

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΝΟΨΗ 2014

Εισαγωγή

- Αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο
- 
- Συνεργασία ειδικοτήτων

Επείγουσες καταστάσεις

- Πρωτοπαθή νεοπλάσματα
- Μεταστατικά νεοπλάσματα
- Νεοπλάσματα παρακείμενων οργάνων
- Επιπλοκές ακτινο-χημειοθεραπείας



- Αιμορραγία
- Απόφραξη πεπτικού σωλήνα
- Αποφρακτικός ίκτερος

ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

- ↑ χολερυθρίνης → βχ αίματος → ↑ άμεσης χολερυθρίνης → U/S ήπατος χοληφόρων παγκρέατος,
- Οι βασικές αιτίες εξωηπατικής απόφραξης
 - καλοήγη αιτία (λιθίαση χοληφόρων, καλοήθεις στενώσεις κλπ)
 - κακοήγη (καρκίνος εξωηπατικών χοληφόρων, καρκίνος παγκρέατος, φύματος Vater κλπ).
- χολαγγειίτιδα (πόνος, πυρετός με ρίγος, shock) → άμεση παροχέτευση των χοληφόρων, ταυτόχρονα με iv αντιβίωση
- Ίκτερος χωρίς σημεία σήψης → εισαγωγή για ενυδάτωση και σταδιοποίηση
- παροχέτευση χοληφόρων: ERCP με σφιγκτηροτομή και τοποθέτηση πλαστικού ή μεταλλικού stent ή διαδερμική διηπατική τοποθέτηση stent στα χοληφόρα.
- Αναλόγως της φύσης της βλάβης και του ύψους της απόφραξης → εκτομή χοληδόχου πόρου, παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple κ.ά
- Αποτυχία ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων ή ανεγχείρητη βλάβη → χειρουργική επέμβαση παράκαμψης των συμφορημένων εξωηπατικών χοληφόρων με έλικα λεπτού εντέρου (κατά Roux, σπανιότατα με δωδεκαδάκτυλο).
- Ασθενείς με επιβαρυμένη γενική κατάσταση → καλύτερη επιλογή η διαδερμική διηπατική παροχέτευση (PTC).

Καρκίνος παγκρέατος – χοληφόρων

- Αποφρακτικός ίκτερος



Κίνδυνος !

