είναι έτσι όμως τα πράγματα ! Είναι πιθανό να αναπνέει κανείς ικανοποιητικά με έναν μόνο πνεύμονα. Συγκεκριμένοι ασθενείς, ωστόσο, που είχαν και προεγχειρητικά αναπνευστικά προβλήματα, αυτοί μπορεί να έχουν σημαντικότερη δύσπνοια μετεγχειρητικά. Γι' αυτό ζητώ πάντοτε να γίνουν *προεγχειρητικές* "δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας" (π.χ. **Σπιρομέτρηση**, αέρια αρτηριακού αίματος κλπ): για να μετρήσω ακριβώς πόσο καλά λειτουργούν οι πνεύμονές σας, ώστε να μπορώ με αντικειμενικότητα να αποφασίσω, ως ο θεράπων θωρακοχειρουργός, ποια ακριβώς από τις επεμβάσεις είναι η πιο κατάλληλη για εσάς. Αν τυχόν από τις τελευταίες εξετάσεις προκύπτει με βεβαιότητα ότι κάποιος ασθενής *στερείται* των απαιτούμενων εφεδρειών αναπνευστικής λειτουργίας, τότε φυσικά *Αντενδείκνυται* η τέλεση χειρουργικής θεραπείας στην περίπτωση του. Τέλος, είναι πιθανόν να χρειαστείτε επιπρόσθετες εξετάσεις (λ.χ. Εργοσπιρομετρία, Δοκιμασία Κόπωσης κλπ.), για να εκτιμήσω την γενικότερη ικανότητά σας να μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην σημαντική για τον οργανισμό σας δοκιμασία, που θα αποτελέσει η θεραπευτική εγχείρηση.

Συνήθως μετά από πλήρη ανάρρωση **μετά από Λοβεκτομή**, ο ασθενής μπορεί να αναλάβει εκ νέου:

- **και** Όλες τις προ-εγχειρητικές του **Κοινωνικές** δραστηριότητες κανονικά (π.χ. να βγαίνει από το σπίτι για περίπατο κ.τ.ό., να ασχολείται με κολύμβηση Αναψυχής και να είναι εκ νέου Ικανός για στενές διαπροσωπικές σχέσεις ενήλικου που να συμπεριλαμβάνουν γενετήσιες επαφές κλπ.)
- **και** Πολλές **Αθλητικές** δραστηριότητες από όσες είχε προ-εγχειρητικά (π.χ. κολύμβηση ως άθλημα, τροχάδην κλπ.). Όμως οι *επιδόσεις* του αναμένονται ελαφρά χειρότερες από ό,τι προ-εγχειρητικά.



Αυτή η *άριστη αποκατάσταση* συμβαίνει μετά από λοβεκτομή, διότι ο λοβός, που εναπομένει τελικά μέσα στο χειρουργημένο ήμισυ του θώρακος, 'υπερ-εκπτύσσεται' ('υπερ-διατείνεται'), με αποτέλεσμα να χωρά στο τέλος την ίδια σχεδόν ποσότητα αέρα με προ-εγχειρητικά.

Ο ασθενής μετά από πλήρη ανάρρωση **μετά από Πνευμονεκτομή** μπορεί να αναλάβει εκ νέου όλες τις προ-εγχειρητικές του **Κοινωνικές** δραστηριότητες **μόνον** (όπως π.χ. να βγαίνει έξω από το σπίτι για περίπατο κ.τ.ό., να ασχολείται με κολύμβηση Αναψυχής και να είναι εκ νέου Ικανός για στενές διαπροσωπικές σχέσεις ενήλικου που να συμπεριλαμβάνουν γενετήσιες επαφές κλπ.). Δεν μπορεί, συνήθως, να ξαναρχίσει μετ-εγχειρητικά αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην), ακόμη κι αν είχε προ-εγχειρητικά τέτοιες.



Πριν από οποιαδήποτε εγχείρηση, παρακαλώ σιγουρευτείτε ότι συζητήσατε γι' αυτήν διεξοδικά και πλήρως μαζί μου (ή με όποιον συνάδελφο πρόκειται να είναι ο θεράπων γιατρός σας), ώστε *καταλάβετε ακριβώς* τι αναμενόμενα θεραπευτικά **Οφέλη** και τι **Κινδύνους** συμπεριλαμβάνει*. Συνήθως η συζήτηση αυτή γίνεται αμέσως πριν από την υπογραφή του εντύπου της **Συγκατάθεσης**.

