

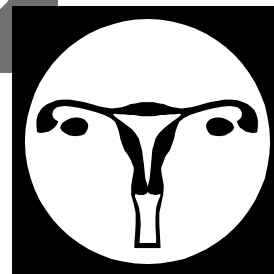
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



*«νοσηλευτική παρεμβάση
στην αντιμετώπιση
των νεοπλασμάτων των
ωοθηκών»*



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΦΙΛΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΤΖΙΝΑ ΜΑΡΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	7
1.1. ανατομικά στοιχεία των ωθηκών	8
1.2. στοιχεία φυσιολογίας των ωθηκών	8
1.3. επιδημιολογία του καρκίνου των ωθηκών	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	12
2.1. ιστολογική ταξινόμηση των ωθηκικών όγκων	13
Ορώδες κυσταδένωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Βλεννώδες κυσταδένωμα: _____	15
Ορώδες θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα: _____	15
Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα: _____	16
2.2. ενδομητριοειδές καρκίνωμα:	16
Μεσονεφροειδές καρκίνωμα: _____	17
Όγκος του Brenner: _____	17
2.3. κοκκιοκυτταρικοί όγκοι:	17
Θήκωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Ίνωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Ανδροβλάστωμα ή αρενοβλάστωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Δυσγερμίνωμα ή δυσγονίωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Όγκοι λεκιθικού ασκού: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Εμβρυϊκό καρκίνωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Ωθηκικό χοριοκαρκίνωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.4. τερατώματα:	20
Γοναδοβλάστωμα: _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Μεταστατικοί όγκοι (δευτεροπαθείς): _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ	23
3.1. σταδιοποίηση καρκίνου των ωθηκών	24
3.2. αιτιοπαθογένεια	25
Οι στεροειδείς ορμόνες (οιστρογόνα, ανδρογόνα, προγεσταγόνα και κορτικοστεροειδή) _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Οι πεπτιδικές ορμόνες (FSH, LH, hCG, TSH) _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Οι αυξητικοί παράγοντες _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Οι κυτοκινάσες _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Οι μεταλλάξεις επίσης των ογκογονιδίων και των ογκοκατασταλατικών γονιδίων _____	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3. συμπτωματολογία του καρκίνου των ωθηκών	27
3.4. αντικειμενικά ευρήματα στον καρκίνο ωθηκών	28
3.5. μετάσταση του καρκίνου των ωθηκών^{1, 3, 9, 11}	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ	31
διάγνωση του καρκίνου των ωθηκών	32
4.1. κλινική διάγνωση:	32

<i>Νοσηλευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων των ωοθηκών</i>	3
4.2. διαγνωστική έρευνα, εργαστηριακή και παρακλινική	33
4.3. διαφορική διάγνωση	35
4.4. πρόγνωση καρκίνου ωοθηκών	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε	37
5.1. εγχειρητική θεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών	38
Γενικές αρχές της εγχειρητικής αγωγής στους όγκους ωοθηκών	__ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Η κατά στάδια θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Η κατά ιστολογικό τύπο θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.2. θεραπεία του κοινού επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών	40
Θεραπεία των στρωματικών όγκων (της γεννητική ταινίας ή του στρώματος των γονάδων)	41
Θεραπεία όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ	44
6.1. προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	45
Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	45
Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία	46
Τελική προεγχειρητική προετοιμασία	47
6.2. μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	48
Ευθύνες των νοσηλευτών στην αίθουσα ανάνηψης	49
Νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης στο νοσηλευτικό τμήμα	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ	52
7.1. χημειοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών	53
Επιθηλιακός καρκίνος.	53
Όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.	53
Όγκοι από τις γεννητικές ταινίες και το στρώμα.	53
7.2. φαρμακολογία στον καρκίνο των ωοθηκών	54
7.3. μεθοδολογία χορήγησης των χημειοθεραπευτικών	55
7.4. παρενέργειες της χημειοθεραπείας	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η	58
8.1. ενδοφλέβια χορήγηση των Φαρμάκων	59
8.2. νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ	67
ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών	68
9.1. Ενδοπεριτοναϊκά ραδιοϊσότοπα	68
9.2. εξωτερική ακτινοβολία	69
9.3. ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές της ακτινοθεραπείας	70
9.3.1. Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές	70

<i>Νοσηλευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων των ωθηκών</i>	4
9.3.2. Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	73
10.1. νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας	74
10.2. νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή θωρακισμένου ή μη θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου	76
10.3. αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Κ	80
πρόληψη καρκίνου ωθηκών	81
συμπεράσματα - προτάσεις	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Λ	83
εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	84
βιβλιογραφία	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η έβδομη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες, με συχνότητα που ανέρχεται παγκοσμίως σε 140.000 περιπτώσεις ανά έτος. Η νόσος είναι υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους από γυναικολογικό καρκίνο στην Ευρώπη και Β. Αμερική. Παρά τις εξελίξεις των χειρουργικών τεχνικών, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, δεν έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στη θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών, μολονότι έχει σημειωθεί αύξηση στους χρόνους επιβίωσης. Η κατανόηση της φυσικής ιστορίας της νόσου παραμένει φτωχή, δυσκολεύοντας συνεπώς την προληπτική στρατηγική και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων μαζικού ελέγχου.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει στον μελετητή μια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου και της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

1.1. ανατομικά στοιχεία των ωοθηκών

Περιγραφή: Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12γραμ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατέων συνδέσμων κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωοθηκικοί βόθροι¹.

Η ωοθήκη αναπτύσσεται σαν κοιλιακό όργανο και τα αγγεία της προέρχονται από την κοιλιακή αορτή. Τα ωοθηκικά αγγεία βρίσκονται μέσα στους κρεμαστήρες συνδέσμους¹⁴.

Στήριξη: Οι ωοθήκες βρίσκονται στη θέση που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητρωθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσωθήκια. Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι εκφύονται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύονται στους άνω πόλους των ωοθηκών με τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, πίσω από τις εκφύσεις των σαλπίγγων. Τα μεσωθήκια συνδέουν τα οπίσθια πέταλα των πλατέων συνδέσμων με τα πρόσθια χείλη των ωοθηκών.

Υφή: Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες. Το βλαστικό επιθήλιο καλύπτει τις επιφάνειες των ωοθηκών και αποτελείται από ένα στίχο πλατιών κυττάρων. Οι φλοιώδης ουσία βρίσκεται κάτω από το βλαστικό επιθήλιο ύστερα από παρεμβολή του ινώδη χιτώνα. Η μυελώδης ουσία βρίσκεται στο κέντρο των ωοθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και εμβρυϊκά υπολείμματα. Οι πύλες είναι το μέρος των ωοθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα.

1.2. στοιχεία φυσιολογίας των ωοθηκών

Μετά τον υποθάλαμο και την υπόφυση, τρίτος βασικός παράγοντας που παίρνει μέρος στην αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας είναι οι ωοθήκες. Η λειτουργία τους αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση και η δράση τους είναι κυκλική, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια (ωογένεση) και ορμόνες.

Ωογένεση: Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας γίνεται στην εμβρυϊκή ζωή. Στους πρώτους μήνες της οι αρχέγονοι θηλυκοί γαμέτες λέγονται ωογόνια. Αυτά, με συνεχείς μιτωτικές διαιρέσεις, αυξάνονται σε αριθμό. Όταν ένα ωογόνιο εισέρχεται στην πρώτη του μιτωτική διαίρεση λέγεται ωάριο ή ωοκύτταρο. Το ωάριο εμφανίζεται την 8η περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής. Όταν ωριμάζει το ωοθυλάκιο, ο πυρήνας του άωρου ωαρίου, που περικλείεται σ' αυτό, συμπληρώνει τη μιτωτική διαίρεση, που άρχισε στην ενδομήτρια ζωή. Έτσι, σχηματίζονται δύο άνισα θυγατρικά κύτταρα, που περιέχουν απλοειδή, δηλαδή μισό αριθμό χρωματοσωμάτων. Το μεγαλύτερο από αυτά λέγεται ωοκύτταρο δεύτερης τάξης και το μικρότερο πρώτο πολικό σωματίο. Το ωοκύτταρο δεύτερης τάξης ξαναδιαίρεται με δεύτερη μιτωτική διαίρεση και σχηματίζεται ένα μεγαλύτερο ώριμο ωάριο. Το ώριμο ωάριο έχει μέγεθος 150μ. Η συμπλήρωση της δεύτερης διαίρεσης του ωαρίου γίνεται μέσα στη σάλπιγγα στις πρώτες 24 ώρες από την ωοθυλακιορρηξία και όταν αυτό ανταμώσει το σπερματοζωάριο.

Ωοθηκικές ορμόνες: Οι ωοθήκες παράγουν:

- α)** Οιστρογόνες ορμόνες, από το ωοθυλάκιο, που ωριμάζει.
- β)** Προγεστερόνη, που η έκκρισή της αρχίζει λίγο πριν την ωοθυλακιορρηξία από κύτταρα του ωοθυλακίου που ωχρινοποιούνται.
- γ)** Ανδρογόνες ορμόνες, από τη μυελώδη ουσία.
- δ)** Κυβερνίνες, που είναι πεπτιδικές ουσίες, που δρουν πάνω στις ίδιες τις ωοθήκες.
- ε)** Ρελαξίνη, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ωοθηκικός κύκλος: Όσα συμβαίνουν στις ωοθήκες από τη μια εμμηνόρρυσια ως την άλλη, δηλαδή στη διάρκεια ενός γεννητικού κύκλου, αναφέρονται σαν ωοθηκικός κύκλος. Αυτός κρατάει περίπου 28 ημέρες με αποκλίσεις 21-34 ημέρες. Στον ωοθηκικό κύκλο ανήκει η ωρίμανση του άωρου ωοθηλακίου, η ωοθηλακορρηξία και ο σχηματισμός ωχρού σωματίου.

1.3. επιδημιολογία του καρκίνου των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ειδικά στις μεσήλικες γυναίκες. Είναι κατά αναλογική σειρά ο 7ος στο σύνολο των καρκίνων στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο μετά τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, του στομάχου, του σώματος της μήτρας και των πνευμόνων και αποτελεί το 4% των καρκίνων στις γυναίκες.

Το μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου των ωοθηκών αποτελούν οι επιθηλιακοί καρκίνοι, ενώ τα νεοπλάσματα από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα καθώς και του στρώματος και της γεννητικής ταινίας είναι σπάνια.

Παρόλο που η πλειοψηφία των καρκίνων της ωοθήκης είναι ευαίσθητη στις αντικαρκινικές θεραπείες, ο καρκίνος αυτός έχει τη μεγαλύτερη θνητότητα μεταξύ των γυναικολογικών καρκίνων, γεγονός το οποίο αποδίδεται στο ότι η διάγνωση γίνεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Ο καρκίνος των ωοθηκών εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες 45-64 ετών, λευκής φυλής, κατοίκους της Βορειοδυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, όπου οι προτυπωμένοι για την ηλικία δείκτες κυμαίνονται από 8-15 ανά 100.000 σε αντίθεση στον κινέζικο και γιαπωνέζικο πληθυσμό.

Η θνησιμότητα από καρκίνο της ωοθήκης στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά παρουσιάζει μια αυξητική πορεία διαχρονικά με ρυθμό αύξησης περίπου 2% ανά έτος ενώ είναι συχνότερη στις αστικές περιοχές σε σύγκριση με τις αγροτικές. Μέρος της αύξησης αυτής όπως και της αντίστοιχης στις χώρες με χαμηλή επίπτωση του

καρκίνου των ωοθηκών μπορεί να αποδοθεί στη βελτίωση της διαγνωστικής προσπέλασης και ταυτοποίησης και στην ακριβέστερη καταγραφή του.

Στους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο των ωοθηκών περιλαμβάνεται το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και της ωοθήκης, στο οποίο αποδίδεται το 3-4% όλων των νεοπλασιών της ωοθήκης. Η οικογενής συσσώρευση καρκίνου της ωοθήκης σε δύο ή περισσότερους συγγενείς αυξάνει το σχετικό κίνδυνο εμφάνισής του σε γυναίκα της ίδιας οικογένειας 2-10 φορές σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Από σειρά μελετών αναλυτικής επιδημιολογίας αναδεικνύεται από τη συνοχή των αντίστοιχων ευρημάτων ότι η ατεκνία, η πρώιμη εμμηναρχή και η αργοπορημένη εμμηνόπαυση είναι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών. Αντίθετα η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες εναντία στην εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών.

Η πλούσια σε ζωικά λίπη διατροφή παρουσιάζεται επίσης ως παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών. Πιθανές περιβαλλοντικές εκθέσεις σε λοιμώδεις παράγοντες και χημικές καρκινογόνες ουσίες έχουν κατά καιρούς μελετηθεί. Η έκθεση σε ταλκ με προσμίξεις ινών αμιάντου θεωρείται ως ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών.

Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τον καρκίνο των ωοθηκών είναι προηγηθείσα χρήση ακτινοβολίας, γυναίκες με ομάδα αίματος A, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου σε άρρενες και θήλεις της ίδιας οικογένειας. Τελευταία ως επιβαρυντικός παράγοντας για ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών αναφέρεται και η προηγηθείσα απολίνωση των σαλπίνγων για στειροποίηση¹⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

2.1. ιστολογική ταξινόμηση των ωοθηκικών όγκων

Η ταξινόμηση των όγκων της ωοθήκης σε κατηγορίες είναι δύσκολη, γι' αυτό κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες κατατάξεις, πολλές από τις οποίες εξακολουθούν να αναφέρονται στα κλασικά συγγράμματα. Εδώ ακολουθείται η ιστολογική ταξινόμηση των ωοθηκικών όγκων που έχει προταθεί από τη Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (FIGO) από το 1971 και έχει γίνει αποδεκτή από τους περισσότερους συγγραφείς⁶.

1. Μη νεοπλασματικοί όγκοι:
 - 1) Ωοθηλακικές κύστες.
 - 2) Απλή ορώδης κύστη.
 - 3) Ωχρο σωμάτιο της εγκυμοσύνης.
 - 4) Υπερθήκωση (υπερπλασία στρώματος ωοθήκης).
 - 5) Ενδομητρίωση.
 - 6) Υπερπλασία κυττάρων πύλης.
 - 7) Μεσονεφρικά υπολείμματα.
 - 8) Παρωθηκικές κύστες.
2. Κοινοί επιθηλιακοί όγκοι:
 - 1) Ορώδη κυσταδενώματα:
 - i. Καλοήθες ορώδες κυσταδένωμα.
 - ii. Ορώδες κυσταδένωμα με μικρή δυνητική κακοήθεια.
 - iii. Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.
 - 2) Βλενώδη κυσταδενώματα:
 - i. Καλοήθες βλενώδες κυσταδένωμα.
 - ii. Βλενώδες κυσταδένωμα με μικρή δυνητική κακοήθεια.
 - iii. Βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.
 - 3) Ενδομητριοειδείς όγκοι:
 - i. Καλοήθης ενδομητριοειδής κύστη.
 - ii. Ενδομητριοειδής κύστη με μικρή δυνητική κακοήθεια.
 - iii. Ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα.
 - 4) Μεσονεφροειδείς όγκοι:
 - i. Καλοήθης μεσονεφροειδής όγκος.
 - ii. Μεσονεφροειδής όγκος με μικρή δυνητική κακοήθεια.
 - iii. Μεσονεφροειδές κυσταδενοκαρκίνωμα.
 - 5) Όγκος του Brenner.
 - 6) Μεικτοί επιθηλιακοί όγκοι.
 - 7) Αδιαφοροποίητα καρκινώματα.
 - 8) Αταξινόμητοι επιθηλιακοί όγκοι.
3. Όγκοι του στρώματος της γεννητικής ταινίας

- 1) Κοκκιο-στρωματικοί όγκοι:
 - i. Όγκος κυττάρων κοκκιώδους στιβάδας.
 - ii. Όγκοι, που ανήκουν στα θηκώματα και στα ινώματα.
 - 2) Αρρενοβλάστωμα.
 - 3) Γυνανδροβλάστωμα.
 - 4) Αταξινόμητοι όγκοι.
4. Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα
- 1) Δυσγερμίνωμα.
 - 2) Όγκοι λεκιθικού ασκού.
 - 3) Εμβρυϊκό καρκίνωμα.
 - 4) Πολυεμβρύωμα.
 - 5) Χοριοκαρκίνωμα.
 - 6) Τεράτωμα.
 - i. Ανώριμο – συμπαγές.
 - ii. Ώριμο - συμπαγές ή κυστικό.
 - 7) Μεικτού τύπου.
5. Γοναδοβλάστωμα.
6. Μη ειδικοί όγκοι των ωοθηκών από τους μαλακούς ιστούς.
7. Αταξινόμητοι όγκοι
8. Μεταστατικοί όγκοι^{1, 8}.

ΟΡΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΟΜΑ

Είναι ο πιο συχνός κυστικός όγκος της ωοθήκης που εμφανίζεται σε ποσοστό 20-25% συγκριτικά με τους άλλους όγκους της. Αναπτύσσεται κατά την αναπαραγωγική ηλικία και κατά την εμμηνόπαυση. Παρουσιάζει αμφοτερόπλευρη εντόπιση σε ποσοστό περίπου 20%. Η μακροσκοπική του εμφάνιση ποικίλλει άλλοτε είναι μονόχωρος και άλλοτε πολύχωρος κυστικός όγκος. Το μέγεθός του μπορεί να έχει διάμετρο από λίγα εκατοστά του μέτρου μέχρι να καταλαμβάνει όλη την κοιλιά. Το περιεχόμενο του ορώδους κυσταδενώματος είναι διαυγές ορώδες ωχροκίτρινο υγρό και σπανιότερα σοκολατοειδές, εάν έχει υποστεί ο όγκος συστροφή ή έχει αιμορραγήσει. Ιστολογικά πιθανολογείται η προέλευσή του από υπολείμματα του πόρου του Muller. Το τοίχωμα των όγκων αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό και εσωτερικά επενδύεται από κυβοειδή ή κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα. Θηλώδεις σχηματισμοί που ξεκινούν από το τοίχωμά του γεμίζουν ορισμένες

φορές την ή τις κοιλότητες του και χαρακτηρίζεται τότε σαν ορώδες θηλώδες κυσταδένωμα. Αποτιτανώσεις σε μικρές περιοχές δίνουν τη χαρακτηριστική εικόνα ψαμμώδους σωματίου⁸.

Βλεννώδες κυσταδένωμα:

Ο τύπος αυτός των κυσταδενωμάτων λέγεται έτσι γιατί το περιεχόμενό τους είναι βλεννώδες. Τα βλεννώδη κυσταδενώματα καλύπτουν το 10-1% των ωοθηκικών όγκων. Είναι συνήθως μεγάλου μεγέθους και αναπτύσσονται μονόπλευρα (95%). Πολλές φορές ο όγκος χωρίζεται από διαφράγματα και εμφανίζεται πολύχωρος. Στους όγκους αυτούς η κακοήθεια συμβαίνει σε ποσοστό 12 – 15%. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει ρήξη του όγκου και έκχυση του περιεχόμενου μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα με αποτέλεσμα την εγκατάσταση μιας χρόνιας περιτονίτιδας που τελικά μπορεί να οδηγήσει στην καχεξία και στο θάνατο παρόλο που δεν υπάρχει κακοήθης εξαλλαγή. Η παραπάνω παθολογική κατάσταση λέγεται ψευδομύξωμα του περιτοναίου και συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 7% στις περιπτώσεις βλεννώδους κυσταδενώματος. Σήμερα το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί σημαντικά, λόγω πιο έγκαιρης και σωστότερης αντιμετώπισης των ωοθηκικών όγκων^{6, 8, 18}.

Ορώδες θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα:

Το νεόπλασμα αυτό εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών. Μακροσκοπικά είναι δυνατό να έχει λεία επιφάνεια και να θυμίζει το καλόηθες κυσταδένωμα, συνήθως όμως εμφανίζει θηλωματώδεις προσεκβολές, που βγαίνουν έξω από το τοίχωμά του και φαίνονται εμφυτευμένες στο περιτόναιο ή στο έντερο. Το θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα προέρχεται πιθανώς από προϋπάρχουσα καλοήγη κύστη. Η κακοήθης αυτή εξαλλαγή εμφανίζεται όταν παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στο μέγεθος των επιθηλιακών κυττάρων ή όταν η ανάπτυξη των παραπάνω κυττάρων είναι στο σύνολό της ανώμαλη ή τα κύτταρα εμφανίζονται υπερχρωματικά και στους πυρήνες παρουσιάζονται πολλαπλές μιτώσεις. Συνήθως τα θηλώδη κυσταδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν πολύχωρη κυστική μορφή με

συμπαγείς περιοχές. Η ιστολογική τους υφή είναι όμοια με του διηθητικού αδενοκαρκινώματος, που όμως δεν είναι τυπική σε όλες τις θέσεις του όγκου. Επίσης, είναι δυνατό να παρατηρηθούν στην ιστολογική εικόνα του όγκου δομές παρόμοιες με το ενδομητριοειδές ή το μεσонеφροειδές καρκίνωμα.

Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα:

Το βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα μοιάζει πολύ με το καλόηθες κυσταδένωμα. Ο όγκος χαρακτηρίζεται από την κάλυψη της εσωτερικής επιφάνειάς του από κυλινδρικό επιθήλιο που εκκρίνει βλέννα και μακροσκοπικά εμφανίζεται σαν συμπαγής ή κυστικός όγκος με λεία ή ανώμαλη επιφάνεια από εξωφυτικές εκβλαστήσεις. Ιστολογικά ο όγκος εμφανίζει θηλώδεις ή αδενοειδείς σχηματισμούς που διηθούν το υποκείμενο συνδετικό υπόστρωμα και έτσι παίρνει την υφή του αδενοκαρκινώματος. Για να χαρακτηριστεί ένα καρκίνωμα ως βλεννώδες, πρέπει να βρεθούν κύτταρα που περιέχουν βλέννα.

2.2. ενδομητριοειδές καρκίνωμα:

Ο ωοθηκικός καρκίνος, που ιστολογικά χαρακτηρίζεται από ένα αδενοειδές πρότυπο έχει τώρα ταξινομηθεί ως ενδομητριοειδές καρκίνωμα. Μέχρι πριν λίγο καιρό θεωρείτο απαραίτητο να διαπιστωθεί στην ωοθήκη η ύπαρξη καλοήθους ενδομητρίωσης, ώστε να εξηγηθεί μια απευθείας μετάπτωση από την καλοήθεια στην κακοήθεια. Έτσι μόνο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ένα ωοθηκικό καρκίνωμα ως ενδομητριοειδές. Η μακροσκοπική εμφάνιση του ενδομητριοειδούς καρκινώματος είναι παρόμοια μ' εκείνη ενός συμπαγούς και εν μέρει κυστικού όγκου διαμέτρου από 4-20cm, που περιέχει σοκολατόχρωμο παχύρρευστο υγρό. Σε ποσοστό 20% εμφανίζει αμφοτερόπλευρη εντόπιση κι η ιστολογική εικόνα του μοιάζει με το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου, με την παρουσία σωληνωδών καρκινωματωδών βλαστών και με κατά τόπους δημιουργία θηλωδών σχηματισμών.

Μεσονεφροειδές καρκίνωμα:

Ο όρος μεσονέφρωμα προτάθηκε από τον Schiller το 1939 για να περιγράψει ένα κακόηθες νεόπλασμα, που προέρχεται από μεσονεφρικά υπολείμματα στην ωοθήκη. Μακροσκοπικά πρόκειται για όγκο που μπορεί να είναι εν μέρει συμπαγής και εν μέρει κυστικός με διάμετρο από 10-20cm, που εμφανίζεται κυρίως στην 5^η δεκαετία της ζωής. Μικροσκοπικά υπάρχουν δύο τύποι κυττάρων, τα διαυγή κύτταρα και τα ανώμαλα κύτταρα, που είναι εντελώς χαρακτηριστικά στους όγκους του νεφρού. Λόγω της ιστολογικής υφής του το μεσονεφροειδές καρκίνωμα ονομάζεται και καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα.

Όγκος του Brenner:

Πρόκειται κατά κύριο λόγο για στερεό όγκο της ωοθήκης, που αποτελεί το 1,7% των νεοπλασμάτων της ωοθήκης, με αμφοτερόπλευρη ανάπτυξη σε ποσοστό 7-8%. Ανήκει στην κατηγορία εκείνη των όγκων που ξεκινούν από το επιφανειακό επιθήλιο και τον ωοθηκικό στρωματικό ιστό. Επειδή αποτελείται κατά μεγάλο μέρος από στρωματικά στοιχεία, έχει τάση να έχει στερεή σύσταση, ενώ μπορεί αρκετά συχνά να πάθει κυστική εκφύλιση και να εμφανιστεί με μορφή κύστης. Εμφανίζεται αργά στην αναπαραγωγική ηλικία και είναι πολύ σπάνιος πριν από την ηλικία των 50 ετών. Παρ' όλο που ο όγκος αυτός έχει τη δυνατότητα να παράγει ορμόνες, σπάνια είναι ορμονικά δραστικός. Σε μικρό ποσοστό έχει αποδειχθεί ότι παράγει οιστρογόνα, ώστε να προκαλεί μια υπερπλασία του ενδομητρίου σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Μακροσκοπικά εμφανίζεται σε διάφορα μεγέθη και περιβάλλεται από στερεή κάψα και έτσι μοιάζει πολύ με τα ινώματα. Μικροσκοπικά η τυπική εικόνα ενός όγκου Brenner είναι αυτή ενός αρχικά ινώδους όγκου με νησίδες φολιδωτών επιθηλιακών κυττάρων, που προβάλλουν στο βάθος του ινώδους ιστού.

2.3. κοκκιοκυτταρικοί όγκοι:

Πρόκειται για συμπαγή νεοπλάσματα σαφώς περιγεγραμμένα με διάμετρο από λίγα χιλιοστά έως αρκετά εκατοστά. Αναπτύσσονται συνήθως

από τη μια ωοθήκη σε ποσοστό 90% από τις περιπτώσεις. Τα νεοπλάσματα μικρού μεγέθους είναι συνήθως συμπαγή, ενώ τα μεγαλύτερα εμφανίζουν πολυάριθμους κυστικούς χώρους που περιέχουν υγρό. Έχει προταθεί η διάκριση των κοκκοκυτταρικών όγκων σε τέσσερις τύπους. Αυτοί είναι σύμφωνα με τη σειρά της συχνότητάς τους ο θυλακιώδης, ο δοκιδώδης, ο μικτός τύπος και ο σαρκωματώδης. Η κακοήθης εξαλλαγή των όγκων φθάνει σε ποσοστό 5-10%¹⁹.

ΘΗΚΩΜΑ

Αποτελεί το 0,5-0,7% των όγκων της ωοθήκης. Αποτελείται από κύτταρα του στρώματος, που μοιάζουν με τα κύτταρα της έσω θήκης του ωοθηλακίου. Η σύσταση του όγκου είναι σκληρή και το χρώμα του λευκωπό με πορτοκαλόχρωμες περιοχές. Η διαφορική διάγνωση από τα ινώματα, με τα οποία μοιάζουν, γίνεται με την ανεύρεση των λιποειδικών ουσιών στα κύτταρα του θηκώματος και από τον υπεροιστρογονισμό που τα συνοδεύει. Πρόκειται για ετερόπλευρο όγκο που απαντά σε διαφορετικό μέγεθος, είναι καλά περιγεγραμμένος, ενώ σπάνια παρατηρείται κακοήθης εξαλλαγή. Ο αληθινός κοκκιο-θηκωματώδης όγκος της ωοθήκης περιλαμβάνει ένα μεσεγχυματικό ή θηκωματώδη παράγοντα. Αυτός αποτελεί το λειτουργικά δυναμικό στοιχείο στη φυσιολογική γονάδα, αλλά είναι απαραίτητος ένας τοπικός ή γενικός διεγέρτης για την ενεργοποίησή του. Φαίνεται πιθανό, ότι η αύξηση των κοκκιωδών κυττάρων του όγκου μπορεί να είναι ο παράγοντας που διεγείρει τη θήκη για την παραγωγή ορμονών¹³.

Ίνωμα

Τα ινώματα της ωοθήκης είναι καλοήθεις συμπαγείς ωοθηκικοί όγκοι, που προέρχονται από το μη λειτουργικό ωοθηκικό στρώμα. Είναι ετερόπλευροι και σε αναλογία 10% αμφοτερόπλευροι. Εμφανίζονται σε γυναίκες της περιεμμηνόπαυσιακής ηλικίας, με μέση ηλικία τα 45 περίπου χρόνια, αλλά και σε νεότερες γυναίκες. Η συνύπαρξη καλοήθους ινώματος της ωοθήκης με ασκίτη και υδροθώρακα αναφέρεται ως σύνδρομο Meigs^{9, 19}.

Ανδροβλάστημα ή Αρενοβλάστωμα

Το ανδροβλάστωμα είναι πολύ σπάνιος όγκος, που εμφανίζεται σε αναλογία μικρότερη από 1% στο σύνολο των πρωτοπαθών ωοθηκικών όγκων. Αναπτύσσεται σε νέες γυναίκες μεταξύ των 20 και 30 χρόνων και εκκρίνει τεστοστερόνη σε ποσότητες επαρκείς για να επιφέρουν αρρενοποιητικές αλλαγές, όπως αμηνόρροια, ανδρικού τύπου υπερτρίχωση, παλινδρόμηση της ανάπτυξης των μαστών και μεγέθυνση της κλειτορίδας. Το ανδροβλάστωμα είναι μικρός συμπαγής όγκος, που αποτελείται από κύτταρα Sertoli και ενίοτε από ένα μίγμα κυττάρων Sertoli και Leydig και μπορεί να περιέχει σχηματισμούς όμοιους με ατελή ορχικά σωληνάρια^{9, 17}.

Δυσγερμίνωμα-Δισγωνίωμα

Το δυσγερμίνωμα είναι σπάνιος κακοήθης όγκος των ωοθηκών, αλλά και ο συχνότερος μεταξύ των όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει το 40% όλων των καρκίνων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Είναι αμφοτερόπλευρο στο 15-30% των περιπτώσεων και παρατηρείται στο 75% των περιπτώσεων σε νέες γυναίκες, κάτω από τα 30, αλλά και σε παιδιά, ενώ είναι σπάνιο μετά τα 35. Στο 75% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται όταν είναι στο στάδιο I. Ενίοτε αναπτύσσεται σε συνδυασμό με γοναδοβλαστώματα ή με αμφίφυλα γεννητικά όργανα με γοναδική δυσγενεσία. Μακροσκοπικά εμφανίζεται ως συμπαγής όγκος ποικίλου μεγέθους και ωοειδούς σχήματος με σύσταση ελαστική και χρώμα φαιό. Μικροσκοπικά αποτελείται από ομάδες μεγάλων επιθυλιόμορφων βαθυχρωματικών κυττάρων που διαχωρίζονται μεταξύ τους σε δεσμίδες με λεπτά ινώδη διαφράγματα, όπως και τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Το δυσγερμίνωμα είναι κακοήθης ιδίως στα παιδιά^{9, 16}.

Όγκοι λεκιθικού ασκού

Οι όγκοι του λεκιθικού ασκού είναι εξαιρετικά κακοήθεις όγκοι, ου αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά σε νέες γυναίκες με μέση ηλικία κατά τη διάγνωση τα 20 χρόνια. Έρχονται δεύτεροι στη συχνότητα μεταξύ των όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Αυξάνουν ταχύτατα, επεκτείνονται συνήθως με ενδοπεριτοναϊκή διασπορά και εμφανίζουν μια τάση αυτόματης

ρήξης, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη αιμοπεριτοναίου. Ιστολογικά, συχνά αποτελούν μέρος των μικτών μορφών καρκινώματος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και εμφανίζουν μικτή κυστική και συμπαγή σύσταση με εκτεταμένη αιμορραγική νέκρωση.