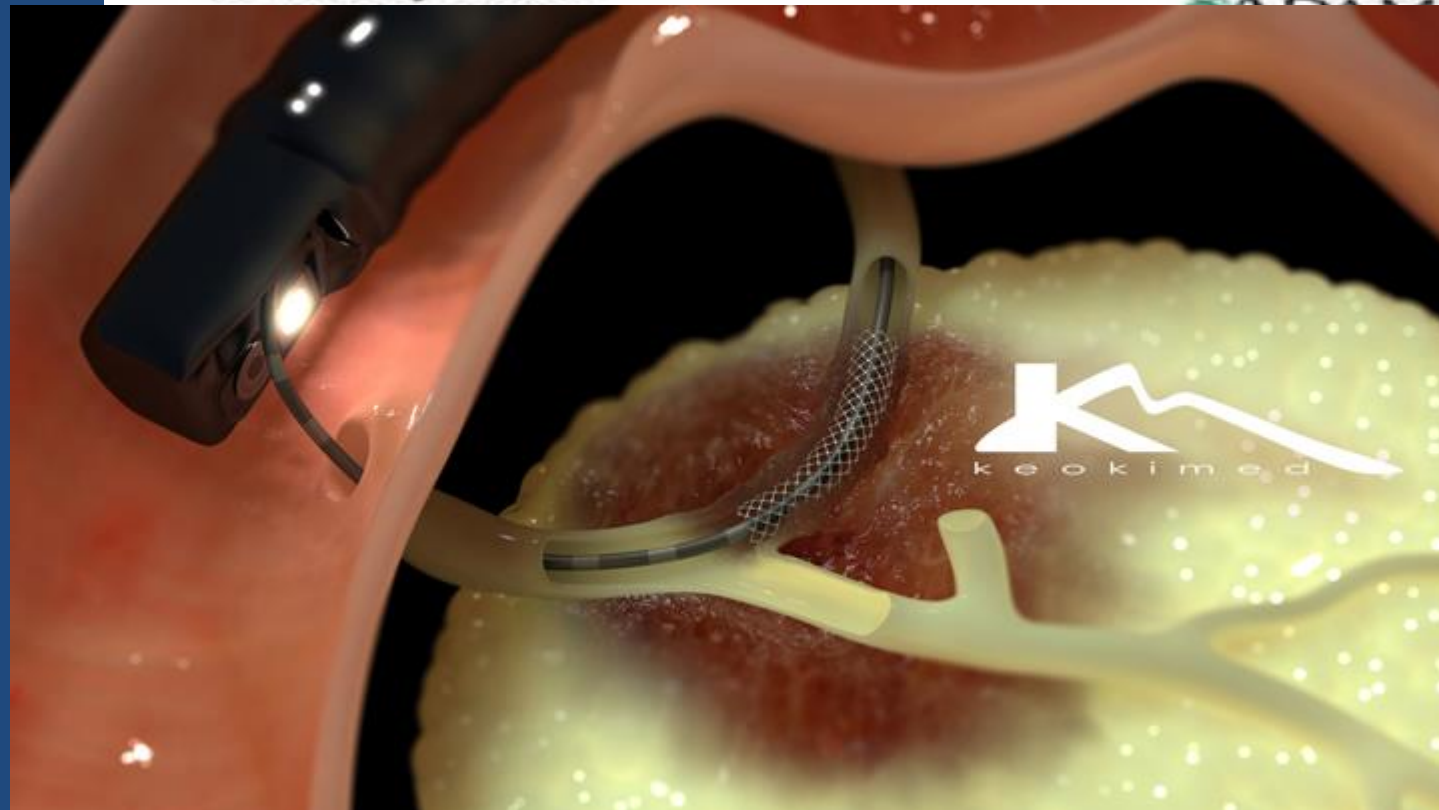
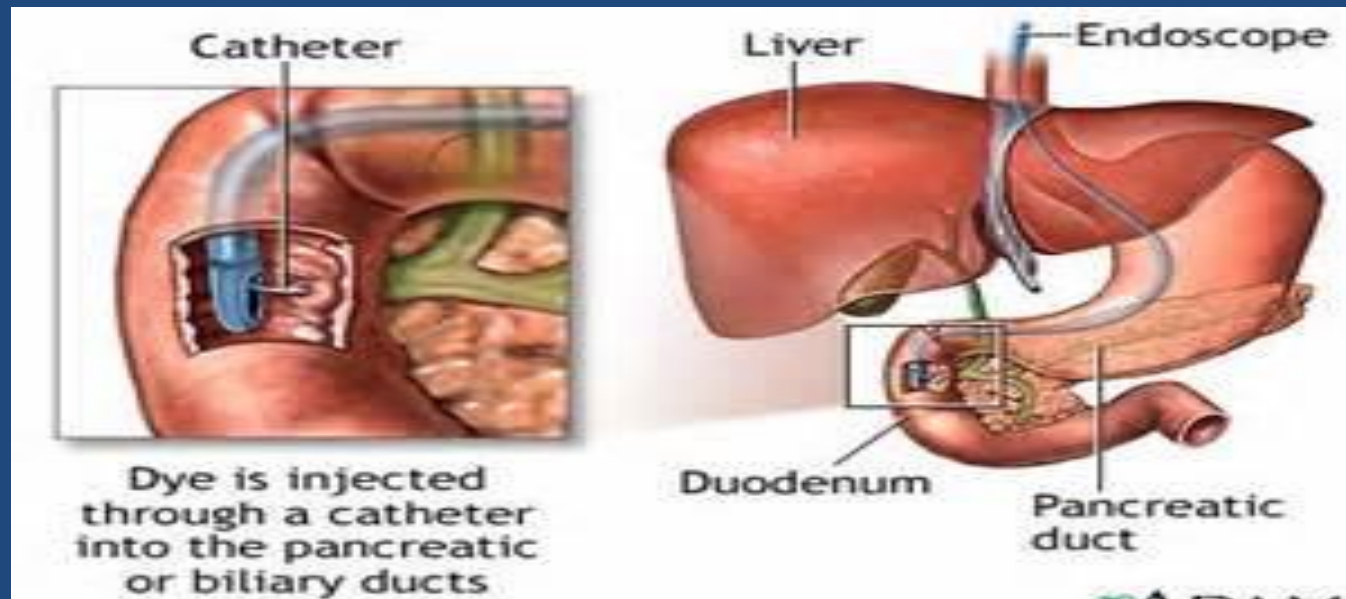
•Χολαγγειίτιδα