* βλ. κεφ. "Συγκατάθεση" του βιβλίου "Δικαίωμα Στην Αλήθεια": www.papachristos.eu/dsa



Κίνδυνοι σοβαρών επιπλοκών σαφώς υπάρχουν Πάντοτε με την Χειρουργική Αντιμετώπιση, ακόμα και για την ίδια την Ζωή του ασθενούς. Όμως και τα θεραπευτικά **Οφέλη** της είναι αξιόλογα: **Σημαντικές** πιθανότητες **Ιάσεως**. Γι' αυτό και είναι εξαιρετικά μεγάλη η **Ευθύνη** του θεράποντος γιατρού **να ζυγίσει** τα αναμενόμενα θεραπευτικά Οφέλη και τους αναμενόμενους Κινδύνους σε κάθε μία συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς προκειμένου να λάβει αιτιολογημένα την **Σημαντικότερη Απόφαση**:

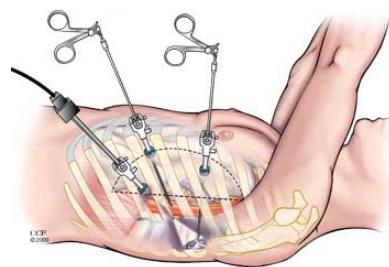


- είτε να συστήσει ανεπιφύλακτα Χειρουργική θεραπεία
- είτε να επιφυλαχθεί.

Στα πλαίσια πολυδύναμης ή πολύτροπης θεραπείας (multi-modality treatment) η Χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνδυάζεται με άλλες μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως λ.χ. Ακτινοθεραπεία, Χ/Θ ή άλλες.

Θωρακοσκοπική προσπέλαση ή 'VATS'

Καθίσταται διαρκώς όλο και περισσότερο δημοφιλής (σε βαθμό 'συρμού') μία τάση να χρησιμοποιείται η 'θωρακοσκοπική' προσπέλαση (ή VATS: Video-Assisted Thoracic Surgery ή 'keyhole surgery') με διάνοιξη 'οπών' στο θωρακικό τοίχωμα (συνήθως μίας ή 3-5 'οπών'), δια των οποίων εισάγονται λεπτά μακρά εργαλεία και κάμερα, που συνδέεται με οθόνη, στην οποία προβάλλεται δισδιάστατη μόνο αναπαράσταση του εσωτερικού του θώρακα.



Η τεχνική αυτή έχει εκσεσημασμένα υπερπροβληθεί από τον τύπο, αλλά και από κάποιους συναδέλφους, οι οποίοι επιθυμούν διακαώς να αυτοπροβληθούν εξεχόντως ως εφαρμόζοντες 'μοντέρνες' τεχνικές, ώστε να ελκύσουν περισσότερους ασθενείς προς παροχή υπηρεσιών. Τείνει στην σύγχρονη εποχή να καταστεί 'πολιτικώς Ορθό' (politically correct) το να υποστηρίζει κανείς την μέθοδο αυτή.

Η VATS, όπως οποιαδήποτε άλλη μέθοδος στην Ιατρική επιστήμη, σαφώς και έχει **'Ενδείξεις'** συγκεκριμένες (με σαφήνεια ορισθείσες) καθώς και **'Αντενδείξεις'**. Επίσης, έναντι της ανοικτής προσπέλασης ("θωρακοτομής"), η VATS έχει:

- **Πλεονεκτήματα:**
 - ο μικρότερες ή 'περισσότερο καλαίσθητες' Ουλές ή μτχ/κά 'σημάδια'
 - ο λιγότερο (?) μτχ/κό πόνο
 - ο υπόσχεση Ταχύτερης μτχ/κής ανάρρωσης
- **Μειονεκτήματα:**
 - ο στερεί από τον εγχειρητή την Τρισδιάστατη ή 'Στερεοσκοπική' επισκόπηση ή άλλως όραση 'με βάθος πεδίου', προσφέροντας αντ' αυτής δισδιάστατη μόνον

επισκόπηση και μάλιστα Έμμεση (σε οθόνη, όχι στο εγχειρητικό πεδίο το άμεσα προ του εγχειρητού ευρισκόμενο)