Εμβρυϊκό καρκίνωμα

Το εμβρυϊκό καρκίνωμα είναι υψηλής κακοήθειας ωοθηκικός όγκος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, που αναπτύσσεται σχεδόν πάντα ως μέρος των μικτών μορφών. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι τα 15 χρόνια. Οι άρρωστες με εμβρυϊκό καρκίνωμα συχνά εμφανίζονται με αμφίφυλη πρόωμη ήβη ή άλλες ορμονικές διαταραχές. Μικροσκοπικά, οι όγκοι αυτοί αποτελούνται από εμβρυϊκά στοιχεία με επιθηλιακή εμφάνιση. Εκκρίνουν hCG ή AFP ή και τα δύο. Είναι ακτινοάντοχος και απαντά ελλιπώς στα χημειοθεραπευτικά.

Ωοθηκικό οριοκαρκίνωμα

Το αμιγές ωοθηκικό χοριοκαρκίνωμα είναι εξαιρετικά σπάνιο και αναπτύσσεται μόνο στην προεφηβική ηλικία. Συνήθως, ο τροφοβλαστικός ιστός αποτελεί μέρος των μικτών όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Συχνά συνδυάζεται με αμφίφυλη πρόωρη εφηβεία και σε αντιδιαστολή προς το χοριοκαρκίνωμα της εγκυμοσύνης, δίνει φτωχή απάντηση στη χημειοθεραπεία. Έχει την τάση αιματογενούς διασποράς σε απομακρυσμένα παρεγχυματώδη όργανα και εμφανίζει γενικά φτωχή πρόγνωση. Ο όγκος εκκρίνει hCG, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νεοπλασματικός δείκτης απάντησης στη χημειοθεραπεία.

2.4. τερατώματα:

Τα τερατώματα έλκουν την προέλευσή τους από ένα απλό αρχέγονο γεννητικό κύτταρο και αποτελούνται από ένα σύμφυρμα ιστών, οι οποίοι ανήκουν και στα τρία βλαστικά δέρματα (ενδόδερμα, μεσόδερμα και εξώδερμα). Οι όγκοι αυτού αποτελούνται από ώριμα και ανώριμα στοιχεία και η κακοήθης δυναμική τους εξαρτάται από την αναλογία των ανώριμων στοιχείων.

- (1) Τα ανώριμα τερατώματα είναι σπάνιοι, υψηλής κακοήθειας όγκοι, που αναπτύσσονται σε πολύ νεότερες γυναίκες, σε σχέση

με τη δερμοειδή κύστη, και συχνά κατά την παιδική ηλικία. Αυξάνουν με ταχύ ρυθμό για να σχηματίσουν μια μεγάλη συμπαγή μάζα διαμέτρου 18-20 εκατοστών με πολλούς κυστικούς χώρους. Αντιπροσωπεύουν το 20% των κακοήθων όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και έρχονται τρίτα στη σειρά μεταξύ των όγκων αυτών. Το συνηθέστερο κακοήθες στοιχείο τους είναι ο νευρικός ιστός, αλλά μπορεί να βρεθεί και μεσέγχυμα, χόνδρος και μη νευρικά επιθήλια, όπως αναπνευστικό και εντερικό επιθήλιο. Τα ώριμα τερατώματα δεν εκκρίνουν AFP ή hCG. Μεταστάσεις τους παρατηρούνται στην ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα και στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες.

- (2) Στα ώριμα συμπαγή τερατώματα ο ένας τύπος ιστού μπορεί να αναπτυχθεί περισσότερο και να επισκιάσει τους άλλους. Εμφανίζονται π. χ. σπάνια μονοδερμικά τερατώματα, που αποτελούνται ολοσχερώς από θυρεοειδή ιστό (struma ovarii) ή αποτελούν καρκινοειδείς όγκους. Το struma ovarii είναι ένας καλοήθης όγκος, που μπορεί να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή και να προκαλέσει, αν είναι βιολογικά ενεργός, μια κατάσταση υπερθυρεοειδισμού. Στα ώριμα κυστικά τερατώματα κακοήθης εξαλλαγή επέρχεται σε αναλογία περίπου 1%, κυρίως σε γυναίκες με ηλικία μεγαλύτερη των 40 χρόνων. Τα καλοήθη τερατώματα με κακοήθη στοιχεία έχουν διάμετρο συνήθως μεγαλύτερη των 10εκ. Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος είναι το καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα και το καρκινοειδές.

Γοναδοβλάστωμα

Εμφανίζεται ως αμιγές γοναδοβλάστωμα ή ως μικτό με δυσγερμίνωμα ή άλλες μορφές όγκου από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Τα γοναδοβλαστώματα σχεδόν αποκλειστικά σε άρρωστες με δυσγενετικές ωοθήκες και από αυτά το 25% επέρχονται σε φαινοτυπικά αρσενικά άτομα. Μικροσκοπικά, αποτελούνται από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και κύτταρα του στρώματος της γεννητικής ταινίας.

Μεταστατικοί όγκοι (δευτερογενείς)

Από τα κακοήθη νεοπλάσματα της ωοθήκης, 80% είναι πρωτοπαθείς όγκοι των ωοθηκών και μόλις 20% μεταστατικοί. Ως προς τους μεταστατικούς όγκους, αναφέρεται ότι σχεδόν όλοι οι τύποι των καρκίνων μπορούν να εμφανίσουν μεταστάσεις στην ωοθήκη. Οι περισσότεροι κοινοί τύποι προέρχονται από το γαστρεντερικό σύστημα, τους μαστούς και τα ενδοπυελικά όργανα, ενώ λιγότερο συχνές πηγές μεταστάσεων αποτελούν το καρκινοειδές του εντέρου, το λέμφωμα και το μελάνωμα. Από τους τελευταίους όγκους, ενδιαφέρον παρουσιάζει το καρκινοειδές του εντέρου επειδή διακρίνεται δύσκολα από το καρκινοειδές της ωοθήκης που προέρχεται από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Ένας από τους συχνότερους μεταστατικούς όγκους των ωοθηκών είναι ο «όγκος του Krukenberg», που αναπτύσσεται σε άρρωστες με πρωτοπαθές καρκίνωμα του στομάχου. Μακροσκοπικά, οι όγκοι του Krukenberg είναι συμπαγείς και έχουν την τάση να διατηρούν το αρχικό περίγραμμα της ωοθήκης, έτσι που το σχήμα τους γίνεται ωοειδές ή νεφροειδές. Οι όγκοι είναι αμφοτερόπλευροι στο 50% των περιπτώσεων. Μικροσκοπικά, ο όγκος αποτελεί ένα διηθητικό βλεννώδες καρκίνωμα με φωλιές επιθηλιακών κυττάρων, που είναι διάσπαρτα κατανεμημένα σε ένα κυτταρικό μη νεοπλασματικό, ινώδες ή μυξωματώδες στρώμα. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται έντονη στρωματική υπερπλασία, που θυμίζει το σάρκωμα, ενώ άλλοτε επέρχεται ωχρινοποίηση του στρώματος όπως στα θηκώματα και προκαλείται ανώμαλη αιμορραγία στη μήτρα².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

3.1. σταδιοποίηση καρκίνου των ωοθηκών

Η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται, σε αντίθεση με τους άλλους γυναικολογικούς καρκίνους, στη διάρκεια της εγχειρητικής διερεύνησης. Για τη σταδιοποίηση χρησιμοποιείται η σχετική κατάταξη της FIGO και της UICC.

Στάδιο I – Ο όγκος περιορίζεται στις ωοθήκες.

Στάδιο Ia – Ο όγκος περιορίζεται στη μία ωοθήκη, χωρίς ασκίτη, χωρίς όγκο στην εξωτερική επιφάνεια της ωοθήκης, με κάψα ακέραιη.

Στάδιο Ib – Ο όγκος περιορίζεται στις δύο ωοθήκες, χωρίς ασκίτη, χωρίς όγκο στην εξωτερική επιφάνεια των ωοθηκών, με κάψα ακέραιη.

Στάδιο Iγ – Όγκος σταδίου Ia ή Ib, αλλά με όγκο στην επιφάνεια της μιας ή και των δυο ωοθηκών ή με κάψα ερρηγμένη ή με ασκίτη, που περιέχει καρκινικά κύτταρα, ή με θετικό περιτοναϊκό έκπλυμα.

Στάδιο II – Όγκος στη μια ή και στις δυο ωοθήκες με πυελική επέκταση.

Στάδιο IIa – Επέκταση στη μήτρα και / ή στις σάλπιγγες αλλά χωρίς προσβολή του σπλαχνικού περιτοναίου και χωρίς ασκίτη.

Στάδιο IIβ – Επέκταση σε άλλους πυελικούς ιστούς και / ή με προσβολή του σπλαχνικού περιτοναίου, χωρίς ασκίτη.

Στάδιο IIγ – Όγκος σταδίου IIa ή IIβ, αλλά και με ασκίτη, που περιέχει καρκινικά κύτταρα, ή με θετικά περιτοναϊκά εκπλύματα.

Στάδιο III – Όγκος στη μια ή και στις δύο ωοθήκες με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και εκτός της πυέλου ή μεταστάσεις στην επιφάνεια του ήπατος και / ή θετικούς λεμφαδένες (οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς), με ή χωρίς ασκίτη, ή όγκος περιορισμένος στη μικρή πύελο, αλλά με ιστολογικά επιβεβαιωμένες επεκτάσεις στο λεπτό έντερο, στο μεσεντέριο και στο επίπλυον.

Στάδιο IIIα – Όγκος μακροσκοπικά περιορισμένος στη μικρή πύελο, αλλά με ιστολογικά επιβεβαιωμένες μικροσκοπικές εμφυτεύσεις στις ενδοκοιλιακές περιτοναϊκές επιφάνειες – λεμφαδένες αρνητικοί.

Στάδιο IIIβ – Όγκος στη μια ή στις δύο ωοθήκες με ιστολογικά επιβεβαιωμένες εμφυτεύσεις διαμέτρου <2εκ. στις ενδοκοιλιακές περιτοναϊκές επιφάνειες – λεμφαδένες αρνητικοί.

Στάδιο IIIγ – Ενδοκοιλιακές εμφυτεύσεις >2εκ. και / ή θετικοί οπισθοπεριτοναϊκοί ή βουβωνικοί λεμφαδένες.

Στάδιο IV – Όγκος ωοθηκών με απομακρυσμένες μεταστάσεις (όπως παρεγχυματικές ηπατικές) και μεταστάσεις έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα (συλλογή πλευριτική με θετική κυτταρολογική εξέταση) – δεν είναι δυνατός ο εντοπισμός του αρχικού όγκου.

3.2. αιτιοπαθογένεια

Περίπου το 90% των ωοθηκικών καρκίνων προέρχονται από την κακοήθη εξαλλαγή των κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου των ωοθηκών, που συχνά αναφέρεται και ως τροποποιημένο περιτοναϊκό μεσοθήλιο (γεννητικό επιθήλιο). Τα κύτταρα του επιθηλίου αυτού, άλλοτε πλατιά ή κυβοειδή και άλλοτε κυλινδρικά, παίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσιολογία της αναπαραγωγής και έχουν άμεση σχέση με τις ορμόνες και τους αυξητικούς παράγοντες. Εν προκειμένω, πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι στην αιτιολογία και στην ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών παρεμβάλλονται οι στεροειδείς και οι πεπτιδικές ορμόνες, καθώς και οι αυξητικοί παράγοντες και οι κυτοκινάσες, ενώ οι μεταλλάξεις που υφίστανται τα ογκογονίδια και τα ογκοκατασταλτικά γονίδια μπορούν να οδηγήσουν σε άμμετρη μίτωση και πολλαπλασιασμό των κυττάρων, και κατ' επέκταση στην καρκινογένεση.

Οι στερωειδείς ορμόνες (οιστρογόνα, ανδρογόνα, προγεσταγόνα και κορτικοστεροειδη)

συνδέονται με ειδικούς ενδοκυττάριους υποδοχείς και διεγείρουν τη μιτωτική δραστηριότητα των νεοπλασματικών κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου της ωοθήκης και κατά συνέπεια προάγουν την καρκινογένεση.

Οι πεπτιδικές ορμόνες (FSH, LH, HCG, TSH)

ασκούν πιθανώς άμεση επίδραση στα κακοήθη κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου της ωοθήκης, συνδεόμενες με κατάλληλους υποδοχείς. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι η συχνότητα του ωοθηκικού καρκίνου αυξάνει κατά τη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο, κατά την οποία επέρχεται σημαντική αύξηση των γοναδοτρόπων ορμονών, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται ελάττωση των ωοθηκικών στεροειδών. Οι γοναδοτρόπες όμως ορμόνες ασκούν και έμμεση επίδραση στα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου, προκαλώντας έμμεσα την νεοπλασματική εξαλλαγή ή την πρόοδο του καρκίνου, εφόσον παρακινούν την παραγωγή μιστωσιγενετικών στεροειδών ορμονών και αυξητικών παραγόντων από τα ωοθηκικά κύτταρα.

Οι αυξητικοί παράγοντες

μοιάζουν με τις πεπτιδικές ορμόνες ως προς την ικανότητα σύνδεσής τους με ειδικούς διαμεμβρανικούς υποδοχείς. Η σχέση τους προς την εξέλιξη και την αιτιοπαθόγεια του καρκίνου είναι εξαιρετικά σημαντική. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται οι τροποποιητικοί αυξητικοί παράγοντες TGF- α και TGF- β και ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας EGF.

Οι κυτοκινάσεις

παίζουν πιθανώς σημαντικό ρόλο στην παθογένεια του ωοθηκικού καρκίνου, δεδομένου ότι επιτείνουν τον πολλαπλασιασμό ορισμένων σειρών καρκινικών κυττάρων. Ορισμένες από τις κυτοκινάσεις παράγονται από τα ίδια τα ωοθηκικά κύτταρα.

Οι μεταλλάξεις επίσης των ογκογονιδίων και των ογκοσταλτικών γονιδίων

παρεμβαίνουν στην καρκινογένεση με αντιγραφή παθολογικών πρωτεϊνών. Η «ακατάπαυστη» ωοθυλακιορρηξία προκαλεί επαναλαμβανόμενα μικροτραύματα στην επιφάνεια της ωοθήκης, που επουλώνονται με ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου. Αυτό έχει ως συνέπεια την επαναλαμβανόμενη και ακατάπαυστη μιτωτική δραστηριότητα στα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου, που αυξάνει την πιθανότητα μεταλλάξεων. Τα πρωτο-ογκογονίδια κωδικοποιούν στο κύτταρο πρωτεΐνες που αποτελούν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες μέρος των αυξητικών διεργασιών, αυξάνοντας την κυτταρική μιτωτική δραστηριότητα. Σε περίπτωση όμως μεταλλάξεων, τα πρωτο-ογκογονίδια αντιγράφουν παθολογικές πρωτεΐνες και με τον τρόπο αυτό παρεμβάλλονται στη διεργασία της καρκινογένεσης. Τα κατασταλτικά του όγκου γονίδια, δρώντας ως αντι-ογκογόνα, κωδικοποιούν πρωτεΐνες που αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η αδρανοποίησή τους μέσω μεταλλάξεων είναι αναγκαία για να προκληθεί κακοήθης εξαλλαγή³.

3.3. συμπτωματολογία του καρκίνου των ωοθηκών

Συμπτώματα: Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι νόσος με αθόρυβη έναρξη και είναι ασύνηθες να παρουσιάσει σαφή συμπτώματα κατά τα εναρκτήρια στάδια. Αυτό οφείλεται στο ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται σε ένα χώρο μεγάλων διαστάσεων (την πύελο) και η αυξανόμενη μάζα συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα^{4, 7}.

Τα συμπτώματα είναι τόσο ασαφή, ώστε δεν αξιολογούνται σωστά από την άρρωστη και πολλές φορές ούτε και από το θεράποντα γιατρό. Συχνά αναφέρονται βραχείας διάρκειας ασαφή κοιλιακά ενοχλήματα και ήπιες πεπτικές διαταραχές (όπως «φουσκώματα», δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, ανορεξία ή ναυτία), συχνουρία και απροσδιόριστοι κοιλιακοί πόνοι, που στο σύνολό τους καταπονούν την άρρωστη πολλούς μήνες πριν τη διάγνωση. Τα συμπτώματα αυτά, που οφείλονται κυρίως στη βαθμιαία αύξηση του όγκου

και στη διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά κανόνα αποδίδονται σε κάποιο αίτιο από το γαστρεντερικό σύστημα.