•Ηπατική ανεπάρκεια

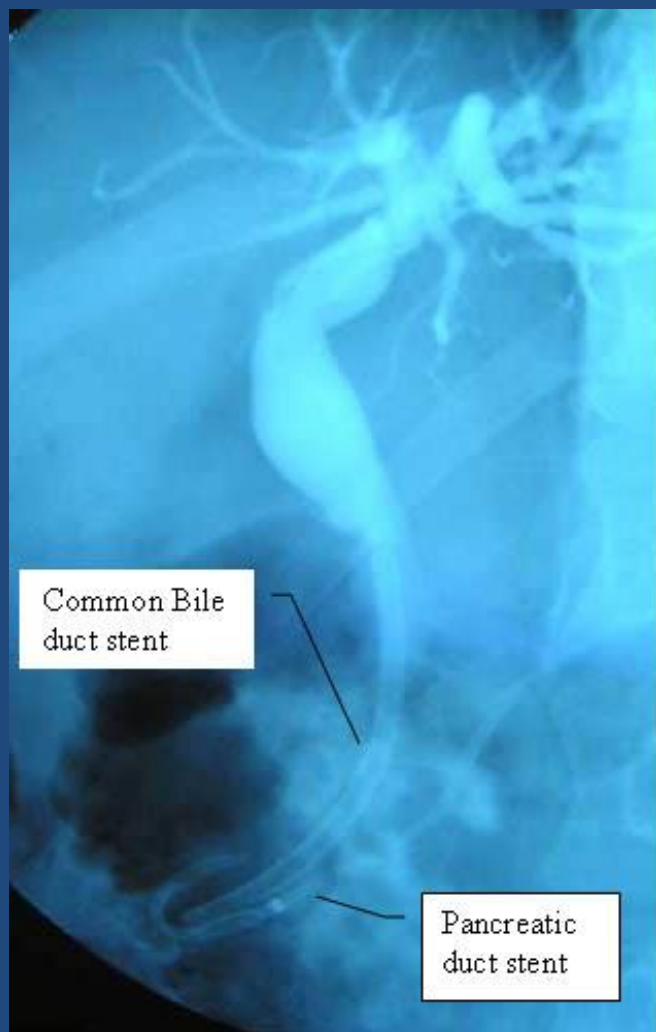
Αντιμετώπιση

- ERCP  Ενδοσκοπική τοποθέτηση stents χοληφόρων

ERCP



ERCP





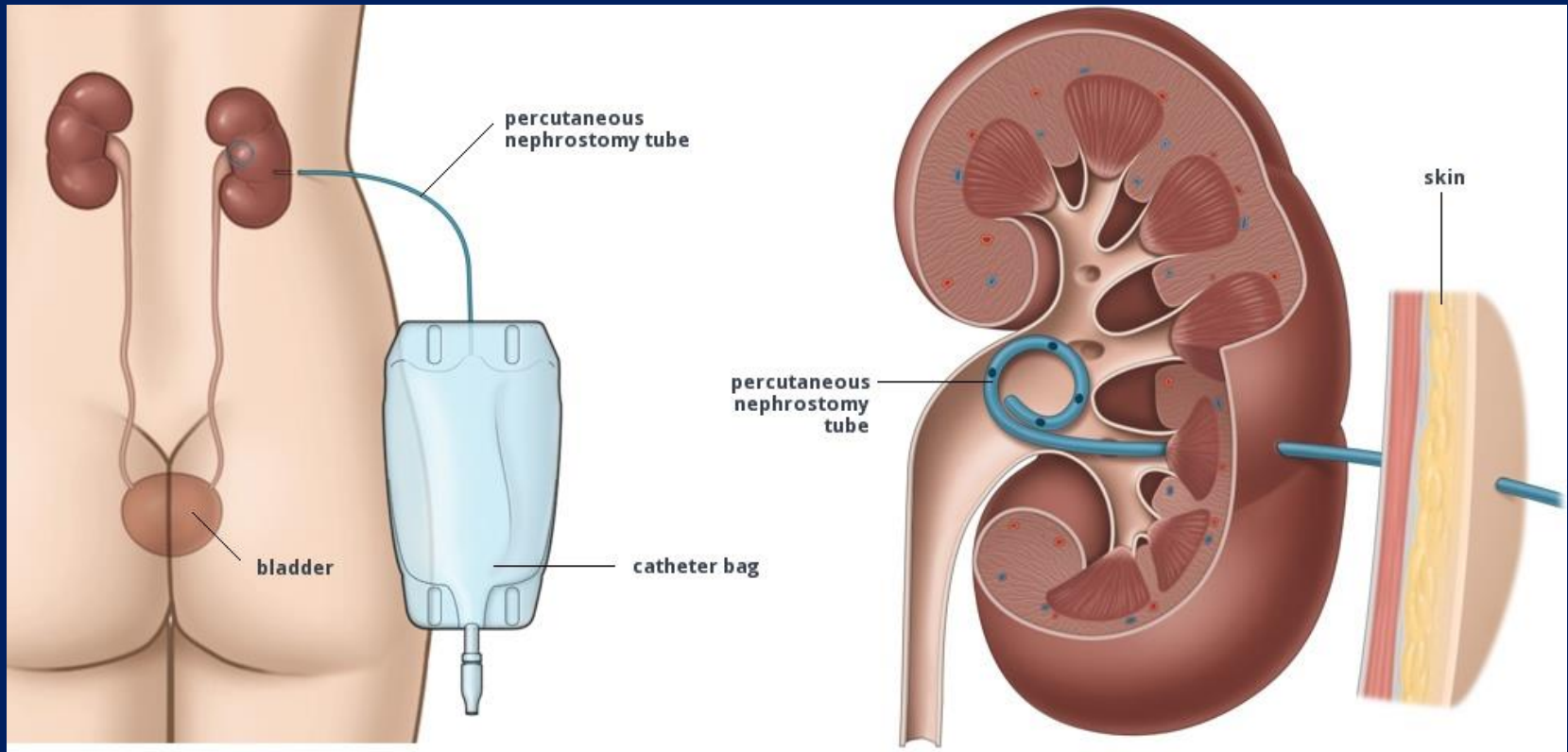
ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