- ο στερεί επίσης από τον εγχειρητή την πολύτιμη εξεταστική μέθοδο της Ψηλάφησης για ανίχνευση, αναζήτηση και ανεύρεση σκληρών μεν, αλλά 'αόρατων' Όγκων ή Διηθημένων ιστών, β/παθών εστιών, λεμφαδένων κλπ: αυτοί μπορεί να μην φαίνονται επισκοπικά (λόγω βαθιάς ενδοπαρεγχυματικής τους εντόπισης) και υπάρχει κίνδυνος να παραμείνουν διεγχειρητικά αδιάγνωστοι και να αφεθούν "in situ" (δηλ. να μην εκταμούν, αλλά να παραμείνουν μέσα στον ασθενή..!)
- ο ως προς τον 'λιγότερο πόνο' της VATS μπορεί να αντεπεί κανείς ότι η τελευταία 'ερεθίζει' περισσότερα μεσοπλευρία νεύρα (ισάριθμα με τα μεσοπλευρία διαστήματα που χρησιμοποιήθηκαν για τις 'οπές') αντί Ένός μόνου μεσοπλευρίου διαστήματος (το οποίο διαστέλλεται στην θωρακοτομή)
- ο το 'Συνολικό Μήκος' των πολλαπλών Οπών μαζί ενδεχομένως οριακά μόνον να είναι μικρότερο μίας τομής "Περιορισμένης" θωρακοτομής 6 cm περιήπου.
- ο σε περίπτωση που τυχόν απαιτηθεί "Μετατροπή" ("Conversion") της VATS σε ανοικτή θωρακοτομή (λ.χ. επί τυχόν πρόκλησης Αιμορραγίας ή επί Συμφύσεων κλπ), τότε η τελευταία τελείται Όχι όπου θα έπρεπε κανονικά να τελεσθεί θωρακοτομή (για Πλήρη πρόσβαση στον εγχειρητικό Στόχο), αλλά αναγκαστικά Εκεί όπου είχαν διανοιχθεί οι 'Οπές' της VATS (με συνένωση των ήδη υπάρχουσών 'Οπών', συνήθως περισσότερο 'Χαμηλά' ή "ουραίως" / "caudad" του κατάλληλου για θωρακοτομή μεσοπλευρίου διαστήματος), με τελικό αποτέλεσμα πιο Δυσχερείς εγχειρητικούς χειρισμούς και επιπρόσθετο Κίνδυνο για τον ασθενή.

Απόψεις του υπογράφοντος 'για την VATS Γενικά' μπορεί να διαβάσει κανείς στις σελ. 5–10 του ενημερωτικού άρθρου:

Τομές – Προσπελάσεις

www.icp-med.gr/resources/document/tp.pdf



Σχετικά όμως με 'την VATS Ειδικά στη Θεραπεία του Καρκίνου', ο υπογράφων έχει να πει ότι ο θεράπων γιατρός στον Αγώνα κατά της Νόσου αυτής έχει κυρίως να σκεφτεί Πώς θα καταφέρει να επιτύχει Ίαση, Επιβίωση και διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερου πνευμονικού παρεγχύματος. Διακυβεύεται η Ζωή του ασθενούς, δηλ. το Υπέρτατο Έννομο Αγαθό: θεωρήσεις περί 'καλαίσθητων μτχ/κών ουλών' και παρόμοιες οφείλουν να έχουν Κατώτερη θέση στην Ιεράρχηση θεραπευτικών Προτεραιοτήτων:

- Δεν απεμπολούμε την Ανιχνευτική ικανότητα της Διεγχειρητικής Ψηλάφησης, χάρη στην οποία εντοπίζουμε "Σκίρρες" (πολύ σκληρές στην αφή) διηθήσεις Καρκινώματος, ακόμα και αν αυτές τυχαίνει να μην είναι 'επισκοπικώς ορατές' λόγω εντόπισης (λ.χ. β/παθείς εστίες κρυμμένες βαθιά μέσα στο πνευμονικό παρέγχυμα ή σε παρακείμενα όργανα ή λεμφαδένες στο Μεσαύλιο κλπ.).
- η 'Στερεοσκοπική' ή Τρισδιάστατη όραση (όχι πάντοτε εφικτή με VATS) μπορεί να είναι απολύτως Αναγκαία στον εγχειρητή, για να επιτύχει με την λεγομένη 'χειρουργική Ακρίβεια' την Εκτομή με καθαρά Όρια σε δύσκολη περίπτωση ενός καρκίνου εξαιρέσιμου οριακά (δύσκολα)...

Για όλους τους ανωτέρω λόγους ο υπογράφων τείνει να τηρεί Επιφύλαξη στη χρήση θωρακοσκοπικής προσπέλασης στην *θεραπεία του Καρκίνου*, επειδή θεωρεί ότι το ζητούμενο και διακαώς επιδιωκόμενο Τελικό Αποτέλεσμα της Ιάσεως οφείλει να *υπερτερεί* στην ιατρική Σκέψη, τουλάχιστον, οποιωνδήποτε ετέρων θεωρήσεων (περί καλαίσθητων ουλών κ.τ.ό.).

