

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΜΠΕΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Κ. ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Έξω γεννητικά όργανα
- 1.2 Έσω γεννητικά όργανα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Ανατομία ωοθήκης
- 2.2 Φυσιολογία ωοθήκης
- 2.3 Ιστολογία ωοθήκης
- 2.4 Λειτουργία ωοθήκης

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Διαπλαστικές ανωμαλίες ωοθήκης
- 1.2 Διαταραχές που εντοπίζονται στις ωοθήκες
- 1.3 Φλεγμονές ωοθηκών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Παθήσεις των ωοθηκών – όγκοι ωοθηκών
- 2.2 Φυσικά σημεία των ωοθηκών όγκων
- 2.3 Διαφορική Διάγνωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1 Καλοήθη νεοπλάσματα ωοθηκών
- 3.2 Κακοήθη νεοπλάσματα ωοθηκών
- 3.3 Κλινικά στάδια των ωοθηκών όγκων
- 3.4 Μεταστάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- 4.1 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών – ορισμός
- 4.2 Συχνότητα – Ηλικία – Αίτια – Συμπτώματα
- 4.3 Διαφορική Διάγνωση
- 4.4 Επιπλοκές - Θεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- 5.1 Εγχειρήσεις ωοθηκών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- 6.1 Χειρουργική θεραπεία
- 6.2 Ακτινοθεραπεία
- 6.3 Χημειοθεραπεία
- 6.4 Λοιπαροτομία – δεύτερης ματιάς -
- 6.5 Ακτινεοπλασματική φαρμακοθεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- 7.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ιατρική, Τέχνη στην αρχή και ύστερα επιστήμη, έχει σκοπό πρώτα να προστατεύει και να διατηρεί την υγεία του ανθρώπου κι ύστερα να επαναφέρει σε φυσιολογική κατάσταση λειτουργίες του οργανισμού του, που έχουν διαταραχθεί. Η Γυναικολογία είναι η ειδικότητα της ιατρικής, που περιορίζει τον παραπάνω σκοπό στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Η ειδικότητα της Γυναικολογίας και η ειδικότητα της Μαιευτικής, που αναφέρεται σ' ό,τι αφορά στην κύηση, στον τοκετό και στη λοχεία, αφού, και η μία και η άλλη αναφέρονται σε "νόσους των γυναικών", αρχικά υπήρξαν αδιαίρετες.

Πολύ αργότερα, στο δέκατο έβδομο και δέκατο όγδοο αιώνα, η Γυναικολογία αρχίζει ν' απομακρύνεται από τη Μαιευτική και τη Χειρουργική. Ωστόσο, στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα βρίσκεται χειραφετημένη και ακηδεμόνευτη. Στις ημέρες μας, η πρόοδος της Ιατρικής και ιδιαίτερα της Εγχειρητικής επέδρασαν στην αποσκίρτηση και στην αναγέννηση της Γυναικολογίας.

Η συγγραφή "Γυναικολογίας", όπως και κάθε συγγράμματος, απαιτεί μάθηση, εμπειρία, κρίση και θάρρος. Απαιτεί, ακόμη, υψηλό στοχασμό, ευσυνειδησία, κριτική σκέψη και προσοχή σε κάθε αμφιβολία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Γυναικολογία γεννήθηκε μαζί με τον άνθρωπο. Από την εποχή, που παρουσιάστηκε η πρώτη γυναίκα στον πλανήτη μας, και από τη στιγμή, που εμφανίστηκε η πρώτη σταγόνα αίματος της πρώτης εμμηνορρυσίας της.

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωνιση του είδους.

Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Εκτός όμως από την αποστολή αυτή υπάρχουν σημαντικές παθήσεις που αφορούν την σημερινή γυναίκα όπως π.χ. είναι οι φλεγμονές και οι καρκίνοι οποιοδήποτε μέρος του συστήματος της. Πάρα τις προσπάθειες που καταβάλλονται για την αντιμετώπιση τους μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί που θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση. Ένα σημαντικό πρόβλημα που απασχολεί τον περισσότερο γυναικείο πληθυσμό είναι παθήσεις των ωοθηκών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Έξω γεννητικά όργανα

Ως έξω γεννητικά όργανα ή αιδοίο προσδιορίζεται το τμήμα των γεννητικών οργάνων, που εντοπίζεται μεταξύ των μηροβουβωνικών πτυχών προς τα πλάγια, του εφηβαίου προς τα εμπρός και του πρωκτού προς τα πίσω. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, το πρόδρομο του κολεού, το στόμιο της ουρήθρας, την είσοδο του κόλπου, τον παρθενικό υμένα, τους βαρθολίνειους αδένες, τους παραουρηθρικούς αδένες ή πόρους του Skene και του βολβού του προδόμου του κολεού.