Συνηθισμένα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι ένα αίσθημα πίεσης και τάσης των κοιλιακών τοιχωμάτων και πιο σπάνια αν ο όγκος πάρει μεγάλες διαστάσεις, εμφανίζεται στάση στην κυκλοφορία, οίδημα στα κάτω άκρα και κίρσοειδείς ανευρύνσεις από πίεση στα λεμφοφόρα και αιμοφόρα αγγεία. Εάν πρόκειται για όγκο με ενδοκρινική λειτουργία, εμφανίζονται διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, όπως δευτεροπαθής αμηνόρροια και ενδεχομένως διαταραχές στους δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου⁸.

Πόνος υπάρχει όταν με την ανάπτυξη των κακοήθων νεοπλασιών προκληθεί πίεση στα γειτονικά όργανα ή αναπτύξουν συμφύσεις με αυτά ή συστραφεί ο μίσχος των ωοθηκών ή σπάσει η κάψα τους. Ο πόνος γίνεται μεγαλύτερος όταν η διήθηση, που θα προκαλέσουν, πιέζει νεύρα.

Στη μεταστατική ενδοκοιλιακή νόσο τα παραπάνω συμπτώματα επιδεινώνονται, ενώ σπανιότερα παρατηρείται και ανώμαλη αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, από την επίδραση των οιστρογόνων που παράγονται από το στρώμα των ωοθηκών.

Στα προχωρημένα στάδια, η νόσος μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του κόλου ή του λεπτού εντέρου, μεγάλη απώλεια βάρους και καχεξία, πλευριτικό εξίδρωμα και αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ μπορούν να εμφανιστούν και διηθημένοι υπερκλείδιοι ή βουβωνικοί λεμφαδένες.

3.4. αντικειμενικά ευρήματα στον καρκίνο ωοθηκών

Τα αποτελέσματα της αφίχειρης γυναικολογικής εξέτασης συνήθως δεν είναι αποκαλυπτικά, ενώ τα κλασικά ευρήματα της κοιλιακής διάτασης, που οφείλεται στην παρουσία μιας πυελικής μάζας, παρατηρούνται σε προχωρημένα στάδια.

Στα αρχικά στάδια ο κατώτερος γεννητικός σωλήνας είναι συνήθως φυσιολογικός, ενώ αργότερα βρίσκεται μια εξαρτηματική μάζα με ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κακοήθειας, όπως είναι η αμφίπλευρη εντόπιση, η

καθήλωση, το ανώμαλο περίγραμμα και η σκληρή σύσταση. Επίσης, μπορούν να ψηλαφηθούν οξώδεις μάζες στο δουγλάσειο ή στα παραμήτρια.

Στα προχωρημένα στάδια, ο ασκίτης είναι πολύ συχνό συνοδό αντικειμενικό εύρημα του καρκίνου των ωοθηκών. Η μεγάλη κοιλιακή ή πυελική μάζα χωρίς συνοδό ασκίτη δεν θεωρείται ύποπτη για κακοήθεια των ωοθηκών, αλλά συνήθως αντιπροσωπεύει πρωτοπαθή γαστρεντερικό όγκο ή καλοήγη όγκο των ωοθηκών. Σε μερικές περιπτώσεις, το κυρίαρχο σύμπτωμα της κακοήθειας είναι η θρομβοφλεβίτιδα. Στα προχωρημένα στάδια, επίσης, η άρρωστη εμφανίζεται καχεκτική και με προσωπείο χρόνιας νόσου. Επίσης, μπορούν να ψηλαφηθούν μεταστάσεις στο επίπλου, με τη μορφή των οξωδών μαζών, ή μεταστάσεις στους υπερκλειδίους ή βουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ συχνά εμφανίζεται οίδημα στα κάτω άκρα⁹.

3.5. μετάσταση του καρκίνου των ωοθηκών^{1, 3, 9, 11}

Η γνώση των κατευθύνσεων ή του τρόπου διασποράς ή επέκτασης των ωοθηκικών καρκίνων αποτελεί ουσιαστική προϋπόθεση για να είναι δυνατή η αναγνώριση της πραγματικής σε κάθε περίπτωση έκτασης της νόσου. Η διασπορά αυτή γίνεται με:

1] **Άμεση επέκταση («κατά συνέχεια ιστού»)**. Η πρώτη διασπορά γίνεται μέσω της κάψας της ωοθήκης απευθείας στους γειτονικούς ιστούς, δηλαδή στο περιτόναιο, μήτρα, σάλπιγγες, ουροδόχο κύστη, εντερικές έλικες, πυελικά τοιχώματα, δουγλάσειο και επιπλούν.

2] **Ενδοκοιλιακή διαπεριτοναϊκή διασπορά**. Είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς και ακολουθεί τη ροή του ενδοπεριτοναϊκού υγρού. Τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται με το ορώδες ενδοπεριτοναϊκό υγρό, ιδίως μετά τη ρήξη της κάψας των όγκων κατά μήκος των παρακολικών αυλάκων, όπου και εμφυτεύονται, και από εκεί στον υποδιαφραγματικό χώρο και στην κάψα του ήπατος. Οι κοινοί όμως επιθηλιακοί καρκίνοι των ωοθηκών επεκτείνονται όχι μόνο διαπεριτοναϊκών, αλλά και κατά μήκος της επιφάνειας των οργάνων, χωρίς να διεισδύουν συνήθως στα όργανα. Με τον τρόπο αυτό

μπορούν να προσβάλλουν ιστούς στην άνω κοιλία μέχρι και την κάτω επιφάνεια του δεξιού ημιδιαφράγματος.

3] Λεμφική διασπορά. Η ωοθηκική λεμφική παροχέτευση και συνεπώς η διασπορά των καρκινικών κυττάρων γίνεται κυρίως προς τους παρααορτικούς λεμφαδένες, δια των λεμφαγγείων που πορεύονται παράλληλα προς τα ωοθηκικά αγγεία. Τα καρκινικά κύτταρα φέρονται επίσης με τα λεμφαγγεία που πορεύονται κατά μήκος των πλατέων συνδέσμων προς τα πυελικά λεμφογάγγλια (έσω και έξω λαγόνια) ή ακόμη και προς τις βουβωνικές ομάδες, με τα λεμφαγγεία των στρογγυλών συνδέσμων. Τα κύτταρα επίσης που εμφυτεύονται στο περιτόναιο παροχετεύονται με τα λεμφικά αγγεία της κάτω επιφάνειας του διαφράγματος προς τους αδένες του μεσοθωρακίου, και από εκεί στους υπερκλειδίους λεμφαδένες, ή προς τους υπεζωκοτικούς λεμφαδένες και από εκεί στον υπεζωκότα.

4] Αιματογενής διασπορά. Ο τρόπος αυτός διασποράς γίνεται στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου προς το ήπαρ, τα οστά, τους πνεύμονες και το ΚΝΣ. Η αιματογενής διασπορά αποτελεί βαρύ προγνωστικό σημείο.

Κατά σειρά συχνότητας, ο καρκίνος των ωοθηκών κάνει μεταστάσεις στο περιτόναιο (90%), στο επίπλου (70%), στην άλλη ωοθήκη (70%), στο ήπαρ (34%), στους πνεύμονες (27%), στη μήτρα (20%), στα οστά (14%), στον κόλπο (13%) και σε μικρή συχνότητα στο σπλήνα, τους νεφρούς και τον εγκέφαλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών

4.1. κλινική διάγνωση:

Η πρώιμη κλινική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι αποτέλεσμα τύχης και όχι εφαρμογής οποιασδήποτε επιστημονικής μεθοδολογίας,, επειδή ακριβώς ο καρκίνος είναι από την άποψη της κλινικής εικόνας «ύπουλος» και «σιωπηλός». Δεν είναι επομένως ασύνηθες γεγονός, ότι η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται στα προχωρημένα στάδια. Η κλινική διερεύνηση πρέπει να κατευθύνεται στις περιπτώσεις αυτές σε όλες τις περιοχές του σώματος, στις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί μεταστατική ή πρωτοπαθής νόσος. Έτσι πρέπει να εξετάζονται:

- 1) η γενική εμφάνιση της άρρωστης, από την άποψη της λειτουργικής κατάστασης και της κατάστασης θρέψης.
- 2) Οι υπερκλειδίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες για ενδείξεις διήθησης.
- 3) Η πύελος, με αμφίχειρη γυναικολογική ψηλάφηση για την αναζήτηση ωοθηκικών μαζών, κινητών ή καθηλωμένων.
- 4) Η κοιλία, για την καταγραφή διάτασης, ευαισθησίας, μαζών, ανώμαλων εντερικών ήχων και ασκίτη.
- 5) Τα κάτω άκρα, για ενδείξεις οιδήματος ή θρομβοφλεβίτιδας.
- 6) Οι πνεύμονες, για ταχύπνοια ή αμβλύτητα κατά την επίκρουση που είναι ενδεικτική συμπίεσης από πλευριτικό εξίδρωμα και
- 7) Οι μαστοί για την αναζήτηση μαζών (πιθανή ωοθηκική μεταστατική νόσος).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ψηλάφηση της ωοθήκης στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα δεν αποτελεί αναμενόμενο φυσιολογικό εύρημα

και επιβάλλει την άμεση διερεύνηση. Η οριστική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών βασίζεται στα ευρήματα της εγχειρητικής διερεύνησης.

4.2. διαγνωστική έρευνα, εργαστηριακή και παρακλινική

Η εργαστηριακή και παρακλινική συνεπώς διερεύνηση είναι απαραίτητη κυρίως για τη διάγνωση, αλλά και για τον ακριβή προσδιορισμό του είδους της εγχειρητικής αγωγής. Η έρευνα αυτή γίνεται με την εφαρμογή των παρακάτω διαγνωστικών τεχνικών:

- 1) Κυτταρολογική εξέταση ασκίτικού υγρού (παρακέντηση κοιλιάς ή δουγλασείου): Η μέθοδος έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην παρακολούθηση των αρρώστων, οι οποίες θεραπεύονται για καρκίνο των ωοθηκών και οι οποίες δεν εμφανίζουν κλινική ένδειξη νόσου. Ατυχώς η μέθοδος δίνει συχνά ψευδώς αρνητικά ευρήματα και μπορεί να οδηγήσει στη μετεμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά μήκος της διαδρομής της βελόνας, με την οποία γίνεται η παρακέντηση.
- 2) Διαγνωστική απόξεση της μήτρας και ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων, όταν συνυπάρχει μητρορραγία από μετάσταση ή πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου.
- 3) Υστεροσκόπηση ή και ορθοσκόπηση. Είναι χρήσιμες εξετάσεις για τον πληρέστερο έλεγχο περιοχών, που θεωρήθηκαν ύποπτες από την ακτινολογική εξέταση.
- 4) Ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και οστών για την αναζήτηση υγρού και μεταστάσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα ή στα οστά, καθώς και μαστογραφία για την αναζήτηση μεταστατικής εστίας στους μαστούς από πρωτοπαθή καρκίνο των ωοθηκών, ή αντίστροφα, πιθανής πρωτοπαθούς εστίας στους μαστούς σε περίπτωση ωοθηκικής μεταστατικής νόσου.
- 5) Ενδοφλέβια πνευμογραφία και διάβαση του εντέρου. Οι εξετάσεις αυτές είναι αναγκαίες για να

προσδιοριστεί η έκταση της προγραμματιζόμενης κυτταρομειωτικής εγχείρησης. Η ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί μεταξύ άλλων να καταδείξει την παρουσία έκπτοπου νεφρού ή διπλού ουρητήρα.

- 6) Σπινθηρογράφημα ήπατος και οστών. Σπανίως ενδείκνυται στην αρχική έρευνα αρρώστων με ύποπτες περιοχές ωοθηκικού καρκίνου, επειδή η νόσος δεν προσβάλλει το ήπαρ και τα οστά στα αρχικά στάδια.
- 7) Τεχνικές απεικόνισης της πυέλου. Οι απεικονιστικές τεχνικές, που περιλαμβάνουν την υπερηχογραφία, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία, έχουν καταδειχθεί χρήσιμες στην προεγχειρητική εκτίμηση των αρρώστων με ωοθηκικούς καρκίνους. Πολύ αξιόλογη μέθοδος υπερηχογραφικού ελέγχου θεωρείται τελευταία το έγχρωμο διακολπικό Doppler, που επέχει θέση αγγειογραφίας των ωοθηκών. Όλες όμως οι τεχνικές αυτές δε βοηθούν σημαντικά στην κατάδειξη προσβολής του εντέρου ή μικρών μεταστάσεων στο περιτόναιο, στο επίπλου και στους λεμφαδένες. Ειδικότερα, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία είναι αξιόπιστες στην εντόπιση ενδοπεριτοναϊκής και οπισθοπεριτοναϊκής νόσου, αλλά έχουν το βασικό μειονέκτημα ότι δε μπορούν να εντοπίσουν λεπτές πλάκες όγκου στις περιτοναϊκές επιφάνειες και στο διάφραγμα και γενικά εστίες μικρότερες των 15 χιλιοστών⁹.
- 8) Λαπαροσκοπικός έλεγχος. Η λαπαροσκόπηση αποκαλύπτει τον υπολειμματικό όγκο μόνο σε αναλογία 40-50%, ενώ δεν καθιστά δυνατή την εξέταση των οπισθοπεριτοναϊκών χώρων και δεν επιτρέπει την εξαίρεση του υπολειπόμενου όγκου^{1, 9}.
- 9) Ορμονικοί προσδιορισμοί όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγούς όγκους¹.

- 10) Γενικές βιοχημικές εξετάσεις και έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος¹.
- 11) Ανίχνευση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου ή της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης¹.

4.3. διαφορική διάγνωση

διαφορική διάγνωση θα γίνει από τα λειομώματα, την εγκυμοσύνη, τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη, την εξαρτηματίτιδα, την νεφρόπτωση κ.τ.λ. Σε ύπαρξη ασκίτη πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την πυλαία υπέρταση, τη νέφρωση, την καρδιακή ανεπάρκεια και από το σύνδρομο Meigs, από το ιστορικό της άρρωστης¹.

Επιπλέον, διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τη φλεγμονή της πυέλου, αιμάτωμα της θήκης του ορθού κοιλιακού, ατονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, σύνδρομο κατακράτησης υγρών, κύστεις του πλατέως συνδέσμου, έκτοπο νεφρό ή σπλήνα και οπισθοπεριτοναϊκό όγκο¹⁴.

4.4. πρόγνωση καρκίνου ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την κυρίαρχη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Αποτελεί το 25% των γυναικολογικών καρκίνων και ευθύνεται για το 50% όλων των θανάτων από καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Υπολογίζεται ότι οι θάνατοι από καρκίνο των ωοθηκών έχουν βαθμιαία αυξηθεί κατά 2,5 περίπου φορές στα τελευταία 50 χρόνια και ότι ένα στα 70 νεογέννητα κορίτσια (1,4%) θα αναπτύξει καρκίνο των ωοθηκών σε κάποια στιγμή της ζωής του.

Η συνολική 5ετής επιβίωση είναι 30-50% και οι αναλογίες αυτές παραμένουν απελπιστικά σταθερές κατά τα τελευταία 20 χρόνια. Γι' αυτό και οι έρευνες σήμερα επικεντρώνονται στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης των ωοθηκικών όγκων, στην ακριβέστερη και πιο σαφή σταδιοποίησή τους και στην ανάπτυξη νέων μεθόδων βιοχημικής παρακολούθησης και θεραπείας.