- Φλεγμονή κυρίως του τυφλού, και γενικά του δεξιού κόλου, στα πλαίσια ουδετεροπενίας
- πυρετός, άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, χαμηλά λευκά και ουδετερόφιλα, κοιλιακή διάταση, διάρροιες, εμέτους και κενώσεις με πρόσμιξη αίματος, ευαισθησία στη δεξιά κοιλιακή χώρα
- υψηλή θνητότητα που εώς 20%.
- ΔΔ: ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα (*clostridium difficile colitis*), εκκολπωματίτιδα, φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου, σκωληκοειδίτιδα, εγκολεασμός, ισχαιμία εντέρου κ.α.
- αξονική τομογραφία (απεικονιστική εξέταση εκλογής): πάχυνση τοιχώματος του τυφλού και του ανιόντος, θολερότητα επιχώριου λίπους και συχνά ελεύθερο αέρα ενδοτοιχωματικά.
- Ουδετερόφιλα < 500/mm³.
- θεραπεία: διακοπή δίαιτας p.o, χορήγηση iv αντιβιοτικών ευρέος φάσματος + GCSF.
- **Η χειρουργική (δεξιά κολεκτομή και στομία):**
 - ελεύθερη ενδοπεριτοναϊκής διάτρηση
 - σήψη, οξέωση παρά την υποστηρικτική αγωγή
 - αιμορραγία παρά τη διόρθωση διαταραχών πήξης και αιμοπεταλίων
 - ανεπαρκής ανάνηψη παρά την αναστροφή της ουδετεροπενίας

Απόφραξη του ουροποιητικού

- Η **ουρητηρική απόφραξη** (νεοπλάσματα ωθήκης, μήτρας, ουρητήρα, ουροδόχου κύστης, προστάτου) σε ποσοστό περίπου 70%, την δευτεροπαθή οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενοπάθεια (λέμφωμα, όγκοι γεννητικών κυττάρων) και την δευτεροπαθή οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση
- **Υποκυστικό κώλυμα**
- **Οξεία ετερόπλευρη απόφραξη:** συμπτώματα είναι εκείνα του νεφρικού κολικού
- **Χρόνια ετερόπλευρη:** συνήθως ασυμπτωματική και ανευρίσκεται κατά την διάρκεια κάποιου απεικονιστικού ελέγχου.
- **Αμφοτερόπλευρη απόφραξη, οξεία ή χρόνια** → μείωση της αποβολής ούρων και συμπτώματα ουραιμίας.
- U/S, πυελογραφία (ανιούσα ή κατιούσα), η αξονική τομογραφία και ο μαγνητικός συντονισμός.
- **Αντιμετώπιση:** ανιόντως ενδοσκοπικά με την τοποθέτηση ουρητηρικού καθετήρα τύπου pigtail, με διαδερμική νεφροστομία και με την δημιουργία ουρητηροδερμοστομίας.
- Η αποσυμφόρηση χρόνιας απόφραξης χωρίς νεφρική λειτουργικότητα μόνον στην περίπτωση φλεγμονής.
- Ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση της πολυουρίας μετά από άρση απόφραξης