1.2 Έσω γεννητικά όργανα

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι τα εξής:

Û Ο κόλπος: επιμήκης σωλήνας σχήματος Η (σε εγκάρσια διατομή) με κατεύθυνση προς τα πίσω και άνω (σε όρθια γυναίκα) και με βλεννογόνο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο χωρίς αδένες.

Û Ο τράχηλος: κωνοειδές, σκληρό όργανο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο στην ενδοκολπική επιφάνεια και κυλινδρικό στον αυλό.

Û Σώμα της μήτρας: μυώδες όργανο σε σχήμα ανεστραμμένου απιδίου, σε πρόσθια κλίση και κάμψη, που καλύπτεται από περιτόναιο.

Û Σάλπιγγες: λεπτοί αγωγοί που εξορμούνται από τα κέρατα της μήτρας και διανοίγονται ελεύθερα προς την περιτοναϊκή κοιλότητα με ορογόνο χιτώνα στην εξωτερική επιφάνεια και κυβοειδές επιθήλιο στον αυλό.

Û Ωοθήκες: λευκωπά, ωοειδή και ελαφρώς πλατιά όργανα, που στηρίζονται εγκαρσίως στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα με το μεσωθήκιο και τους <<ίδιους συνδέσμους της ωοθήκης>>.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ανατομία ωοθηκών

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

Η επιφάνεια των ωοθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμαση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάσουν, σχηματίζουν ωχρο σωματίο και ύστερα μικροσκοπική ουλή. Έτσι, η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου.

Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν και η επιφάνεια τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

Στήριξη. Οι ωοθήκες βρίσκονται στη θέση, που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητρωθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσσωθήκια.

Κρεμαστήρες. Αυτοί εκφύονται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύονται στους άνω πόλους των ωοθηκών, έτσι που να μοιάζουν πως τις κρεμάνε. Μέσα από αυτούς περνάνε τα ωοθηκικά αγγεία.

Μητρωθηκικοί ή ίδιοι σύνδεσμοι των ωοθηκών. Αυτοί συνδέουν τους κάτω πόλους των ωοθηκών με τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, πίσω από τις εκφύσεις των σαλπίγγων.

Μεσσωθήκια. Αυτά συνδέουν τα οπίσθια πέταλα των πλατεών συνδέσμων με τα πρόσθια χείλη των ωοθηκών σχηματίζοντας στο σημείο των ενώσεων τους λεπτές ακρολοφίες, τις γραμμές του *Farr*.

Τα οπίσθια χείλη των ωοθηκών είναι ελεύθερα και στρέφονται προς τους ουρητήρες,

2.2 Φυσιολογία – Κατασκευή Ωοθήκης

Υφή. Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες.

Βλαστικό επιθήλιο. Αυτό καλύπτει τις επιφάνειες των ωοθηκών και αποτελείται από ένα στίχο πλατιών κυττάρων. Στο μέρος, που καλύπτει τα ωοθυλάκια, που ωριμάζουν, περιέχει σωματία, όμοια μετά λυσοσώματα. Αυτά κάνουν το τοίχωμα του ώριμου ωοθυλακίου εύθραυστο τη στιγμή της ωοθυλακορρηξίας.

Φλοιώδες ουσία. Αυτή βρίσκεται κάτω από το βλαστικό επιθήλιο ύστερα από παρεμβολή του *ινώδη χιτώνα*, που αποτελεί λεπτή ζώνη, το πάχος της οποίας αυξάνεται σε παθολογικές καταστάσεις των ωοθηκών και ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας.

Η φλοιώδης ουσία έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί μέσα σ' αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό, που λέγεται *στρώμα*, υπάρχουν, σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης τους, τα *ωοθυλάκια*, που στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000. Επίσης, υπάρχουν ωχρά σωματία σε διάφορα στάδια ωρίμασης τους.

Από τα ωοθυλάκια, όπως παρακάτω θα αναφέρουμε, παράγονται ορμόνες, που βρίσκονται κάτω από το ν έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Αλλά και το στρώμα της φλοιώδους ουσίας βρίσκεται κάτω από την ίδια επίδραση και μεταβάλλεται στη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου.