Έτυχε μάλιστα να ακούσει ο υπογράφων ότι ίσως δραστηριοποιείται Γενικός Χειρουργός (δηλ. *Χωρίς* να είναι *καν* ειδικός "*Χειρουργός Θώρακος*"), ο οποίος αυτο-αποκαλείται ως '*ο μοναδικός* θεραπεύων στην Β. Ελλάδα τον καρκίνο του πνεύμονα με *VATS*': συνιστάται στους ασθενείς (και στους συγγενείς τους) να είναι ιδιαίτερα *Προσεκτικοί*, όταν ακούνε το μαγευτικό τραγούδι των Σειρήνων, επειδή αυτές (τόσο οι Σειρήνες της Οδύσσειας όσο και οι σύγχρονες) πάντοτε ήταν ακαταμάχητα, αλλά και *απατηλά* σαγηνευτικές...

Στην ρεαλιστική πράξη των βιολογικών Επιστημών (μία των οποίων είναι η Ιατρική) *δεν* είναι *Ποτέ* εφικτό το Απόλυτο: ούτε το "*μαθηματικώς Απόλυτο Μηδέν*" (ως προς Κινδύνους τελουμένων εγχειρήσεων) ούτε το "*Άπειρο*" (∞ , ως απόλυτη Βεβαιότητα επίτευξης Ιάσεως, άλλως εκφραζόμενη και ως "100%"): *Αν* λοιπόν κάποιος υπόσχεται σε καρκινοπαθή τον ...'Ουρανό με τ' Άστρα' (ή αν 'τάζει λαγούς με πετραχήλια', λ.χ. αν χρησιμοποιεί φράσεις τύπου: "*θα έχουμε 100% Ιαση*" ή "*ο Κίνδυνος θνητότητας της εγχείρησης είναι Μηδέν*" κ.τ.ό.), τότε κατά πάσα πιθανότητα θα πρόκειται για *κοινό τσαρλατάνο*!

Είναι ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ Ασθενούς του ιδίου το να *επιλέξει* με προσοχή, σύνεση και με κοινή λογική (Common Sense) σε *Ποιόν γιατρό θα εμπιστευθεί* την ίδια την Ζωή του, έχοντας πρώτα αξιολογήσει και εκτιμήσει *Ποια από τις* ακόλουθες *δύο* κατηγορίες ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή του:

- Ο *θεράπων γιατρός* σκύβει πάνω από το πρόβλημα υγείας με σεβασμό, προσοχή, δίνοντας σημασία σε λεπτομέρειες, *αφιερώνει Χρόνο* σε λήψη ιστορικού, σε εξέταση ασθενούς 'κλινική' (επιπρόσθετα απλής ανασκόπησης πορισμάτων εργαστηριακών απεικονίσεων κλπ), στο να *εξηγήσει Αναλυτικά* την από αυτόν προτεινόμενη Εγχείρηση, τα αναμενόμενα *Οφέλη* και *Κινδύνους* αυτής (χωρίς να κρύβει τις Στενότητες Πτυχές) Με *Ειλικρίνεια* για την *Αληθή διάγνωση* Καρκίνου, δείχνει ανθρώπινο Ενδιαφέρον και Συμπόνοια ανά πάσα στιγμή;;; *Αν* ναι, τότε μάλλον πρόκειται για *ικανό σύμμαχο* στον αγώνα εναντίον της Νόσου, με μεγάλες ελπίδες να παραμείνει ενεργά μαχόμενος στο πλευρό του ασθενούς μέχρι την Τελική Νίκη...
- Ο *θεράπων γιατρός* επικαλείται μεγάλο 'φόρτο εργασίας' άρα και 'Ελάχιστο' διαθέσιμο *Χρόνο*, βλέπει ταχύτατα / 'στο φτερό' κάποια εργαστηριακά πορίσματα χωρίς να εξετάσει κλινικά τον ασθενή, *δεν εξηγεί* αναλυτικά ή με πληρότητα για τους Κινδύνους του θεραπευτικού του Σχεδίου ούτε για τα *Οφέλη*, τα παρουσιάζει όλα *υπερβολικά 'ρόδινα'* (εύκολα, ανώδυνα, απολύτως ακίνδυνα, συνήθη) σχετικά με την Εγχείρηση, καλυπτόμενος πίσω από *δυσνόητους ή βαρύγδουπους τεχνικούς όρους* (αποφεύγοντας να τους εξηγήσει με Απλά λόγια), *αποκρύπτει* την *διάγνωση Καρκίνου* από τον ίδιο τον ασθενή με *Ψέμματα*, είναι *φειδωλός* στο να *ξοδεύει Χρόνο* πέραν του τέταρτου (15-λεπτου) μιας τυπικής επίσκεψης, είναι Ακριβοθώρητος και απρόσιτος ή ψυχρός και απόμακρος;;; *Ε*, μάλλον *θα εγκαταλείψει τα όπλα με 'το πρώτο φύσημα του ανέμου'*, δηλ. με την πρώτη τυχόν Επιπλοκή που είναι δυνατόν να εμφανισθεί και, μάλιστα, συσκοτίζοντας την όλη γενικότερη κατάσταση (για να

απεκδυθεί της δικής του ευθύνης, επιμερίζοντάς την σε Απρόσωπη, συλλογική ευθύνη άλλων συναδέλφων του)!