Μακροσκοπική αιματουρία

- **Αιτίες:**
 - Καρκινώματα από μεταβατικό επιθήλιο
 - Σπανιότερα σε αιμορραγική κυστίτιδα οφειλόμενη σε ιούς ή αλκυλιούντες παράγοντες (κυκλοφωσφαμίδη, ιφωσφαμίδη),
 - Μετακτινική κυστίτιδα.
- **Κίνδυνος επίσχεσης ούρων** από άθροιση θρόμβων στην ουροδόχο κύστη.
- Τοποθέτηση καθετήρα με **συνεχείς πλύσεις**
- **Χειρουργική** (ενδοσκοπική) διερεύνηση.

Αιμόπτυση

- **Καρκίνος πνεύμονα:** 20% των ασθενών κατά την πορεία της νόσου, περίπου 3% θάνατος
- **Συνηθέστερη αιτία:**
 - εξέλκωση του όγκου
 - απόστημα ή αποφρακτική πνευμονίτιδα που έχει αναπτυχθεί πέραν από το σημείο απόφραξης
- **Μαζική αιμόπτυση:** ποσότητας αίματος >600 ml/24ωρο
- **Επικίνδυνη για τη ζωή:** >1000 ml/24ωρο ή 150 ml/ώρα.
- ~400 ml αίματος στις κυψελίδες περιορίζουν την ανταλλαγή αερίων
- **Η κύρια αιτία θανάτου** είναι η ασφυξία και όχι αιμορραγία

Αντιμετώπιση της μαζικής αιμόπτυσης

- Πρώτο βήμα: διασφάλιση του αεραγωγού του ασθενούς
 - Σε πλάγια θέση με το πάσχον ημιθώρακιο προς τα κάτω (αν είναι γνωστή η θέση της βλάβης)
 - Αναρροφούμε τις αιματηρές εκκρίσεις από τον ανώτερο αεραγωγό
 - Ήπια καταστολή αν ο ασθενής βρίσκεται σε αγωνία ή διασωλήνωση για διασφάλιση αεραγωγού (προτιμάται η εκλεκτική διασωλήνωση του ετερόπλευρου υγιούς πνεύμονα με ενδοτραχειακό σωλήνα διπλού αυλού).
- Επόμενο βήμα: προσδιορισμός του σημείου της αιμορραγίας στον πνεύμονα.
 - Συνήθως προτιμάται η πολλαπλών ανιχνευτών αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό (MultiDetector chest Computed Tomography – MDCT).
 - Συνδυασμός βρογχοσκόπησης και MDCT, ιδίως αν ο ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από ενδοβρογχική θεραπεία με διάφορες τεχνικές.
- Η ενστάλαξη στο σημείο της αιμορραγίας επινεφρίνης, παγωμένου νερού ή τρανεξαμικού οξέος μέσω του βρογχοσκοπίου συμβάλλει στην αντιμετώπιση ήπιας ή μέτριας αιμορραγίας αλλά δεν σταματά τη μαζική αιμόπτυση.

Τραχειο-οισοφαγική επικοινωνία

- Κίνδυνος θανάτου μέσα σε λίγες μέρες από αναπνευστική ανεπάρκεια και σηπτικές επιπλοκές μετά από εισρόφηση γαστρικού περιεχόμενου.
- Βήχας, αιμόπτυση, δυσφαγία και θωρακικό άλγος.
- Σπάνια χειρουργική αντιμετώπιση, συνήθους εξαιτίας εκτεταμένης επινέμησης του μεσοθωρακίου.
- Στεγανοποίηση του αεραγωγού με τοποθέτηση ενδοτραχειακού (ή ενδοβρογχικού) επικαλυμμένου αυτοεκπτυσσόμενου stent μέσω βρογχοσκοπίου
- Συνήθως διπλό «stenting »(τραχεία + οισοφάγο)
- Η μέση επιβίωση τέτοιων ασθενών έως 3 μήνες