Οι αριθμοί της 5ετούς επιβίωσης εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου και από την πλήρη ή όχι εξαίρεση του όγκου. Η 5ετής επιβίωση είναι 60-70% στο στάδιο I, σε περιπτώσεις δηλαδή με πρώιμη διάγνωση, 40-50% στο στάδιο II, 5-10% στο στάδιο III και 0% στο στάδιο IV. Ως προς το βαθμό ή την έκταση της χειρουργικής εξαίρεσης, είναι πλέον δεδομένο ότι η επιβίωση αποτελεί συνάρτηση της υπολειπόμενης μάζας που παραμένει μετά την πρώτη κυτταρομειωτική εγχείρηση. Όταν δεν υπάρχει ή είναι ελάχιστη η υπολειπόμενη μάζα, αυξάνει η πιθανότητα να είναι αρνητικά τα ευρήματα στην επανεγχείρηση ελέγχου (second – look operation) και η πιθανότητα επομένως σημαντικής επιβίωσης είναι αυξημένη^{2, 7}.

Σημαντική όμως προγνωστική αξία φαίνεται να έχει και ο προσδιορισμός των επιπέδων του CA125, καθώς και των στεροειδικών ορμονικών υποδοχέων. Προγνωστικό δείκτη με αξιόλογη σημασία αποτελεί ο χρόνος υποδιπλασιασμού του CA125, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Εάν ο χρόνος υποδιπλασιασμού είναι <20 ημερών, η πρόγνωση είναι καλή με 2ετή επιβίωση 76%, ενώ είναι μέση εάν είναι 20-40 ημερών και πτωχή όταν υπερβαίνει τις 40 ημέρες, με 2ετή επιβίωση 48% και 0% αντίστοιχα. Ως προς τους ορμονικούς υποδοχείς, πιστεύεται ότι οι όγκοι στους οποίους βρίσκονται οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Στην εξέλιξη της νόσου και επομένως στα ποσοστά επιβίωσης σημαντικό ρόλο παίζει η διαφοροποίηση των ωοθηκικών καρκίνων και μικρότερο ο ιστολογικός τύπος της νεοπλασίας. Οι αδιαφοροποίητοι όγκοι εξελίσσονται πολύ γρήγορα και η πρόγνωση της νόσου είναι φτωχή, ενώ η εξέλιξη είναι περισσότερο μακρόχρονη στους όγκους με καλή διαφοροποίηση και πολύ βραδεία στους όγκους οριακής κακοήθειας. Στους τελευταίους παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επιβίωσης.

Η συμβολή της κυτταρομετρίας ροής στη διάγνωση των όγκων οριακής κακοήθειας είναι πολύ σημαντική. Έχει βρεθεί επίσης ότι καλύτερη πρόγνωση εμφανίζουν οι άρρωστες με διπλοειδείς όγκους σε σχέση με όσες έχουν ανευπλοειδείς όγκους, που εμφανίζουν μεγάλη κακοήθεια¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

Θεραπευτική αντιμετώπιση στον καρκίνο των ωοθηκών και νοσηλευτική φροντίδα

5.1. εγχειρητική θεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών είναι κατεξοχήν χειρουργική και συμπληρώνεται με εντατική χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία. Η εγχείρηση όμως αποτελεί τη βασική μέθοδο όχι μόνο για την θεραπεία, αλλά και για την οριστική διάγνωση των ωοθηκικών όγκων. Ιδιαίτερα οδηγεί σε πλήρη θεραπεία τις άρρωστες με καλοήθεις όγκους.

Η εγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει συντηρητικές εγχειρητικές μεθόδους, την ολική υστερεκτομή και την αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκεκτομή, καθώς και τη ριζικότερη «κυτταρομειωτική» εγχείρηση. Η επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου βασίζεται σε ορισμένες γενικές αρχές, η εφαρμογή των οποίων κρίνεται απαραίτητη προκειμένου η θεραπεία να αποβεί κατά το δυνατόν περισσότερο επωφελής για την άρρωση⁹.

Γενικές αρχές της εγχειρητικής αγωγής στους όγκους των ωοθηκών

Όλοι οι ωοθηκικοί όγκοι που έχουν μέγεθος μεγαλύτερο των 5εκ. πρέπει να εξαιρούνται αμέσως, λόγω του δυνητικού κινδύνου κακοήθειας ή επιπλοκών, ανεξάρτητα από τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης και το στάδιο της νόσου.

- I. Λαπαροτομία πρέπει να διενεργείται όταν στα παραμήτρια ψηλαφώνται μάζες, που δεν είναι δυνατό να προσδιοριστούν ένα αντιπροσωπεύουν ινομώματα ή καρκίνο, ή όταν στην μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα η μήτρα έχει «φυσιολογικό μέγεθος».
- II. Κατά την εγχείρηση σε νέες γυναίκες συχνά εξαιρείται όλη η ωοθήκη, αλλά στους καλοήθεις όγκους μπορεί να διενεργηθεί αποφλοιώση και εξαίρεση μόνο του όγκου, με στόχο τη διατήρηση

μέρους του ωοθηκικού ιστού. Ο κίνδυνος για αμφοτερόπλευρη πάθηση είναι πάντοτε μεγάλος και συνεπώς πρέπει πάντοτε να εξετάζεται και η άλλη ωοθήκη.

- III. Η παρακέντηση των κύστεων σε ύποπτο για κακοήθεια όγκο δε δικαιολογείται για το φόβο διασποράς καρκινικών κυττάρων.
- IV. Εάν υπάρχει και η ελάχιστη ένδειξη κακοήθειας σε γυναίκες μεγαλύτερες των 45 χρόνων, πρέπει να διενεργείται ολική υστερεκτομή και αμφοσαλπυγο-ωοθηκεκτομή.
- V. Κυτταρομειωτική εγχείρηση διενεργείται, εάν κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο ή κατά την εγχείρηση διαπιστωθεί ότι έχει επέλθει ενδοπεριτοναϊκή διασπορά της νόσου⁹.

Η κατά στάδια θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών

Σε όλες τις άρρωστες με υποψία καρκίνου των ωοθηκών πρέπει να εφαρμόζεται το ακόλουθο πρωτόκολλο: λαπαροτομία, για σταδιοποίηση και εκρίζωση ή σμίκρυνση του όγκου (κυτταρομειωτική εγχείρηση), μετεγχειρητική πρόσθετη θεραπεία με κυτταροστατικά και ακτινοβολία, επανεκτίμηση μετά τη θεραπεία, θεραπεία διάσωσης σε επίμονη ή υποτροπιάζουσα νόσο, παρηγορητική φροντίδα.

Μετά τη σταδιοποίηση η θεραπεία μπορεί ανάλογα με το στάδιο να προσδιορισθεί ως ακολούθως:

Στάδιο I – σε άρρωστες με καρκίνο ωοθηκών σταδίου Ia και Ib με μέτρια ή υψηλή διαφοροποίηση η νόσος θεραπεύεται με ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπυγωθηκεκτομή. Οι όγκοι πρέπει να εξαιρούνται ακέραιοι κατά το δυνατόν. Σε όγκους σταδίου Ia και Ib χαμηλής διαφοροποίησης χορηγούνται και κυτταροστατικά. Στο στάδιο Ic γίνεται επιπλέον της ολικής υστερεκτομής και της αμφοτερόπλευρης σαλπυγωθηκεκτομής, μερική εκτομή του επίπλου και σκωληκοειδεκτομή και ακολουθεί θεραπεία με κυτταροστατικά.

Στάδιο II – η εγχειρητική θεραπεία είναι όμοια με τη θεραπεία του σταδίου Iγ.

Στάδιο III και IV – πλήρης εξαίρεση του όγκου είναι συνήθως αδύνατη, αλλά καλό είναι να εξαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος νεοπλασματικός ιστός. Η θεραπεία εκλογής είναι η χημειοθεραπεία. Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο στάδιο IV⁹.

Η κατά ιστολογικό τύπο θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών

Η θεραπεία αρχίζει με εγχείρηση, της οποίας η έκταση εξαρτάται ανάλογα με την έκταση και τον ιστολογικό τύπο της νόσου και ακολουθούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

5.2. Θεραπεία του κοινού επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών

Προηγείται η προετοιμασία του εντέρου και διενεργείται μέση υπομφάλια λαπαροτομία, η οποία μπορεί να επεκταθεί προς τα πάνω, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Σε όλες τις περιπτώσεις, με εξαίρεση τις γυναίκες με νόσο του σταδίου Ia και ιστολογική διαβάθμιση G1 (χαμηλή), πρέπει να γίνεται ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και επιπλοεκτομή. Η εγχείρηση μπορεί να συμπληρωθεί προαιρετικά με σκωληκοειδεκτομή.

Γενικά, εξαιρείται η μήτρα και η μια ωοθήκη, όταν η οικογένεια έχει συμπληρωθεί. Όταν όμως δεν έχει συμπληρωθεί και η άρρωστη επιθυμεί τη διατήρηση της γονιμοποιητικής της ικανότητας, μπορεί να διενεργηθεί μόνο ετερόπλευρη ωοθηκεκτομή.

Στα στάδια III ή IV της νόσου γίνεται κυτταρομειωτική εγχείρηση με ολική υστερεκτομή, αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή, σκωληκοειδεκτομή και εκτομή του επίπλου και των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων ή και του ορθοσιγμοειδούς.

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι μη αναγκαία ή προαιρετική σε όγκους του σταδίου I ή IIa, με ιστολογική διαβάθμιση G1, και αναγκαία σε όγκους των σταδίων III και IV.

Το συνηθέστερο σχήμα χημειοθεραπείας περιλαμβάνει τη σισπλατίνη και την κυκλοφωσφαμίδη, που χορηγούνται με καλή ενυδάτωση κατά την ίδια μέρα σε 3-6 κύκλους σε όγκους του σταδίου I και σε 6-8 κύκλους σε όγκους του σταδίου II. Μεταξύ των κύκλων παρεμβάλλονται χρονικά διαστήματα 3-4 εβδομάδων. Εναλλακτικά και με πολύ προσοχή μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μελφαλάνη σε 6-8 κύκλους και με διαστήματα 28 ημερών μεταξύ των κύκλων. Η θεραπεία ελέγχεται με προσδιορισμούς των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων.

Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε επιθηλιακό καρκίνο των σταδίων I και II χωρίς μακροσκοπικώς εμφανή υπολειμματική νόσο με τη μορφή των ενδοπεριτοναϊκών εκχύσεων του ραδιοϊσοτόπου P σε μια μόνο συνεδρία ή με ολική κοιλιακή ακτινοβολία επί 5 ημέρες την εβδομάδα⁹.

Θεραπεία των στρωματικών όγκων (της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων)

[1] Κοκκιοκυτταρικοί όγκοι. Σε όγκο του σταδίου Ia και ιδίως σε παιδιά και εφήβους ως κατάλληλη εγχειρητική αγωγή επιλέγεται η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή. Εάν η τεκνοποίηση δεν είναι επιθυμητή, σε γυναίκες πάνω από τα 35, διενεργείται ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή. Εάν ημήτρα παραμένει στη θέση της, επιβάλλεται η διαγνωστική απόξεση για να αποκλεισθεί η νεοπλασία του ενδομητρίου. Πρόσθετη θεραπεία μετά την εγχείρηση δεν είναι αναγκαία.

Σε μεταστατικές βλάβες πέραν της ωοθήκης, είναι αναγκαία η κυτταρομειωτική εγχείρηση και η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με VAC (βινκιστίνη, ακτινομυκίνη D, κυκλοφωσφαμίδη) ή και με σισπλατίνη, δοξορουμπικίνη και κυκλοφωσφαμίδη.

[2] Θηκώματα. Η θεραπεία συνίσταται μόνο σε εγχειρητική εξαίρεση του όγκου.

[3] Ανδροβλαστώματα. Η εγχειρητική θεραπεία είναι όμοια με τη θεραπεία του κοκκιοκυτταρικού όγκου. Σε μεταστατικούς όγκους εφαρμόζεται μετεγχειρητικά το χημειοθεραπευτικό σχήμα VAC⁹.

Θεραπεία όγκων από τα **αρχαίωνα** ~~αρχέγονα~~ γεννητικά κύτταρα

[1] Δυσγερμίνωμα. Η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή είναι αποδεκτή επιλογή σε νέες γυναίκες με ετερόπλευρο ενθυλακωμένο δυσγερμίνωμα, χωρίς χρωματόσωμα Υ στον καρυότυπο. Είναι ενίοτε αναγκαία η βιοψία της άλλης ωοθήκης και των παρα-αορτικών λεμφαδένων, καθώς και η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού. Ολική υστερεκτομή, αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή, εκτομή του επίπλου και βιοψία των παρα-αορτικών λεμφαδένων ή πλήρης κυτταρομειωτική εγχείρηση διενεργείται σε επέκταση της νόσου εκτός των ορίων της ωοθήκης. Μετεγχειρητική εξωτερική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται κατά τις ενδείξεις σε μεταστατική νόσο ή σε υποτροπές. Ως χημειοθεραπεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα θεραπευτικά σχήματα BEP (βλεομυκίνη, ετεοποσίδη, σισπλατίνη) και VAC.

[2] Όγκος του λεκιθικού ασκού και εμβρυϊκό καρκίνωμα. Συνιστάται για όγκους του σταδίου Ia η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και για τα μετεγενέστερα στάδια κατά προτίμηση η ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή ή και η κυτταρομειωτική εγχείρηση. Σε όλες τις περιπτώσεις η εγχείρηση πρέπει να συνδυάζεται με χημειοθεραπεία, που εφαρμόζεται με το θεραπευτικό σχήμα BEP σε 4-6 κύκλους. Σε επίμονο νόσο ή σε υποτροπές εφαρμόζεται το σχήμα VAC. Η ακτινοθεραπεία είναι αναποτελεσματική, επειδή οι όγκοι αυτοί δεν είναι ακτινοευαίσθητοι.

[3] Χοριοκαρκίνωμα. Η θεραπεία συνίσταται σε ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και σε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με μεθοτρεξάτη, ακτινομυκίνη και κυκλοφωσφαμίδη.

[4] Ανώριμα τερατώματα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ταχεία βιοψία κατά την εγχείρηση, η οποία γίνεται με ένδειξη την παρουσία μιας εξαρτηματικής μάζας. Η εγχειρητική στρατηγική είναι η ίδια μ' αυτή του δυσγερμινώματος. Οι άρρωστες με νόσο σταδίου Ia με καλή διαφοροποίηση nGn (G1) δεν έχουν ανάγκη πρόσθετης μετεγχειρητικής θεραπείας. Εγχείρηση σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία εφαρμόζεται στα στάδια Ia, όταν η

διαφοροποίηση είναι μέτρια έως φτωχή και στα στάδια II έως και IV. Ακτινοθεραπεία δεν εφαρμόζεται, επειδή οι όγκοι δεν είναι ακτινοευαίσθητοι⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εγχειρητική θεραπεία

6.1. προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική
- Τοπική
- Τελική.

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου είναι:

- α Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης της αρρώστου.
- α Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού της άρρωστης.
- α Η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης της άρρωστης²¹.

Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

- Ψυχολογική προετοιμασία. Ο νοσηλευτής φροντίζει να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της άρρωστης και δίνει χρήσιμες πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.
- Γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια της επέμβασης. Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει την γραπτή συγκατάθεση της άρρωστης ή των συγγενών της για την εκτέλεση της εγχείρησης.
- Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις. Ο νοσηλευτής προετοιμάζει κατάλληλα την άρρωστη για μια σειρά εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων.
- Καθαριότητα της ασθενούς. Ο νοσηλευτής φροντίζει για τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι και

την καθαριότητα του σώματος της άρρωστης την παραμονή της επέμβασης για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.

- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει μετά από ιατρική οδηγία στην ασθενή ηρεμιστικό φάρμακο.
- Προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς. Ο νοσηλευτής κάνει επίδειξη στην ασθενή πώς να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.
- Διατροφή. Ο νοσηλευτής χορηγεί ελαφρά τροφή την παραμονή της επέμβασης γιατί το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα διάτασής του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία.

Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Ο νοσηλευτής κάνει τις ακόλουθες ενέργειες:

- Ενημερώνει την άρρωστη τι πρόκειται να γίνει. Τοποθετεί παραβάν ή τραβάει τις κουρτίνες.
- Ελευθερώνει την άρρωστη από τα ρούχα της και τα κλινოსκεπάσματα.
- Τοποθετεί αδιάβροχο στο ύψος του εγχειρητικού πεδίου.
- Σαπουνίζει την περιοχή με το καταλλήλο αντισηπτικό διάλυμα.
- Κάνει καλή και προσεκτική αποτρίχωση της περιοχής.
- Ξεπλένει το δέρμα και στεγνώνει καλά.
- Τακτοποιεί την άρρωστη.

- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας.

Τελική προετοιμασία

προεγχειρητική προεγχειρητική

Νηστεία. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την άρρωστη να μείνει νηστική το πρωί της επέμβασης.

Ταυτότητα. Ο νοσηλευτής τοποθετεί ταυτότητα χεριού στην άρρωστη με το ονοματεπώνυμό της και την κλινική που ανήκει για την πρόληψη πιθανού λάθους.

Λήψη ζωτικών σημείων. Ο νοσηλευτής καταγράφει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Σε περίπτωση κάποιου προβλήματος π. χ. πυρετό, ο νοσηλευτής αναφέρει στον υπεύθυνο γιατρό.

Φακοί επαφής. Φακοί επαφής ή γυαλιά αφαιρούνται γιατί μπορεί να σπάσουν και να τραυματίσουν την άρρωστη αλλά και για τον έλεγχο της κόρης του οφθαλμού κυρίως κατά τη νάρκωση.

Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας. Δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα αφαιρούνται, διότι μπορεί να χαθούν. Αφαιρείται και η οδοντοστοιχία ή τα πρόσθετα δόντια, γιατί λόγω μυϊκής χάλασης που προκαλείται από τη νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες ασφυξίας ή και θανάτου.

Νύχια – χείλη. Αν η άρρωστη έχει βαμμένα νύχια ή χείλη καθαρίζονται, γιατί κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση της άρρωστης.

Κένωση κύστεως. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την κένωση της κύστης της άρρωστης πριν την επέμβαση. Αν δεν μπορεί φυσιολογικά να κενωθεί η κύστη για οποιοδήποτε λόγο, ενεργείται καθετηριασμός κύστεως για την αποφυγή κένωσής της πάνω στη χειρουργική τράπεζα λόγω μυϊκής χάλασής της από την νάρκωση ή τρώσης της κατά την επέμβαση.

Προνάρκωση. Ο νοσηλευτής κάνει την προνάρκωση της άρρωστης. Ότνα γίνεται στο τμήμα χορηγείται 30' - 1 ώρα πριν ξεκινήσει η

άρρωση για το χειρουργείο. Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης ως νακρωτικό – αναλγητικό και ατροπίνη για την αναστολή των εκκρίσεων.

Προεγχειρητικό δελτίο. Ο υπεύθυνος στο τμήμα νοσηλεύτης, που ετοιμάζει την άρρωση για χειρουργείο, συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο.

Ειδική στολή χειρουργείου. Ο νοσηλευτής βοηθά την άρρωση να αντικαταστήσει τα ενδύματά της με χειρουργικό πουκάμισο, ποδονάρια και κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση.

Μεταφορά της άρρωστης στο χειρουργείο. Η μεταφορά της άρρωστης από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου βάσει του προγράμματος των χειρουργείων²¹.

6.2. μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης αρχίζει μετά το τέλος της εγχείρησης και φθάνει μέχρι την έξοδο της άρρωστης και στη συνέχεια την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μια περίοδος εντατικής παρακολούθησης και φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου. Έχει σκοπό:

- α Τη ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- α Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- α Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- α Την πρόληψη περαιτέρω βλαβών, κατακλίσεις, παραμορφώσεις.
- α Τη βοήθεια του αρρώστου να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.

Ευθύνες των νοσηλευτών στην αίθουσα ανάνηψης

Οι ευθύνες του νοσηλευτή στην αίθουσα ανάνηψης συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

- α Σημειώνει την ώρα προσέλευσης του αρρώστου στην ανάνηψη.
- α Παίρνει τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής κατάστασης του και τα καταγράφει με ακρίβεια.
- α Φροντίζει να διατηρηθεί η αεροφόρος οδός ανοικτή με κατάλληλη θέση, το κεφάλι πλάγια, για να μη γίνει εισρόφηση εμεσμάτων σε περίπτωση εμετού. Διατηρεί επίσης τον αεραγωγό ή ενδοτραχειακό σωλήνα στη θέση του.
- α Παρατηρεί και παρακολουθεί:
 - Την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγισης.
 - Τον τύπο του διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και το σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα.
 - Τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων - όταν υπάρχουν - ποσότητα και χρώμα υγρών καθώς και την κατάσταση του τραύματος.
 - Ελέγχει τη θέση της μάσκας - αν παίρνει οξυγόνο - και τη λειτουργία της συσκευής.
- α Ελέγχει το χρώμα των νυχιών, χειλέων, δέρματος για κυάνωση, καθώς και αν το δέρμα είναι υγρό, ξηρό, ψυχρό ή θερμό.
- α Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης και την παρουσία ή απουσία αντανάκλαστικών των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης.
- α Παρακολουθεί γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών,
- α Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.

Νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης στο νοσηλευτικό τμήμα

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής του τμήματος ενεργεί τα παρακάτω:

- α Φροντίζει με άλλους δύο για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι του με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- α Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό σύστημα, το τραύμα και τους μυς.
- α Ελέγχει:
 - Τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
 - Το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες).
 - Τις παροχετεύσεις (συνδέσεις και λειτουργία τους).
 - Το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- α Εκτιμά την λειτουργία των νεφρών:
 - Ποσό ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων και αντιμετώπιση. Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει τη θέση και τη λειτουργία του.
 - Τον προστατεύει από ρεύματα αέρα να μην κρυώσει.
 - Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφιση του.
 - Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση, τύπο διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και προβλέπει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης. Αν ο άρρωστος είναι ανήσυχος και κρίνεται αναγκαίο, ακινητοποιεί με νάρθηκα το χέρι του για να μη σπάσει η φλέβα.

- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
- Τοποθετεί νεφροειδές, χαρτοβάμβακο ή χαρτομάντιλα κοντά του, καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
- Συμβουλευτείται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
- Ακούει με προσοχή τα παράπονα και ενοχλήματα του αρρώστου.
- Υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει:
 - § Ώρα επιστροφής του αρρώστου από το χειρουργείο.
 - § Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση του αρρώστου.
 - § Ενδοφλέβια έγχυση ορού, μετάγγιση ή άλλου διαλύματος.
 - § Αν έχει παροχέτευση, καθετήρα, αν παίρνει οξυγόνο και ό,τι άλλο σχετικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

7.1. χημειοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

Επιθυλιακός/Επιθηλιακός καρκίνος:

Πρόκειται για χημειοευαίσθητους όγκους, των οποίων η πρόγνωση επηρεάζεται σημαντικά από τη χορήγηση χημειοθεραπείας, μετά την αρχική ογκομειωτική λαπαροτομία. Κυτταροστατικά φάρμακα με σημαντική δραστηριότητα σε αυτή τη νόσο αποτελούν τα ανάλογα της πλατίνης (σισπλατίνη, καρβοπλατίνη), οι ταξάνες (πακλιταξέλη, δοσιταξέλη), οι αλκυκιούντες παράγοντες (κυκλοφωσφαμίδη, ιφωσφαμίδη, μελφαλάνη), οι ανθρακυκλίνες (δοξορουβικίνη, επιρουβικίνη), καθώς και οι αναστολείς της τοποϊσομεράσης (ετοποσίδη, τοποτεκάνη). Ο πλέον αποτελεσματικός συνδυασμός κυτταροστατικών ως αγωγή πρώτης γραμμής θεωρείται ο συνδυασμός πακλιταξέλης με σισπλατίνη ή καρβοπλατίνη¹¹.

Όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα:

Πρόκειται για όγκους με πολύ μεγάλη ευαισθησία στη χημειοθεραπεία. Ασθενείς σταδίου Ια με ιστολογία άωρου τερατώματος με καλή διαφοροποίηση και πιθανόν ασθενείς με δυσγονίωμα σταδίου Ια μπορεί να τεθούν σε πρόγραμμα στενής παρακολούθησης, χωρίς την άμεση χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας. Ασθενείς που διαγιγνώσκονται σε στάδιο Ι, είναι υποψήφιος για επικουρική χημειοθεραπεία με το συνδυασμό βλεομυκίνης, ετοποσίδης και σισπλατίνης (BEP), ο οποίος χορηγείται ενδοφλεβίως ανά 3 εβδομάδες για 3 κύκλους. Όλες οι ασθενείς σταδίων ΙΙ, ΙΙΙ ή ΙV αντιμετωπίζονται με 4 κύκλους χημειοθεραπείας (BEP) και η πιθανότητα ίασης είναι τουλάχιστον 80%.

Όγκοι από τις γεννητικές ταινίες και το στρώμα:

Πρόκειται για νεοπλασίες με περιορισμένη χημειοευαισθησία. Συνδυασμοί που παρουσιάζουν κάποια δραστηριότητα περιλαμβάνουν σισπλατίνη, δοξορουβικίνη, ετοποσίδη, βλεομυκίνη ή κυκλοφωσφαμίδη.

7.2. φαρμακολογία στον καρκίνο των ωοθηκών

Τα χημειοθεραπευτικά ή κυτταροστατικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών ήδη από το 1950, όταν άρχισε ευρύτερα να χρησιμοποιείται η μελφαλάνη, ένας αλκυλιωτικός παράγοντας. Από τότε μέχρι και σήμερα ακόμη η μελφαλάνη αποτελεί σημείο αναφοράς για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της τοξικότητας των νεότερων φαρμάκων.

Όταν τα εγχειρητικά και ακτινοθεραπευτικά μας αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών δεν κρίνονται ικανοποιητικά, καταφεύγουμε στη χημειοθεραπεία που κάποτε οι παρενέργειές της είναι τόσο μεγάλες που χειροτερεύουν την κατάσταση της άρρωστης.

Φαρμακολογία των αντινεοπλασματικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στους αλκυλιωτικούς παράγοντες, στα αντιμιτωτικά αντιβιοτικά, στους αντιμεταβολίτες, στα αλκαλοειδή της νίνκα και σε άλλους μη – αλκυλιωτικούς παράγοντες.

α. Αλκυλιωτικοί παράγοντες. Επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση. Κυριότερος εκπρόσωπος είναι η κυκλοφωσφαμίδη και ακολουθούν η χλωραμβουκίλη και η μελφαλάνη.

β. Αντιμιτωτικά αντιβιοτικά. Τα αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά ανακαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια των ερευνών που γίνονται για την ανακάλυψη ενεργών αντιβιοτικών. Ρουν με αναστολή της σύνθεσης του DNA και του RNA, όταν παρεμβληθούν μεταξύ των μονών αλυσίδων της διπλής έλικας του DNA. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται κυρίως η ακτινομυκίνη D, η δοξορουμπικίνη και η μπλεομυκίνη.

γ. Αντιμεταβολίτες. Έχουν δομή παρόμοια με τη δομή των μεταβολιτών αλλά διαφέρουν λειτουργικά. Αναστέλλουν τη σύνθεση των υποομάδων της πουρίνης και της πυριμιδίνης των πυρινητικών οξέων και των

πυρηνοπρωτεϊνών. Στους αντιμεταβολίτες περιλαμβάνονται η μεθοτρεξάτη που μοιάζει με το φολλικό οξύ και αναστέλλει τη σύνθεση της πουρίνης και της πυριμιδίνης και κατά συνέπεια του DNA, του RNA και των πρωτεϊνών και η φθοριο-ουρακίλη, που μοιάζει με την ουρακίλη, ένα μεταβολίτη του RNA.

δ. Αλκαλοειδή της *vinca*. Προέρχονται από το φυτό κλιματίδα ή περικοκλάδα και αναστέλλουν την κυτταρική ανάπτυξη με παρεμβολή στη φάση M της μίτωσης (αναστολή στη μετάφραση) και στη σύνθεση του RNA. Περιλαμβάνονται η βινκριστίνη, η βινπλαστίνη και βιντεσίνη.

ε. Μη – αλκυλιωτικοί παράγοντες. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται κυρίως η σισπλατίνη και η καρβοπλατίνη που αποτελούν μη ειδικούς του κυτταρικού κύκλου παράγοντες. Συνδέονται με το DNA, του οποίου αναστέλλουν τη σύνθεση, αλλά επιδρούν και σε όλα τα σημεία των φάσεων του κύκλου. Οι δυο παράγοντες εμφανίζουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριότητας απέναντι σε όλους τους γυναικολογικούς όγκους. Ιδιαίτερα η σισπλατίνη έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα κατά τα τελευταία χρόνια. Στην ίδια ομάδα ανήκουν η ετοποσίδη και η πλακιταξέλη^{9,12}.

7.3. μεθοδολογία χορήγησης των χημειοθεραπευτικών

Η αγωγή με χημειοθεραπευτικά εφαρμόζεται είτε ως συστηματική αγωγή ή με τη μορφή της ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας.

Συστηματική αγωγή.

Τα χημειοθεραπευτικά χορηγούνται ως βασική θεραπεία, όταν η εγχείρηση δεν είναι εφικτή, και ως συμπληρωματική θεραπεία μετά από επαρκή «εκριζωντική» εγχείρηση. Οι αλκυλιωτικοί παράγοντες χορηγούνται συνήθως από το στόμα όπως π. χ. η μελφαλάνη ενώ άλλα φάρμακα, όπως η σισπλατίνη και η αδριαμυκίνη πρέπει να χορηγηθούν με ενδοφλέβια έγχυση με όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία, ο συνδυασμός δηλαδή περισσότερων του ενός παραγόντων, αυξάνει την πιθανότητα καλύτερης απάντησης στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου των

ωοθηκών λόγω του διαφορετικού μηχανισμού δράσης και πιθανώς των διαφορετικών τοξικών επιδράσεων. Στους κοινούς επιθηλιακούς όγκους χρησιμοποιείται προσφάτως η τριπλή χημειοθεραπεία CAP με κυκλοφωσφαμίδη, αδριαμυκίνη και σισπλατίνη. Η σισπλατίνη αποτελεί πιθανώς το βασικό παράγοντα για την αντιμετώπιση των επιθηλιακών όγκων. Τελευταία επίσης η είσοδος στη θεραπεία των ταξανών βελτίωσε ακόμα περισσότερο την επιβίωση των ασθενών με επιθηλιακούς όγκους των ωοθηκών. Σε όγκους από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και του στρώματος των γονάδων χορηγούνταν στο παρελθόν βινπλαστίνη, ακτινομυκίνη D και κυκλοφωσφοαμίδη ενώ αργότερα είχε προστεθεί και η αδριαμυκίνη. Προσφάτως χρησιμοποιείται και εδώ η σισπλατίνη σ συνδυασμό με άλλα χημειοθεραπευτικά. Τα παραπάνω χημειοθεραπευτικά σχήματα χορηγούνται σε 6 συνήθως κύκλους και όχι συνεχώς σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η ανάπτυξη κλώνων αντίστασης από τον όγκο⁹.

Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία.

Η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία γίνεται στην προσπάθεια να αυξηθεί η συγκέντρωση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στον καρκινικό ιστό, που διασπείρεται με περιτοναϊκούς εμβολιασμούς, και ταυτόχρονα να αποφευχθούν οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής χημειοθεραπείας και κυρίως της μυθλοτοξικότητας. Η χημειοθεραπεία με σισπλατίνη, μεθοτρεξάτη, φθόριο-ουρακίλη, κ.τ.λ. χρησιμοποιείται με τον όρο ότι οι υπολειπόμενες μάζες είναι μικρότερες των 5 χιλιοστών. Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση των φαρμάκων γίνεται με ειδικό καθετήρα Tenckhoff ή και με απλό καθετήρα. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η φαρμακευτική περιτονίτιδα.