Μυελώδης ουσία. Αυτή βρίσκεται στο κέντρο των ωοθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και εμβρυϊκά υπολείμματα.

Πύλες. Είναι το μέρος των ωοθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα τους. Στις πύλες των ωοθηκών υπάρχουν κύτταρα, που μοιάζουν με τα κύτταρα του Leydig των όρχεων. Πιστεύεται, πως αυτά παράγουν ανδρογόνες ορμόνες.

2.3 Ιστολογία ωοθήκης

Η ωοθήκη αποτελείται από 2 στιβάδες, τον αγγειοβριθή μυελό και τον φλοιό. Ο φλοιός συνίσταται από ειδικό ωοθηκικό στρώμα με κυβικό επιθήλιο το οποίο είναι ενδοπεριτοναϊκό όπως και το στόμιο ωαγωγού. Η πύλη χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραωοθηκικών σωλήνων οι οποίοι αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες που καλύπτονται από κροσσωτά επιθήλια και από υποτυπώδη υπολείμματα της γεννητικής ταινίας, το ωοθηκικό δίκτυο, ανάλογα του σπερματικού σωλήνα.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Διαπλαστικές ανωμαλίες ωοθηκών

Διαπλαστική ανωμαλία είναι οι εκτροπές της φυσιολογικής διάπλασης των οργάνων του σώματος, που οφείλονται είτε σε χρωματοσωματικές ανωμαλίες, είτε σε ορμονικές επιδράσεις είτε σε παράγοντες που επέδρασαν στα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

Οι πιο συνηθισμένες διαπλαστικές τους ανωμαλίες είναι:
Απουσία: Αυτή είναι σπάνια διαπλαστική ανωμαλία και, τις περισσότερες φορές, είναι μονόπλευρη και συνοδεύεται από απουσία ολόκληρης της ουρογεννητικής πτυχής, δηλαδή της σύστοιχης σάλπιγγας, της μισής μήτρας, του νεφρού και του ουρητήρα. Η αμφοτερόπλευρη απουσία των ωοθηκών συνοδεύονται με όλα τα τμήματα της ουρογεννητικής πτυχής είναι ασύμβατη με τη ζωή.

Σε κάθε επέμβαση στην ωοθήκη είναι απαραίτητος πρώτα ο έλεγχος της άλλης ωοθήκης, για να διαπιστωθεί η ύπαρξη της και για να καθορίσουμε το είδος της επέμβασης στην πάσχουσα ωοθήκη.

Απλασία. Λέγεται και αγενεσία ή γοναδική δυσγενεσία. Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει έλλειψη καταβολής ωοθηκών ή απουσία ωοθηκικών στοιχείων. Εμφανίζεται μόνη της ή συνδυασμένη με άλλη διαπλαστική ανωμαλία, που είναι συμβατή με τη ζωή.

Υπεράριθμες. Σπάνια απαντάται τρίτη ωοθήκη κοντά σε μία από τις δύο.

Παραπληρωματικές. Η ανάπτυξη ωοθηκικού ιστού σε μικρό μέγεθος, που βρίσκεται κατά μήκος της πορείας, που ακολούθησε η ωοθήκη στην κάθοδο της μέσα στην πύελο, είναι δυνατό να παρατηρηθεί και να δικαιολογήσει την εμφάνιση εμμηνορρυσίας, ύστερα από αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομία και την ανάπτυξη ωοθηκικών κύστεων ή άλλων παθήσεων των ωοθηκών σε απρόβλεπτες θέσεις.

Έκτοπε. Σπάνια, είναι δυνατό να υπάρχει έκτοπη ωοθήκη από αναχαίτιση της καθόδου της στην πύελο.

Ωοθηκόρρηξ. Αυτός υπάρχει σε περιπτώσεις αληθινού ερμαφροδιτισμού.

1.2 Διαταραχές που εντοπίζονται στις ωοθήκες

Τα σύνδρομα Swyer και Turner αφορούν καταστάσεις στις οποίες τα ωοθυλάκια εξαντλήθηκαν πρώιμα, συνήθως κατά την εμβρυϊκή περίοδο προκαλώντας έτσι ανεπάρκεια των ωοθηκών και αύξηση των γονοδοτροπίνων (Υπεργοναδοτροπικός υπογοναδισμός).

Πρώιμη εμμηνόπαυση ή πρώιμη ανεπάρκεια ωοθηκών

Η πρώιμη εμμηνόπαυση οφείλεται σε ταχεία εξαφάνιση ή μεγάλη ελάττωση του αριθμού των ωοθυλακίων.