Συμπύεση νωτιαίου μυελού



- Το 60% των ασθενών με ΣΝΜ **αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία.**
- Το 20% επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της ΑΚΘ, και άλλο 20% δεν υποβάλλονται σε καμία θεραπεία λόγω παραπληγίας, ή πρόωρου θανάτου.
- Ο κυριότερος προγνωστικός παράγων είναι η κλινική εικόνα του ασθενούς (περιπατητικός ή όχι). Μη περιπατητικοί ασθενείς έχουν μέση επιβίωση 1 μήνα, ενώ περιπατητικοί μετά τη ΑΚΘ 8-9 μήνες.
- Κυριότερη εντόπιση η ΘΜΣΣ, με έντονο άλγος.
- Από 610 ασθενείς με μικρο. Κυτταρικό καρκ. Πνεύμονος, και οστικές μεταστάσεις λιγότεροι από 5% παρουσίασαν ΣΝΜ.
- Μαγνητική Τομογραφία είναι η εξέταση που απαιτείται.

Εγκεφαλικές μεταστάσεις



Φυσική ιστορία

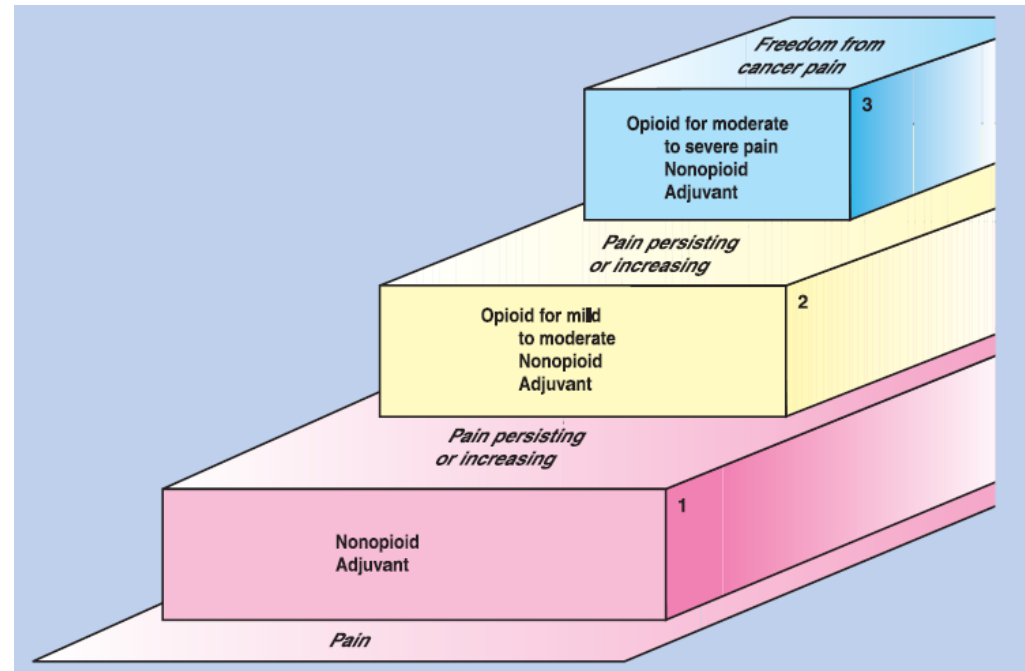
- Οι ασθενείς έχουν μέση διάρκεια ζωής 3 μήνες.
- Αρκετά σημεία και συμπτώματα ανταποκρίνονται στα στεροειδή σε 48 ώρες.
- Κεφαλαλγία, αδυναμία αναγνώρισης, και διαταραχές βάδισης.
- Συχνότερες πρωτοπαθείς αιτίες είναι ο καρκίνος του μαστού και του πνεύμονος.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Τα **Κορτικοστεροειδή** βελτιώνουν τη νευρολογική συνδρομή, χωρίς να επηρεάζουν την επιβίωση.
- Μέση επιβίωση των ασθενών με λήψη **Κορτικοστεροειδών μόνο** είναι 2 μήνες, σε αντίθεση με αυτούς που υποβάλλονται **και σε ΑΚΘ** που η επιβίωση φτάνει τους 3-5 μήνες.
- **Μονήρης εστία στην παρεγκεφαλίδα** χειρουργείται και μετά ΑΚΘ, σε αντίθεση με **εστία εντός των κοιλιών** που αντιμετωπίζονται ανακουφιστικά.
- Σε 1506 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με **χειρουργείο και ΑΚΘ** η επιβίωση ήταν 1 χρόνος, ενώ σε 2724 ασθενείς που έκαναν **μόνο ΑΚΘ** η επιβίωση ήταν 6 μήνες.
- Σε δύο τυχαίοποιημένες μελέτες της RTOG, με δύο διαφορετικά σχήματα **ΑΚΘ (20Gy in 5 fractions, 40Gy in 20 fractions)** η νευρολογική βελτίωση, η διάρκεια της βελτίωσης, ο χρόνος της υποτροπής, και η συνολική επιβίωση ήταν τα ίδια και στις δύο ομάδες ασθενών.

ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (1)

- Πόνος: το συχνότερο σύμπτωμα, αφορά στο 64% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο.
- Μορφές πόνου: σωματικός, σπλαχνικός, νευροπαθητικός.
- Αναλγητικά:
 - Παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ
 - Τραμαδόλη, κωδεΐνη
 - Μορφίνη, φαιντανύλη
- Νευροπαθητικός πόνος:
 - Αντικαταθλιπτικά (TCA, SSRI, SNRI)
 - Αντιεπιληπτικά (gabapentin, pregabalin)

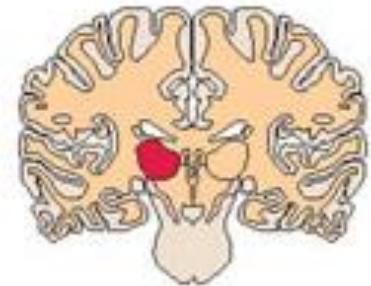
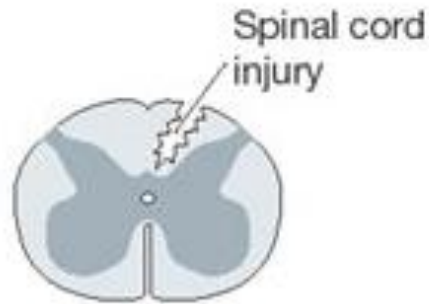


neuropathic pain

C Neuropathic pain



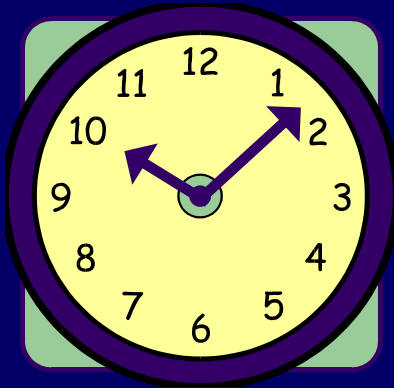
Carpal tunnel syndrome



Thalamic stroke

Lesion in the pain processing system

Pain treatment options:
Tricyclic antidepressants
Anticonvulsants
Na⁺ channel blockers
NMDA receptor antagonists
Opioids



By the mouth

By the clock

By the ladder

Morphine

Fentanyl

Severe pain
(7-10)

Codeine

Tramadol

Moderate pain
(4-6)