7.4. παρενέργειες της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει τα φυσιολογικά κύτταρα παράλληλα με τα νεοπλασματικά. Η τοξικότητά της είναι όμως μεγαλύτερη στα κακοήθη

παρά στα φυσιολογικά κύτταρα. Από τους φυσιολογικούς ιστούς, εκείνοι που πολλαπλασιάζονται με ρυθμό ίσο ή και μεγαλύτερο από τους νεοπλασματικούς, δηλαδή ο μυελός των οστών, το επιθήλιο του γαστρεντερικού σωλήνα και οι θύλακες των τριχών, παρουσιάζουν τις πιο συχνές και πιο επικίνδυνες παρενέργειες.

Η αιματολογική τοξικότητα είναι η πιο σημαντική παρενέργεια των αντινεοπλασματικών φαρμάκτων. Η λευκοπενία μπορεί να οδηγήσει σε βαριά λοίμωξη και στον θάνατο, και η θρομβοπενία σε αιμορραγία και στο θάνατο. Η αναιμία αποτελεί μικρότερο πρόβλημα και αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα. Η γαστρεντρική τοξικότητα εκδηλώνεται συνήθως με ανορεξία, ναυτία και εμέτους. Η χημειοθεραπεία προκαλεί επίσης στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, έλκος και διάρροια. Η αλωπεκία είναι ένα συχνό επακόλουθο της χημειοθεραπείας. Δημιουργεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα αλλά είναι σχεδόν πάντα αναστρέψιμη. Άλλες παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η ανοσοκαταστολή, οι δερματικές εκδηλώσεις, η ηπατοτοξικότητα, η πνευμονική τοξικότητα, η καρδιοτοξικότητα, η νεφροτοξικότητα, η νευροτοξικότητα, η στείρωση, οι συγγενείς ανωμαλίες και η καρκινογένεση¹.

Η εξαγγείωση των κυτταροστατικών μπορεί να προκαλέσει πολύ έντονα τοπικά προβλήματα και πρέπει να αποφεύγεται. Ο γιατρός που χορηγεί αντινεοπλασματικά φάρμακα πρέπει να είναι απόλυτα εξοικειωμένος με τις παρενέργειές τους, τον τρόπο πρόληψης και αντιμετώπισής τους, ώστε να επιτυγχάνει το μεγαλύτερο κέρδος από τη θεραπεία με τους λιγότερους κινδύνους και τη λιγότερη ταλαιπωρία για τον άρρωστο²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η

νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία

8.1. ενδοφλέβια χορήγηση των Φαρμάκων

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κατά την ενδοφλέβια χορήγηση.

- Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.

- Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού.

- Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από τη φλέβα είναι μικρότερος.

- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

- Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

- Για το καλό όλων να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκεντήσεως από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.

- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23, διότι αφήνοντας το φάρμακο να περάσει από λεπτή βελόνα, προστατεύεται το επιθήλιο της φλέβας.

- Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (NS) πριν τη χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.

- Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό (NS) μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου, για να αποφεύγεται η αντίδραση του φαρμάκου.

- Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως.

- Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καψίματος που προκαλείται από την έγχυση.

- Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

- Ιατρικές οδηγίες για την έγχυση έξω από τη φλέβα πρέπει να γραφούν στο δελτίο του αρρώστου και να υπογραφούν από το γιατρό, πριν αρχίσει η θεραπεία (το σχήμα).

Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένεια του για συμπτώματα που πρέπει αμέσως να αναφερθούν στο γιατρό ή στη/στο νοσηλεύτρια (-τη), όπως πόνος, κάψιμο ή πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

Ο γιατρός ή η η/ο νοσηλεύτρια (-της) πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:

α. Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

β. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καψίματος γύρω από τη φλέβα,

γ. Όταν έλκοντας το έμβολο της σύριγγας το αίμα έρχεται μέσα στη σύριγγα.

Όταν υπάρχει υποψία εγχύσεως φαρμάκου έξω από τη φλέβα πρέπει:

- Να βγει αμέσως η βελόνα.

- Να σκεπαστεί με παγάκια η περιοχή.

- Να απλωθεί σε όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortizone 1%. Να συνεχιστεί να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.

- Συνιστάται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών.

8.2. νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Καταστολή του μυελού των οστών παρατηρείτε:

Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, (2) η θερμοκρασία του σώματος μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, (3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

β) Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως: (1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, (2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται), (3) κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου (σάλιο) και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δεν συνιστάται, (4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού, (5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης (βλέπετε λοιμώδη νοσήματα όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα $1.500 - 2.000/\text{mm}^3$, (6) όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται (1) τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές $200.000-300.000/\text{mm}^3$). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000/\text{mm}^3$ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να

γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, (2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιάσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά., πρέπει να είναι μικρός διάρκειας, (3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.

γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναιμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμ. 14-16 g / 100 ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμ. 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα εύκολη κόπωση, απάθεια.

β) Βοηθείται ο άρρωστος με (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κόπωσης, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

Γαστρεντερικές διαταραχές.

Εκδηλώνονται με:

Ναυτία, εμέτους

• Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και (3) η θρέψη του αρρώστου. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, (2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα

που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας του πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία, (5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, (6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, (7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, (8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, (9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρουδιά), (10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, (11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμετών με (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμετούς του αρρώστου πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών, (2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμετών κ.ά., (3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και (4) διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών

- Παρακολουθείται (1) το χρώμα, η ποσότητα, και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών' περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της

διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, (3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

Στοματίτιδα – Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

- Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

- Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξυνές) τροφές, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας, όπως αναφέρεται στη σελ. 114 σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.

- Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα (1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του, (2) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία.

Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Νεφροτοξικότητα

Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται - αν είχε προγραμματιστεί να γίνει - η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.ά., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσης του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στέρωση.

Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειας του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ

ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

Επειδή η μέση επιβίωση των αρρώστων με ωοθηκικό καρκίνο σταδίου I δεν υπερβαίνει το 60-65% με μόνη θεραπεία την εγχείρηση, οι γυναικολόγοι – ογκολόγοι στράφηκαν σε άλλες θεραπευτικές επιλογές, όπως ήταν αναμενόμενο, στην προσπάθεια να βελτιώσουν τα ποσοστά της επιβίωσης. Ιδιαίτερα στράφηκαν στην επιλογή της ακτινοβολίας, επειδή είναι εξοικειωμένοι με την επιτυχή εφαρμογή της στον καρκίνο του τραχήλου, με τη μορφή της εξωτερικής ακτινοβολίας και των ενδοπεριτοναϊκών διαλυμάτων ραδιοϊσοτόπων.

9.1. Ενδοπεριτοναϊκά ραδιοϊσότοπα

Τα ισότοπα που χρησιμοποιούνται στον ωοθηκικό καρκίνο είναι ο χρυσός (^{198}Au) και ο φώσφορος (^{32}P). Τα ισότοπα αυτά εκπέμπουν σωματίδια β, που διεισδύουν στους ιστούς μόνο σε βάθος 4-5 χιλιοστών.

Το ισότοπο ^{198}Au εκπέμπει ακτινοβολία γ, εκτός από τα σωματίδια β, η οποία έχει πολύ μεγαλύτερη ενέργεια και συνεπώς μεγαλύτερη διεισδυτική ικανότητα, αλλά και μικρότερη διάρκεια ημίσειας ζωής.

Το ισότοπο ^{32}P χρησιμοποιείται με τη μορφή του χημικώς ανενεργού εναιωρήματος σε ενδοπεριτοναϊκές εγχύσεις για την εξαφάνιση πολύ μικρών υπολειμματικών μαζών σε νόσο των σταδίων I και II. Η εφαρμογή του ^{32}P σε μεγαλύτερους όγκους δεν συνιστάται επειδή όπως αναφέρθηκε παραπάνω τα ραδιοϊσότοπα δεν έχουν δυνατότητα διείσδυσης πέραν των 4-5 χιλιοστών. Αντένδειξη στη χορήγησή τους αποτελούν και οι ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις.

Η έγχυση του εναιωρήματος γίνεται με καθετήρα ενδοφλεβίων εγχύσεων (No 14) ή περιτοναϊκής διάλυσης κατά τον χρόνο της εγχείρησης ή και μετεγχειρητικά. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χρήση μεγάλου όγκου υγρού για την ενδοπεριτοναϊκή έγχυση του ραδιοκολλοειδούς. Για έλεγχο της ομοιόμορφης κατανομής και την πρόληψη επομένως του κινδύνου ακτινικής βλάβης, όπως και για τον έλεγχο της απουσίας συμφύσεων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η σπινθηρογράφηση με ένα ραδιενεργό στοιχείο (όπως π. χ.

το τεχνητό 99m) που εισάγεται ενδοπεριτοναϊκώς πριν από την έγχυση του ^{32}P . Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί μια σκιαστική ουσία, όπως η ουρογραφίνη-60.

Το ραδιοϊσότοπο ^{32}P χορηγείται με 1-2 λίτρα διαλύματος χλωριούχου νατρίου 0,9% και σε δόσεις 10-15mCi. Η ποσότητα της ακτινοβολίας που προσλαμβάνεται με τη δόση αυτή είναι περίπου 600cGray ή cGy (centi Gray) από το επίπλουν και 700cGy από τις υπόλοιπες περιτοναϊκές επιφάνειες. Μέρος της ακτινοβολίας μεταφέρεται με τα μακροφάγα και στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες⁹.

9.2. εξωτερική ακτινοβολία

Στην ακτινοθεραπεία πρέπει να περικλείεται όλη η κοιλία, και ιδιαίτερα το διάφραγμα, και να ακολουθεί μια πρόσθετη ώση ακτινοβολίας στην πύελο. Η ακτινοθεραπεία περιορίζεται στην πύελο, όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι δόσεις στην περίπτωση αυτή είναι 450-600cGy που χορηγούνται σε διάστημα 5-6 εβδομάδων, σε ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο πεδίο.

Όταν η νόσος έχει επεκταθεί έξω από τα όρια της πυέλου, οι ολικές δόσεις είναι μικρότερες, επειδή στο θεραπευτικό πεδίο περικλείονται το έντερο, οι νεφροί και το ήπαρ και συνεπώς οι επιπλοκές είναι συχνότερες. Η ακτινοβολία γίνεται σε ολόκληρη την κοιλιά (λουτρό κοιλιάς) με γραμμικό επιταχυντή ή βητατρόνιο ή με συσκευή κοβάλτιου (γαμματρόνιο) σε παράλληλα και αντίθετα πεδία. Οι δόσεις ακτινοβολίας είναι 300cGy, που χορηγούνται μέσα σε διάστημα επίσης 5-6 εβδομάδων. Με την ακτινοβολία ολόκληρης της κοιλιάς μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά, λόγω της περιορισμένης δοσολογίας, μόνο μικρού μεγέθους όγκοι με διάμετρο μικρότερη των 2 εκ.

Σήμερα χρησιμοποιείται για την ακτινοβολία όλης της κοιλιάς η μέθοδος των «μετακινούμενων ζωνών» πλάτους 2,5 εκ., από το κατώτερο μέρος της κοιλιάς προς τα πάνω. Όταν συμπληρωθεί η ακτινοβολία αυτή,

χορηγούνται επιπλέον σε διάστημα δύο εβδομάδων 200cGy σε παράλληλα και αντίθετα πεδία 15x15εκ⁹.

9.3. ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές της ακτινοθεραπείας

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους πιο κάτω τέσσερις παράγοντες:

- α Ένταση της δόσης που έχει οριστεί. Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μικρή δόση.
- α Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση σώματος δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.
- α Ακτινευσαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.
- α Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα²².

9.3.1 ~~πρώιμες~~ ~~Πρώιμες~~ ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νέκρωσης) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη

δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

- Ερυθματώδης Έμφανίζεται την 1^η έως 3^η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας.
- Φισαλιδώδης Έ Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1^η και 2^η εβδομάδα.
- Εσχαροποιητική Έμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία με επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα δέρματος, φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου²².

9.3.2 Όψιμες αναπιθύμητες ενέργειες. ~~Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες~~

Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών. Είναι αντίδραση σοβαρή από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.

Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).

Αλωπεκία. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος.

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη), λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως: γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία – εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετική δεκατική κίνηση²².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας

10.1. νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ-Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια (-τής),

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία (εικ. 6.8).

- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.

- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματα του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας,
 - διατηρείται στεγνή,
 - πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
 - δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
 - τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ),
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.ά.),
 - αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος

3. Το διαιτολόγιο του (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμο του.

10.2. νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή θωρακισμένου ή μη θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια (-τη) στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή), και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.

- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.

- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.

- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με

ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μολύνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.

- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.

- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.

- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παράθυρου παρακολουθήσεως του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας .

- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια(-τής) γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.

- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.

- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα.

- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το

δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.
- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

10.3. αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα,

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια (-της) μετά από εντολή ιατρική,

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό δεν είναι δυνατόν – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.
- Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):
 - Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
 - Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
 - Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Κ

πρόληψη καρκίνου ωοθηκών

Μακροπρόθεσμα η αποφυγή νόσησης των γυναικών από καρκίνο των ωοθηκών – όσο μπορεί κανείς να το ισχυρισθεί – είναι η ενημέρωσή τους επί όλων των επιβαρυντικών επιδημιολογικών παραγόντων. Ειδικότερα πρέπει να γνωρίζουν: 1. Την αξία του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου ανά έτος μετά το 40^ο έτος της ηλικίας τους, 2. Τον προστατευτικό ρόλο της τεκνοποιίας, 3. Το γνωστό πλέον προστατευτικό ρόλο των αντισυλληπτικών, 4. Επί οικογενούς νόσου, μετά το 40^ο έτος της ηλικίας τους και εφόσον έχουν συμπληρώσει την οικογένειά τους, να υποβάλλονται σε προληπτική ωοθηκεκτομία.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τη στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- √ Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- √ Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- √ Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- √ Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- √ Διαφώτιση του κοινού.

συμπεράσματα - προτάσεις

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της Νοσηλευτικής σε διεθνές επίπεδο. Η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται καθημερινά πιο έντονη, δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα, όσον αφορά την καταπολέμηση του καρκίνου και εφόσον όλοι οι φορείς αντιλαμβάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με γνώσεις επάνω στη νοσηλεία των καρκινοπαθών ικανοποιεί μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών, αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή.

Υποχρέωση του νοσηλευτή είναι η πλήρης διαφώτιση του οικογενειακού και γενικότερα του άμεσου περιβάλλοντος της ασθενούς, σχετικά με την κατάσταση της, τον τρόπο αντιμετώπισης της και γενικά τον τρόπο συμπεριφοράς απέναντι της.

Στα πλαίσια των ευθυνών των νοσηλευτών ανήκει και η διαφώτιση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με ότι αφορά τους όγκους των γεννητικών οργάνων γύρω από την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση τους. Η ετήσια ιατρική εξέταση πρέπει να γίνει αναγκαία στη συνείδηση όλων. Οποιαδήποτε γυναίκα οφείλει να επισκέπτεται συχνά το γυναικολόγο της όχι μόνο όταν παρατηρήσει οποιοδήποτε σύμπτωμα, αλλά η επίσκεψη πρέπει να γίνεται για προληπτικούς λόγους.

Αυτό όμως που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι πως η προσφορά φροντίδας στην καρκινοπαθή είναι ιερό καθήκον και ιερή υποχρέωση των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η φροντίδα αυτή που προσφέρεται, για να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη πρέπει να συνδυάζει την ανθρωπιά και τη γνώση, να προσφέρεται με αγάπη και να επιστρατεύει την ανιδιοτέλεια των νοσηλευτών.

Ευχή όλων είναι, τα τελευταία επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης να είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Λ

εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

Περιγραφή του περιστατικού

Η ασθενής Κ. Ε., ετών 51 εισήχθη στην Μ/Γ κλινική του Νοσοκομείου Ιωαννίνων την 5/2/99, γιατί παρουσίαζε, από 15ημέρου περίπου, διόγκωση της κοιλιάς με βαθμιαία αυξητική τάση, αίσθημα βάρους, ελαφρά δύσπνοια και βήχα.

Από το ιστορικό αναφέρεται ότι είχε τρεις φυσιολογικούς τοκετούς, δύο αυτόματες εκτρώσεις και τρεις διαγνωστικές αποξέσεις από 24/4/91 μέχρι και 21/5/93, με μεσοδιαστήματα 7 μηνών, λόγω μητρορραγιών. Οι ιστολογικές εξετάσεις αυτών έδειξαν αδενοκυστική υπερπλασία χωρίς ατυπίες.