Αμέσως Μετά από την εγχείρησή σας

Μπορεί να σας πάρει μερικές εβδομάδες μέχρι να αναρρώσετε *πλήρως* μετά από μια εγχείρηση στον πνεύμονα, αν και μερικοί ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα από άλλους. Υπάρχουν κάποια πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να επιταχύνετε την ανάρρωσή σας.

Μετά από την εγχείρησή σας θα σας ενθαρρύνω να αρχίσετε να *κινείστε και να περπατάτε* το νωρίτερο δυνατόν (συνήθως αυθημερόν, δηλαδή το βράδυ της ίδιας της ημέρας που χειρουργηθήκατε). Αυτό είναι βασικό στοιχείο για την ανάρρωσή σας. Ακόμη και αν χρειαστεί να παραμένετε κλινήρης, είναι σημαντικό να κινείτε συχνά - πυκνά τα πόδια σας ώστε να υποβοηθείται η κυκλοφορία του αίματος και να προλαμβάνεται η δημιουργία θρόμβων.

Το ιατρικό, νοσηλευτικό και φυσιοθεραπευτικό προσωπικό θα σας βοηθάει να σηκώνεστε από το κρεβάτι καθώς και με τις *αναπνευστικές ασκήσεις*, ώστε να προληφθούν αναπνευστικές λοιμώξεις και άλλες πιθανές επιπλοκές, όπως π.χ. θρομβο-εμβολικά επεισόδια.

Με τον όρο **αναπνευστικές ασκήσεις** εννοούμε όλα τα παρακάτω:

- και βαθιές αναπνοές τακτικά
- και "απόχρεμψη", δηλαδή αποβολή των πτυέλων ('φλεγμάτων') με ισχυρό βήχα
- και χρήση του "**Εξασκητή Αναπνοής**" (triflow) με τις εξής οδηγίες:
 - ο μία 'καλή', δυνατή, βαθύτατη **Εισπνοή** κάθε 15 – 20 λεπτά.
 - ο **Εισπνέουμε** δυνατά, δηλαδή 'ρουφάμε αέρα'
 - ο Ποτέ **δεν** πρέπει να εκπνέουμε με δύναμη σε αυτόν. Είναι λάθος να φυσάμε με δύναμη σε αυτόν, διότι:
 - θα μπορούσαν ισχυρές Εκπνοές να προκαλέσουν σύμπτυξη κυψελίδων και επακόλουθη Ατελεκτασία, αν συνυπάρχουν άλλοι παράγοντες (συχνοί σε φρεσκοχειρουργημένους ασθενείς)
 - το ζητούμενο είναι να 'ενδυναμωθούν' οι αναπνευστικοί μύες, ώστε να εκτελούν αποδοτικότερα την *μόνη Ενεργητική φάση* του Αναπνευστικού Κύκλου = την Εισπνοή (η εκπνοή είναι Παθητική φάση του Αναπν. Κύκλου).



Θα γίνονται **τακτικά ακτινογραφίες** μετ-εγχειρητικά, ώστε να είμαι σίγουρος ότι οι πνεύμονές σας λειτουργούν κανονικά.

Οροί και Παροχετεύσεις

Θα χρησιμοποιείται ορός (ενδοφλέβιας έγχυσης), για να σας χορηγώ υγρά, τις πρώτες 1 – 2 ημέρες, μέχρι να είστε πλήρως σε θέση να τρώτε και να πίνετε κανονικά και πάλι. Σταματώ πρώιμα την χορήγηση ορών για πολλούς λόγους, μεταξύ των οποίων ένας είναι για να διευκολύνω το να κινείστε, να σηκώνεστε από το κρεβάτι και *ΝΑ ΠΕΡΠΑΤΑΤΕ* μετεγχειρητικά όσο περισσότερο γίνεται, για να επιταχύνετε την ανάρρωσή σας. Όμως έτσι πρέπει να *θυμάστε να πίνετε αρκετά* υγρά, όσα νοιώθετε ότι χρειάζεστε, αν διψάτε (επιτρέπονται μετεγχειρητικά όλων των ειδών τα υγρά εκτός από τα αεριούχα – ανθρακούχα και εκτός από τα αλκοολούχα).