Στις γυναίκες αυτές ο γεννητικός κύκλος παύει να υπάρχει πολύ πριν την ηλικία των 40 ετών και εμφανίζεται αύξηση των γονοδοτροπίνων και συμπτώματα από έλλειψη οιστρογόνων όπως οι εξάψεις και η ξηρότητα του κόλπου.

Η αιτιολογία της κατάστασης είναι άγνωστη. Έχουν ενοχοποιηθεί

• από αρχής ελαττωμένος αριθμός ωοθηκών

• αύξηση του αριθμού των ωοθυλακίων που μπαίνουν στη διαδικασία ωρίμανσης και επομένως γρήγορη εξάντληση τους

• και η αυτοανασοποίηση

Εδώ πρέπει να αναφερθούν και οι περιπτώσεις πρώιμης εμμηνόπαυσης που οφείλεται σε:

• Χορήγηση αντιβιοτικών

• Ακτινοβολία

• Απόστημα ωοθηκών

• Χειρουργική αφαίρεση

• Διακοπή της αιματώσεως των ωοθηκών

Σχετική πρόσφατη μελέτη κατατάσσει τις γυναίκες με πρώιμη εμμηνόπαυση σε τρεις ομάδες.

A)Γυναίκες με ατελώς αναπτυγμένα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου που ή δεν εμφάνισαν ποτέ περίοδο ή εμφάνισαν μια φορά μόνο. Η απώλεια δηλαδή των ωοθυλακίων έγινε πριν ή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της ήβης.

B)Ασθενείς με πλήρη ωρίμανση των χαρακτηριστικών του φύλου και κανονική περίοδο μέχρι την εμφάνιση της αμηνόρροιας. Η απώλεια των ωοθυλακίων έγινε γρήγορα αλλά μετά την ολοκλήρωση της ήβης. Η διάρκεια της γεννητικής ζωής των γυναικών αυτών ήταν μικρότερη από το μισό της συνηθισμένης. Πολλές από τις γυναίκες αυτές ανήκουν σε οικογένειες που και αλλά θήλεα παρουσίασαν πρώιμη εμμηνόπαυση.

Γ)Ασθενείς που μετά από μεγάλα διαστήματα αμηνόρροιας εμφάνισαν σποραδικά περίοδο και ένας μικρός αριθμός πέτυχε εγκυμοσύνη χωρίς θεραπεία.

Η αυτοανασοποίηση είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή αιτιολογική πιθανότητα, δεδομένου ότι αναφέρονται περιπτώσεις με πρώιμη εμμηνόπαυση που μπορεί να συνοδεύονται σε μια ή περισσότερες από τις εξής καταστάσεις: ρευματική νόσο, ανεπάρκεια των επινεφριδίων ή θυρεοειδίτιδα.

Η έρευνα για τη διάγνωση περιλαμβάνει εκτός από το ιστορικό και την προσεκτική γενική κατά συστήματα εξέταση τα εξής:

ÛΧρωμοσωματικό έλεγχο σε κάθε περίπτωση αμηνόρροιας κάτω των 30 ετών.

ÛΜέτρηση ασβεστίου και φωσφόρου στον ορό του αίματος.

ÛΜέτρηση των συγκεντρώσεων των πρωτεϊνών.

ÛΈλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς και μέτρηση αντισωμάτων.

ÛΈλεγχο των επινεφριδίων με χορήγηση ACTH.

Û Μέτρηση FSH, LH και 17β – οιστραδιόλης κάθε εβδομάδα για ένα μήνα.

Συνήθως διαπιστώνεται Υπεργοναδοτροπικός υπογοναδισμός δηλαδή αυξημένοι επίπεδα FSH, LH και πολύ χαμηλά 17 – β οιστραδιόλης. Αν όμως η οιστραδιόλη είναι σε υψηλότερα επίπεδα των εμμηνοπαυσιακών σε οποιοδήποτε από τα δείγματα και τα επίπεδα της LH είναι υψηλότερα της FSH τότε η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνες έχει μικρές πιθανότητες επιτυχίας. Θα πρέπει όμως πριν να αποδειχθεί με βιοψία ωοθηκών, ύπαρξη ωοθυλακίων. Αυτή είναι η μόνη περίπτωση που έχει νόημα η προσπάθεια προκλήσεως ωοθυλακιορρηξίας. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις γίνεται θεραπεία υποκατάστασης, με σκοπό την ελάττωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και επιβράδυνση της οστεοπόρωσης.