Κλινική εξέταση: έδειξε ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο δεξιό ημιθώρακιο. Κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς διαπιστώθηκε μάζα σκληρής σύστασης, ευμεγέθης, που επεκτείνεται μέχρι την ξιφοειδή απόφυση. Στην γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ευμεγέθης όγκος ορμώμενος από τα έσω γεννητικά όργανα. Η μήτρα και το αριστερό εξάρτημα ήταν απηλάφητα και ο δουγλάσειος χώρος κατειλημμένος από τη μάζα.

Υπερηχογραφικός έλεγχος: στην περιοχή της κάτω κοιλιάς διαπιστώθηκε μάζα διαστάσεων 30x30x20, ανομοιογενής και μικτής ηχογένειας (κυστικά και συμπαγή στοιχεία), που καταλάμβανε όλη την πύελο και έφθανε μέχρι την ξιφοειδή απόφυση. Επίσης παρατηρείτο συλλογή άφθονου ασκίτικου υγρού, ελεύθερου υγρού στον κόλπο του Morison, συλλογή στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο και υγρό στην υπεζωκοτική κοιλότητα δεξιά. Ήπαρ – σπλήνας – πυλαία βρέθηκαν φυσιολογικά. Επίσης πάγκρεας και νεφροί χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος: Hct = 27%, Hb = 7.6gr%, Λευκά αιμοσφαίρια: 15.000, Τ. Κ. Ε. = 60mm την ώρα, ουρία = 32mg%, σάκχαρο αίματος 113mg%, λευκώματα=6,0mg%, λευκωματίνη = 3,5mg%, αλκαλική φωσφατάση=94u/l, SGOT = 24u/l, SGPT=12u/l, χρόνος ροής 1'50'', χρόνος πήξεως 6', χολερυθρίνη ολική 0,4mg%, άμεσος 0,1mg%,

αιμοπετάλια = 438.000/ml, CA₁₂₅=19.5u/ml και το ΗΚΓ ήτνα εντός των φυσιολογικών ορίων.

Εγχείρηση: Λαπαροτομία. Με γενική νάρκωση, έγινε τομή μέση υπερυπομφάλιος. Αποκαλύφθηκαν ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό ποσότητας 3-4lit περίπου και όγκος λοβώδης, συμπαγής, πολύχωρος και εν μέρει κυστικός, διαστάσεων 30x30x20, εξορμώμενος από τη δεξιά ωοθήκη με ατελή συστροφή γύρω από τον μίσχο του. Η εξωτερική επιφάνεια του όγκου ήταν λεία και καλυμμένη με λεπτές και παχές συμφύσεις με το επίπλου και το μεσεντέριο, παρατηρήθηκαν και αρκετά νεόπλαστα αγγεία ικανού εύρους. Ακολούθησε λύση των συμφύσεων με διαθερμία μονοπολική επιμελής αιμόσταση και εκτομή του όγκου. Μετά την αφαίρεση του μορφώματος ακολούθησε τυπική ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα και αφαίρεση του επίπλου.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν σχετικά καλή. Τα μετεγχειρητικά προβλήματα που παρουσίασε ήταν πόνος, πυρετός, ναυτία – εμέτους και πτώση αιματοκρίτη, η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση 1.200cc αίματος.

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>- Έντονα ψυχοκινητικά προβλήματα όσον αφορά τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας της.</p>	<p>- Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>- Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης. - Ειλικρινή συμπαράσταση. - Παροχή πληροφοριών για τη φύση της ασθένειάς της και το είδος θεραπείας</p>	<p>-Κατανοήθηκαν τα ψυχολογικά προβλήματα της άρρωστης και μέσω τις διαλεκτικής οδού δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με την έκβαση της ασθένειας.</p>	<p>- Η ασθενής μετά τη συζήτηση φάνηκε περισσότερο ήρεμη.</p>
<p>* Αγωνία, φόβος και άγχος για την διεξαγωγή της εγχείρησης</p>	<p>*Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νιώθει η ασθενής. *Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης.</p>	<p>*Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνσή της να εκδηλώσει τους φόβους και τις ανησυχίες της. *Παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης. *Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς για την καλή και επιτυχή έκβαση της επέμβασης αλλά και της πορείας της μετεγχειρητικά. *Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου.</p>	<p>*Έγινε συζήτηση με την ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά της. *Δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την κατάστασή της μετεγχειρητικά. *Διαβεβαιώθηκε η ασθενής για την επιτυχία της επέμβασης και την ομαλή μετεγχειρητική της κατάσταση. *Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε στην ασθενή 1tab lexotalin 3mg το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου για να ηρεμήσει.</p>	<p>*Μετά από συζήτηση η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη και αποδέχθηκε καλύτερο το γεγονός της επέμβασης</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
ΕΓενική προεγχειρητική προετοιμασία	Ε.Σωματική τόνωση της ασθενούς.	Ε.Διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες, φτωχό σε λίπη. Ε.Παρεντερική χορήγηση υγρού.	Ε.Χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη. Ε.Χορήγηση ελαφράς τροφής τις δύο τελευταίες ημέρες. Ε.Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς. Ε.Χορήγηση ενδοφλέβιας Dextrose 5% 1000cc 1x1 για 5 ημέρες. Ε.Ενδοφλέβια χορήγηση N/S 0.9% 1000cc 1x1.	Ε.Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. Ε.Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα για 6 ώρες πριν την εγχείρηση για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ε.Επαρκής θρέψη της ασθενούς με Dextrose 5%.
-Γενική προεγχειρητική προετοιμασία.	-Καθαριότητα του ασθενούς.	-Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. -Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.	-Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με δύο υποκλυσμούς. -Ο ένας έγινε το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση. -Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή την παραμονή της εγχείρησης.	-Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης από το χειρουργό. -Επιτεύχθηκε καθαρισμός του σώματος της ασθενούς που είναι απαραίτητος για την αποφυγή μόλυνσης του τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
*Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	*Πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων θρομβοφλεβίτιδας. *Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου.	*Εκπαίδευση της ασθενούς για μετεγχειρητικές ασκήσεις. *Καθαρισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου.	*Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς για τη συχνή αλλαγή της θέσης της και να παίρνει βαθιές αναπνοές. *Έγινε καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου, την παραμονή της εγχείρησης.	*Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος. *Επιτεύχθηκε ο καθαρισμός και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων.
Ξ Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	ΞΓενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς και κατάλληλη ένδυση και προετοιμασία της για την εισαγωγή στο χειρουργείο.	ΞΛήψη ζωτικών σημείων. ΞΚένωση της ουροδόχου κύστεως. ΞΈνδυση της ασθενούς. ΞΑφαίρεση κοσμημάτων της ασθενούς.	ΞΛήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς το πρωί της ημέρας της εγχείρησης. ΞΟύρησε η ασθενής πριν φορέσει τη ρόμπα για το χειρουργείο. ΞΝτύθηκε η ασθενής με τη ρόμπα του χειρουργείου και τα ποδονάρια, αφού πρώτα αφαιρέθηκαν τα κοσμήματά της.	ΞΚαλά ζωτικά σημεία. ΞΕκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για την αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι ή αποφυγή τραυματισμού της. ΞΗ ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο που θα διευκολύνει το έργο του χειρουργού.

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>-Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.</p>	<p>-Γενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς. -Κατάλληλη θέση. -Απονάρκωση. -Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. -Σωστή φροντίδα του χειρουργικού τραύματος. -Καλή λειτουργία των παροχетеύσεων.</p>	<p>-Έλεγχος των ζωτικών σημείων. -Θέση ύπτια με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι. -Παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος και παροχетеυτικών σωλήνων για τυχόν απόφραξη.</p>	<p>-Έγινε η λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. -Η ασθενής τοποθετήθηκε μετά το χειρουργείο στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. -Έγιναν συχνές αλλαγές στο χειρουργικό τραύμα. -Παρακολούθηση των παροχетеυτικών σωλήνων και έγκαιρη αλλαγή τους.</p>	<p>-Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. -Καλή γενική κατάσταση. -Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι. Η ασθενής ξύπνησε μετά 1 ώρα. -Το χειρουργικό τραύμα διατηρήθηκε στεγνό και καθαρό. -Οι παροχетеύσεις λειτουργούν κανονικά.</p>
<p>*Έντονος πόνος από την ένταση της ασθενούς και από την επέμβαση.</p>	<p>*Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνισή του.</p>	<p>*Ανακούφιση από τον πόνο με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. *Εξασφάλιση ηρεμίας και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. *Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της.</p>	<p>*Συστηματική χορήγηση μετά από ιατρική εντολή αναλγητικών φαρμάκων. *Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο. *Τακτική αλλαγή της θέσεως της ασθενούς. Ζεστό και φιλικό πλησίασμα της άρρωστης και συζήτηση μαζί της. *Χορηγήθηκε 1amp Zideron I.M. Επί πόνου και στη συνέχεια 1 amp Arotel I.M.</p>	<p>*Μείωση της έντασης του πόνου και μυϊκή χαλάρωση. *Πρόκληση ύπνου στην ασθενή.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>ΞΝαυτία – Έμετος (μετεγχειρητικά)</p>	<p>ΞΝα απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι έμετοι. ΞΝα διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών. ΞΝα προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών. ΞΗρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p>	<p>ΞΆμεση προμήθευση νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη και άμεση απομάκρυνσή του, προς αποφυγή πρόκλησης επιπρόσθετης ναυτίας και εμέτου. ΞΤοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς προς τα πλάγια για να αποφευχθεί επανεισρόφηση εμεσμάτων. ΞΔιατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. ΞΕνημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης. ΞΧορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, μετά από εντολή ιατρού. ΞΠρόσθεση επιπλέον υγρών, προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία.</p>	<p>ΞΤοποθετήθηκε στη σωστή θέση. ΞΔιατηρήθηκε καθαρή, με προστασία των κλινοσκεπασμάτων και του νυχτικού κατά τη διάρκεια των εμέτων. ΞΠλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. ΞΧορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (1lt N/S 0,9%) και αποφεύχθη η αφυδάτωση. ΞΗ ασθενής ενημερώθηκε για την αιτιολογία του εμέτου και ηρέμησε. ΞΧορηγήθηκε 1amp, Primperan IV στον ορό.</p>	<p>ΞΗ ασθενής απαλλάχθηκε από τους εμέτους. ΞΝιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>*Πυρετός 38,9° C την πρώτη και δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.</p>	<p>*Επαναφορά της ασθενούς στην φυσιολογική της θερμοκρασία.</p>	<p>*Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. *Σημείωση της θερμοκρασίας σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα. *Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά. *Εφαρμογή ψυχρών επιθέματων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. *Παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>*Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Ponstan. Ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε ενδομυϊκή ένεση Aprotel. -Έγινε τρίωρη θερμομέτρηση. Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα με την άνοδο της θερμοκρασίας. *Η ποσότητα των αποβαλλόμενων υγρών παρακολουθήθηκε και ήταν φυσιολογική.</p>	<p>*Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα. *Θερμοκρασία ασθενούς 36,8°C.</p>
<p>-Χαμηλή τιμή αιματοκρίτη (27%).</p>	<p>-Αύξηση του κυκλοφορούμενου όγκου αίματος. -Εξάλειψη της αναιμίας.</p>	<p>-Μετάγγιση αίματος. -Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής. -Παρακολούθηση ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων. -Καταγραφή της νοσηλείας. -Χορήγηση της κατάλληλης διαίτας.</p>	<p>-Χορήγηση 1.200cc αίματος. -Έλεγχος του αίματος για φυσαλίδες, αλλαγή της χροιάς και θολερότητα. -Έλεγχος των ετικετών του δότη και του δέκτη για ομάδα και Rh, και εξακρίβωση της ταυτότητας της ασθενούς. -Έλεγχος της ημερομηνίας λήξεως του αίματος και αν έχει υπογραφεί από το γιατρό της αιμοδοσίας. -Λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς, τα οποία είναι σε φυσιολογικά</p>	<p>-Ο αιματοκρίτης της ασθενούς αυξήθηκε στο 34,7%. -Η αναιμία βελτιώθηκε.</p>

			<p>πλαίσια.</p> <ul style="list-style-type: none">-Σύνδεση του ασκού με άσηπτη τεχνική.-Ρύθμιση αργά της ροής του αίματος και λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 10-15 λεπτά.-Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων από το αίμα, όπως μυρμηκίαση στα άκρα, οσφυαλγία, ρίγος, πτώση πίεσης, πυρετό, ταχυκαρδία, κυάνωση, ερυθρότητα προσώπου, αύξηση αναπνοών, ναυτία, εμέτους, ψυχρό ιδρώτα.-Η ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και μετάγγιση εξελίσσεται ομαλά.	
--	--	--	---	--

βιβλιογραφία

1. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ» Β' ΕΚΔΟΣΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1986, ΣΕΛ. 33-34, 63-64, 69, 309-310, 314-316.
2. ΖΟΥΡΛΑΣ ΠΑΝΤ. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ: «ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ, 1986, ΣΕΛ 478-492.
3. ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ Χ.Α.: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1988, ΣΕΛ. 197-209.
4. ΚΟΛΟΚΥΘΑ ΗΛΙΑ: «ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.», ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1992, ΣΕΛ. 165-167.
5. Θ. ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ, Ι.Ν. ΜΠΟΝΤΗΣ, Δ. ΒΑΒΙΛΗΣ: «ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1999.
6. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝ. Α. : «ΕΠΙΤΟΜΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ», ΕΒΔΟΜΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», ΑΘΗΝΑ 1993, σελ. 395-403.
7. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε. ΛΩΛΗ: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ», ΤΟΜΟΣ Α', ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», ΑΘΗΝΑ, 1995, ΣΕΛ. 369, 373.
8. ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓΙΟΣ: «ΣΥΝΟΨΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», ΑΘΗΝΑ, 1995, ΣΕΛ. 460-470.
9. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΧ.: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΒΑΣΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ, ΓΕΝΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1996, σελ. 370-409
10. ΚΡΕΑΤΣΑ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ Ι, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ», ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ, 1998, σελ. 293 –309.
11. ΜΙΧΑΛΑΣ Σ. Π.: «ΕΠΙΤΟΜΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., ΑΘΗΝΑ, 2000, σελ. 597-609, 632-634.
12. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. ΝΙΚΟΥ: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ, 1995 σελ. 67-71

13. MATERIA MEDICA GRECA: ΘΗΚΩΜΑΤΑ ΩΟΘΗΚΩΝ, ΜΕΛΕΤΗ 31 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ, ΤΟΜΟΣ 15^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 6⁰, 1987, σελ. 467-471.
14. GOVAN/ HARTICALLANDER: «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ», ΝΕΑ ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΘΗΝΑ, 1993.
15. ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΡΙΑΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ, ΤΟΜΟΣ 61^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 2⁰, 1992.
16. ΙΑΤΡΙΚΗ: ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΡΧΕΓΟΝΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ, ΤΟΜΟΣ 49^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 50, 1986, σελ. 307-316.
17. ΓΑΛΗΝΟΣ: ΑΡΡΕΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ, ΤΟΜΟΣ 32^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 1⁰, 1990, σελ. 94-100.
18. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΩΔΟΥΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ, ΤΟΜΟΣ 60^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 40, 1994, σελ. 331-333.
19. ΓΑΛΗΝΟΣ: ΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΩΟΘΗΚΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΙΓΣ, ΤΟΜΟΣ 39^{0Σ}, ΤΕΥΧΟΣ 2⁰, 1997, σελ. 190-197.
20. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ, ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ, σελ. 93-94, ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1999 – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2000, ΑΘΗΝΑ, 2001.
21. ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ.Ε.: «ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ», ΕΚΔΟΣΗ Ε', ΑΘΗΝΑ, 1995, σελ. 185-188, 191-195, 198-199, 201-203.
22. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ.: «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», ΤΟΜΟΣ Β', ΜΕΡΟΣ 2⁰, ΕΚΔΟΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΟΓΔΟΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ «Η ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ, 1997, σελ. 95-96, 113-118, 139-151.