Θα έχετε επίσης και έναν παροχετευτικό σωλήνα, που ονομάζεται "θωρακική παροχέτευση" (βλ. φωτογραφία δεξιά — σπάνια, μπορεί μετεγχειρητικά να έχετε 2 σωλήνες). Αυτός θα αφαιρεθεί συνήθως 3 – 7 ημέρες μετά από την εγχείρηση, ανάλογα με την ταχύτητα της ανάρρωσής σας (σπανιότατα μπορεί να παραταθεί η παραμονή του μέχρι 15 ημέρες κατ' ανώτατο όριο). Το χειρουργικό τραύμα συνήθως είναι "θωρακοτομή" και βρίσκεται στα πλάγια του θώρακα ή κάτω από την μασχάλη, παράλληλα με τις πλευρές. Το τραύμα θα είναι αρχικά καλυμμένο για 5 – 7 ημέρες περίπου με επιδεσμικό υλικό.



Πόνος

Είναι αναμενόμενο να νιώσετε *ήπιας* έντασης πόνο ή ελαφρά 'ενόχληση' μετά από την εγχείρηση.

Ο μετεγχειρητικός πόνος ούτως ή άλλως είναι γενικά *ήπιος* λόγω μιας τεχνικής που εφαρμόζω στο τέλος κάθε εγχείρησης, που τελώ. Η τεχνική αυτή ονομάζεται "*Αποκλεισμός Μεσοπλευρίων Νεύρων*" και το ευεργετικό αποτέλεσμά της διαρκεί συνήθως τις πρώτες 5 ημέρες περίπου μετά την εγχείρηση (από 3 έως 7 ημέρες).

Δεν μπορώ να εξαφανίσω τον πόνο εντελώς / πλήρως, ωστόσο τον ελέγχω με χορήγηση **φαρμάκων** ("αναλγητικών", δηλ. 'παυσίπονων' και, επιπρόσθετα, και "μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών" μαζί με γαστροπροστασία), ώστε αυτός να τίθεται "*υπό έλεγχο*", δηλ. να γίνεται *υποφερτός, ήπιος* και 'γλυκός'.

Μερικά από τα φάρμακα δίνονται συστηματικά, σε προκαθορισμένες ώρες (ακόμα και αν τύχει να μην πονάτε εκείνη τη στιγμή), ως "βασική αναλγησία".

Άλλα φάρμακα χορηγούνται επιπρόσθετα των προηγούμενων, μόνο **αν** τύχει να παραπονεθείτε για πόνο.

Ενημερώστε τον εφημερεύοντα γιατρό ή τον / την νοσηλεύτη / νοσηλεύτρια αν πονάτε, ώστε να αντιμετωπίσουν τον πόνο το ταχύτερο δυνατόν.

Ήπια ενόχληση ή και πόνος στον θώρακα μπορεί να παραμείνει για αρκετές μέρες μετά από το εξιτήριο και για αυτόν θα σας δοθούν ηπιότερα παυσίπονα φάρμακα κατά το εξιτήριο.



Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις μετά από *οποιοδήποτε τραύμα* (χειρουργικό, πολεμικό κλπ.) οι ασθενείς αποκτούν κάποια *ευαισθησία* στην περιοχή του τραύματος, με *αίσθηση "νυγμών"*, όποτε ο καιρός είναι υγρός ή πρόκειται να βρέξει. Αυτό είναι κάτι τόσο ήπιο, που ούτε απαιτεί χορήγηση φαρμάκων ούτε προκαλεί ανησυχία στον ασθενή.

Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει αναφερθεί "*χρόνιος πόνος μετά θωρακοτομή*", Μήνες ολόκληρους μετά από την εγχείρηση: είναι συνήθως νευραλγικής αιτιολογίας ("*μεσοπλεύρια νευραλγία*"). Σε τέτοιες σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσουν φάρμακα ειδικά για νευραλγίες (λ.χ. Gabapentin, Pregabalin κτό) ή αντιμετώπιση του πόνου από ειδικό ιατρό ("*Ιατρεία Πόνου*").



Εξιτήριο

Είναι πιθανό να είστε έτοιμοι για εξιτήριο περίπου 5 – 10 μέρες μετά από την εγχείρησή σας. Όταν φτάσετε στο σπίτι θα είναι *μεγάλη ανάγκη να ασκείστε* ήπια με αεροβικό τρόπο, ώστε να ανακτήσετε την δύναμη και την ευρωστία σας. Θα συζητήσετε λεπτομερώς μαζί μου ποιο είδος *άσκησης* είναι κατάλληλο για σας συγκεκριμένα. Συνήθως οι *περίπατοι*, η *χαλαρή* κολύμβηση αναψυχής ή το ελαφρό τροχάδην (jogging) είναι κατάλληλες ασκήσεις για τους περισσότερους ανθρώπους μετά από Χειρουργική θεραπεία κατά του Καρκίνου του Πνεύμονα.