Acetaminophen

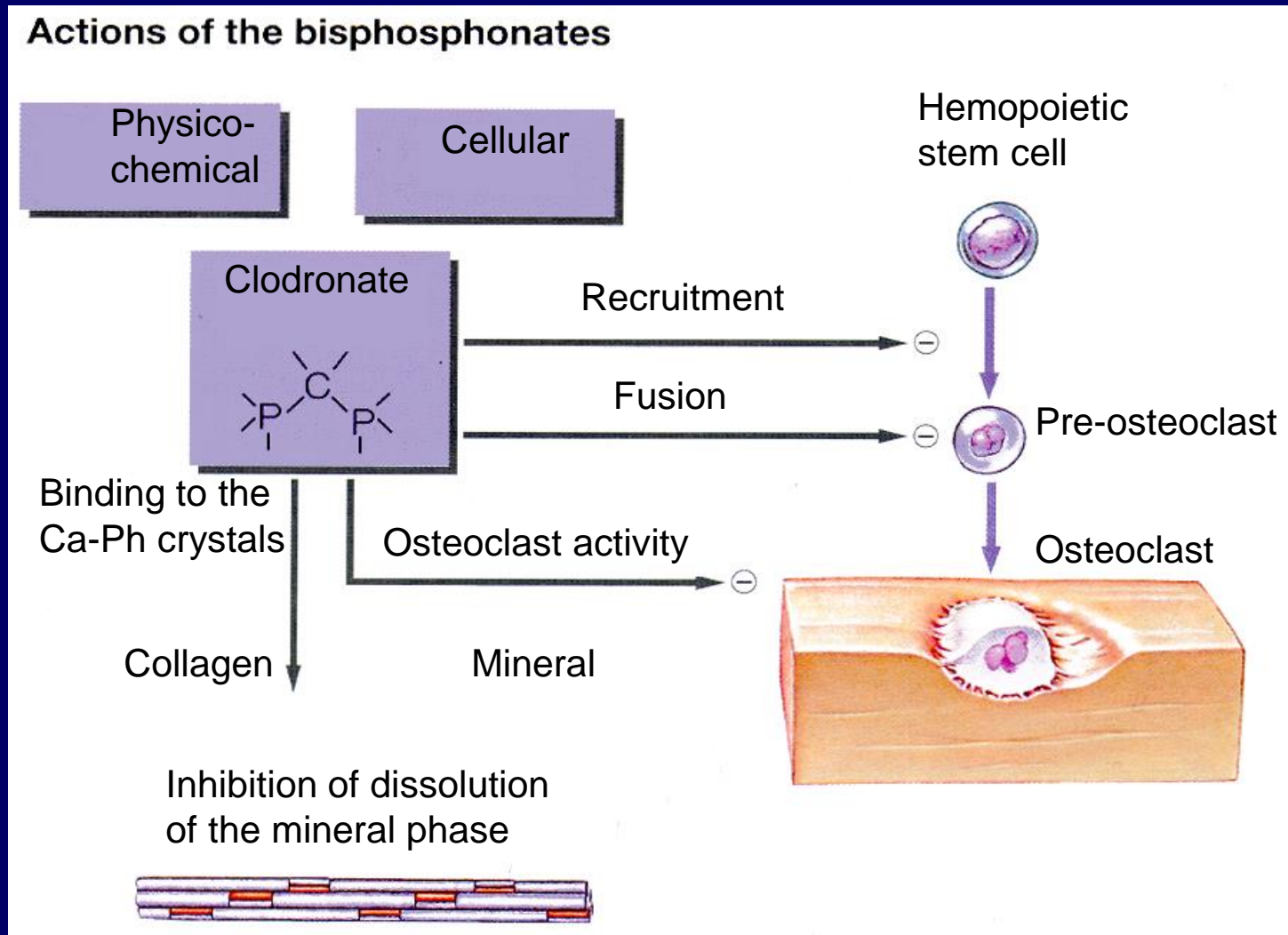
NSAIDs

Mild pain
(0-3)

WHO pain ladder

ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ

Αναλγητική δράση μετά 7-14 ημέρες από την 1η δόση



ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ

- Έλεγχος ζωτικών σημείων – υποστήριξη
- Ιστορικό, λεπτομερής κλινική εξέταση (εστία λοίμωξης?)
- Αιμοκαλλιέργειες ή και άλλες εξετάσεις αναλόγως
- Χρειάζεται νοσηλεία? Κλίμακα MASCC $\geq 21/26$
- G-CSF + Τυφλή αντιβιοτική αγωγή:
 - Πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη ή καρβαπενέμη
 - +βανκομυκίνη, αν κεντρικός καθετήρας, βλεννογονίτιδα (VRE?)
 - +βανκομυκίνη+αμινογλυκοσίδη +/-αντιμυκητιασικό, αν ασταθής
 - Λεβοφλοξασίνη σε εξωτερική βάση
- Τροποποίηση αναλόγως αποτελεσμάτων καλλιεργείων και άλλων εξετάσεων, σημείων, συμπτωμάτων
- Παρατεταμένο εμπύρετο (>4-7 ημ): μυκητιασική λοίμωξη?

ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΛΕΥΚΩΝ

- Η ουδετεροπενία (<500) είναι πολύ συχνή
- Η εμπύρετη ουδετεροπενία εμφανίζεται στο ~25%
- Οι G-CSF χορηγούνται για την πρόληψη της εμπύρετης ουδετεροπενίας και όχι της ουδετεροπενίας
- Ένδειξη:
 - ασθενείς με πιθανότητα εμπυρέτου ουδετεροπενίας >10-20%
 - ασθενείς με προηγούμενη εμπ.ουδετεροπενία
 - εμπύρετη ουδετεροπενία ?
- Ανεπιθύμητες ενέργειες: οστικά άλγη, αλλεργία, ARDS, ρήξη σπληνός, δρεπανοκυτταρική κρίση