Επίσης είναι σημαντικό να έχετε (τους πρώτους δύο μήνες τουλάχιστον μετά από το εξιτήριό σας) μία *διατροφή* καλή, ισορροπημένη και οπωσδήποτε *ενισχυμένη* με ζωικές *πρωτεΐνες* (ή *λευκώματα*) υψηλής βιολογικής αξίας (λ.χ. κρέας ή ψάρι ή πουλερικά, το *λεύκωμα* αυγού ή *ασπράδι*, τυροκομικά προϊόντα και, εναλλακτικά, για χορτοφάγους: σόγια κ.τ.ό.), ώστε και το χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί ταχέως χωρίς επιπλοκές, αλλά και να αποφευχθούν επικίνδυνες *μτχ/κές* επιπλοκές τύπου "*Πνευμονικού Οιδήματος*" (μτχ/κή Υποπρωτεϊναιμία θα ήταν ιδιαίτερα επικίνδυνη μετά από Μείζονα εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος, με πολύ αυξημένη την αιματική ροή στο εναπομείναν πνευμονικό παρέγχυμα).



Εννοείται πως Κάθε Ασθενής που υποβάλλεται σε θωρακοχειρουργική επέμβαση έχει *οριστικά* και *διὰ βίου* διακόψει το **Κάπνισμα**, αν ήταν άτυχος να είχε αυτή την συνήθεια στο παρελθόν. Η Απαγόρευση Καπνίσματος είναι *Απόλυτη και Πλήρης* και ισχύει από 2 – 3 εβδομάδες προεγχειρητικά τουλάχιστον, για μείωση του Κινδύνου θανατηφόρων Επιπλοκών! Η *Προεγχειρητική Διακοπή Καπνίσματος* είναι *Υποχρεωτική Προϋπόθεση*, για να αναλάβω την θωρακοχειρουργική ευθύνη της περίπτωσης συγκεκριμένου ασθενούς.

Μετεγχειρητική ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ για 5 έτη

Κάθε ασθενής που υποβλήθηκε σε θεραπευτική εκτομή για καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να υποβάλλεται για *μία πενταετία* σε *πρόγραμμα Παρακολούθησης* (Follow-Up), για τον κίν-

δυνο ενδεχόμενης **Υποτροπής** της Νόσου. Μετά από μία 5ετία ο ασθενής κηρύσσεται **"Ιαθείς"** (Cured) και στο εξής μπορεί να παύσει να παρακολουθείται ή, εναλλακτικά, μπορεί να παρακολουθείται μόνο μία φορά ετησίως.

Είναι επιτακτική ανάγκη να παρακολουθείται ο χειρουργημένος ασθενής για την πιθανότητα Υποτροπής της Νόσου του **από τον ίδιο τον θεράποντα θωρακοχειρουργό του** ή τουλάχιστον από συνάδελφο **του ίδιου** Νοσοκομειακού Τμήματος ή της Κλινικής, ώστε να είναι *άμεσα διαθέσιμες* όλες οι ακριβείς τεχνικές πληροφορίες σχετικά με το είδος του όγκου, την τελεσθείσα εγχείρηση κλπ. Εναλλακτικά μπορεί ο ασθενής να παρακολουθείται **από Ογκολόγο**, αν συνδυάσθηκε η χειρουργική θεραπεία με χημειοθεραπεία κλπ. Φυσικά αν προϋπάρχει ή αν συν-υπάρχει βρογχικό άσθμα ή "ΧΑΠ" (πνευμονοπάθεια τύπου "Πνευμονικό Εμφύσημα", "Χρόνια Βρογχίτιδα"), εννοείται ότι ο ασθενής μπορεί να παρακολουθείται **από Πνευμονολόγο**. Δεν συνιστάται παρακολούθηση από συναδέλφους οποιασδήποτε ειδικότητας διαφορετικής από τις παραπάνω ούτε από *εργαστηριακούς* συναδέλφους, δεδομένου ότι η ευθύνη παρακολούθησης είναι *Κλινική* και λαμβάνεται υπόψη η *Συν-εκτίμηση όλων μαζί των δεδομένων*: και των κλινικών (κυρίως) και των όποιων εργαστηριακών.

Το **πρόγραμμα παρακολούθησης**, που ο ίδιος εφαρμόζω στους χειρουργημένους ασθενείς μου, για τα πρώτα 5 χρόνια μετεγχειρητικά ακολουθεί:

Εξέταση **ανά 3μηνο τα πρώτα 3 έτη** και, στην συνέχεια, **ανά 4μηνο, μέχρι συμπληρώσεως 5ετίας**, με κάθε φορά:

- **Ιστορικό**, με ιδιαίτερη έμφαση στην λήψη του για:
 - ο τυχόν αλλαγές στα όποια μετεγχειρητικά συμπτώματα
 - ο ό,τι τυχόν άλλαξε στην κατάσταση ασθενούς τελευταίους μήνες σε σχέση με πριν
 - ο ακριβές βάρος ασθενούς *με την ίδια ζυγαριά* 2 φορές κάθε μήνα, σημειωμένο σε δικό του σημειωματάριο (μπλοκ)
 - ο επίμονη Αναζήτηση τυχόν εμφάνισης:
 - αποβολής Αίματος στα πύελα
 - Απώλειας βάρους ακατανόητης, δηλ Χωρίς επιδίωξη του ασθενούς να εφαρμόσει κάποια δίαιτα αδυνατίσματος
 - Ανορεξίας
 - ακατανόητων Πόνων σε οστά μακριά από την περιοχή της επέμβασης
 - Οζιδίων σε μασχάλη ή στον τράχηλο ή στην περιοχή της επέμβασης

- Κλινική εξέταση, που, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνει:

- ο Ακρόαση πνευμόνων
- ο Ψηλάφηση για:
 - Λεμφαδένες μασχάλης, τραχήλου, υπερ-κλείδιους κλπ
 - Ηπατο- / σπληνο- μεγαλία
- ο Επισκόπηση και ψηλάφηση της ουλής του χειρουργικού τραύματος (θωρακοτομής)



- Εργαστηριακές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν:

- ο **Ακτινογραφία θώρακος απλή**, αλλά οπωσδήποτε **σε σύγκριση** με προγενέστερες μετεγχειρητικές. Καμία μετεγχειρητική ακτ/φία δεν εξετάζεται μεμονωμένη ούτε έχει διαγνωστική αξία μόνη της.
- ο Εξετάσεις αίματος ειδικές για "**καρκινικούς δείκτες**" (tumour markers), μόνον **αν** αυτοί ήταν αυξημένοι προ-εγχειρητικά. Αν αυτοί ήταν φυσιολογικοί προεγχειρητικά (δηλ. πριν να αφαιρεθεί ο όγκος από το σώμα του ασθενούς), τότε δεν έχει νόημα η μετεγχειρητική τους παρακολούθηση.
- ο Γενική εξέταση αίματος, "**δείκτες φλεγμονής**" (ΤΚΕ & CRP) & βιοχημικές μαζί με ηπατικής λειτουργίας
- ο Μία **αξονική τομογραφία (CT)** θώρακος περίπου 2 μήνες μετά από την τέλεση της εγχείρησης. Αυτή η αξονική πρέπει να **φυλάσσεται προς σύγκριση** με άλλες αξονικές, που ενδεχομένως να απαιτηθούν μελλοντικά.
- ο Άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις **δεν** αποτελούν μέρος τυπικού, συνήθους Προγράμματος παρακολούθησης. Όμως εννοείται ότι τις ζητάω επί κλινικής υπονοίας πιθανής **Υποτροπής**, δηλαδή **αν έχω βάσιμη ανησυχία** και πάντοτε ανάλογα με την Αιτία της 'κλινικής ανησυχίας' (π.χ. βρογχοσκόπηση ή CT θώρακος ή σπινθηρογράφημα οστών ή MRI εγκεφάλου κ.ο.κ., ανάλογα με την εκάστοτε αιτία ανησυχίας).—



Περισσότερες πληροφορίες μπορούν να ανευρεθούν:

- Για το Γιατί και Πώς πρέπει να ενημερώνεται ο ίδιος ο ασθενής για την Αληθή διάγνωση καρκίνου στο βιβλίο **"Δικαίωμα Στην Αλήθεια"**. Το βιβλίο μπορεί να αποκτηθεί εύκολα από 2 βιβλιοπωλεία (iBooks Store / Apple, αλλά και kobo):

www.papachristos.eu/dsa/



- Για "Θωρακοχειρ/κές Επεμβάσεις (εγχειρήσεις) Γενικά" στο ενημερωτ. άρθρο :

www.icp-med.gr/resources/document/the.pdf

- Γενικές πληροφορίες Για Ασθενείς στην ιστοσελίδα:

www.icp-med.gr/plirofories/

- Προ- & Δι-εγχειρητικές Φωτογραφίες Όγκων και άλλων κλινικών περιπτώσεων θωρακοχειρουργικού ενδιαφέροντος :

www.icp-med.gr/fotografies/

- Στο Συγγραφικό Website του συγγραφέα του παρόντος άρθρου :

www.papachristos.eu/vivlia.php



- Στο Ιατρικό Website του συγγραφέα του παρόντος άρθρου :

www.icp-med.gr