Ανθιστάμενη στις γοναδοτροπίνες ωοθήκη

Έχει περιγραφεί μια ομάδα ασθενών με πρωτοπαθή αμηνόρροια, στις οποίες υπάρχουν ενδείξεις αντίστασης των ωοθηκών στις γοναδοτροπίνες. Οι ασθενείς αυτές έχουν μικρές υποπλαστικές ωοθήκες που περιέχουν φυσιολογικά αλλά αδρανή ωοθυλάκια. Τα οιστρογόνα είναι ελαττωμένα αλλά σε επίπεδα υψηλότερα των εμμηνοπαυσιακών.

Η διαταραχή αυτή (που πιθανότητα αποτελεί μέρος του φάσματος της πρώιμης ανεπάρκειας των ωοθηκών και ίσως να ανήκει στην ομάδα των γυναικών με την κατά καιρούς εμφάνιση ωοθηκικής λειτουργίας) ονομάζεται σύνδρομο ανθιστάμενης ωοθήκης.

Η διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία των ωοθηκών, μετά από λαπαροτομία, γιατί τα τεμάχια που μπορεί να πάρει κανείς με τη λαπαροσκόπηση δεν είναι επαρκή.

Θεραπευτικά έχουν χρησιμοποιηθεί η χορήγηση κορτικοειδών και η πλασμαφαίρεση με πενιχρά αποτελέσματα.

1.3 Φλεγμονές Ωοθηκών

Τις φλεγμονές των ωοθηκών, προκαλούν ο γονόκοκκος, τα χλαμύδια και διάφορα αερόβια και αναερόβια μικρόβια, που μεταφέρονται από τον κόλπο στη μήτρα, είτε μετά από συνουσία,

είτε μετά από επέμβαση. Επίσης, η μεταφορά μπορεί να γίνει από το πεπτικό σύστημα, όπως στη σκωληκοειδίτιδα, είτε από το αίμα, όπως στη φυματίωση είτε από το κοιλιακό στόμιο της σάλπιγγας, ύστερα από φλεγμονή της πυέλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Παθήσεις ωοθηκών

Κλινική εικόνα των ωοθηκικών όγκων

Οι όγκοι των ωοθηκών εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία αλλά συχνότερα μεταξύ 30 και 60 χρονών. Στις ηλικιωμένες ασθενείς η πιθανότητα κακοήθειας του όγκου, είναι μεγαλύτερη. Λόγο της έλλειψης ειδικών συμπτωμάτων, οι μη επιπλεκόμενοι όγκοι καθίστανται συχνά μεγάλοι, ωστόσο οι ασθενείς επισκεφτούν τον γιατρό.

Η έμμηνος ρύση σπάνια διαταράσσεται και οποιαδήποτε ανωμαλία αυτής, αποδίδεται στην «ηλικία της ασθενούς». Αυτή αναφέρει ότι τα ενδύματά της έχουν γίνει «στενά» και αν η διόγκωση της κοιλίας συνοδεύεται από αμηνόρροια, πιστεύει ότι είναι έγκυος.

Συμπτώματα από πίεση

Συνήθως παρατηρείται συχνουρία και αμβλύ άλγος στο υπογάστριο. Εάν ο όγκος είναι αρκετά μεγάλος μπορεί να παρουσιαστεί αναπνευστική δυσχέρεια και οίδημα ή κίρσοι κάτω ακρών. Επίσης παρατηρείται και η χαρακτηριστική “ωοθηκική καχεξία” η οποία οφείλεται πιθανόν στη διαταραχή της λειτουργίας της πέψης.

2.2 Φυσικά σημεία των ωοθηκικών όγκων

Οι μικρά όγκο παραμένουν εκτός της πυέλου και αποκαλύπτονται μόνο κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Οι μεγαλύτεροι όγκοι καταλαμβάνουν την πύελο και βρίσκονται μεταξύ της μήτρας και του ιερού οστού. Αν η ασθενής δεν είναι παχύσαρκη είναι δυνατό κατά την εξέταση να ψηλαφηθεί η μήτρα η οποία βρίσκεται ανεξάρτητα από τον όγκο.

Ο όγκος ο οποίος καταλαμβάνει τη κοιλιά προκαλεί τάση και διόγκωση αυτής.

Στο στάδιο αυτό είναι δύσκολη η κατάταξη ή ο αποκλεισμός της κακοήθειας του όγκου αλλά οι μεγάλοι όμως όγκοι είναι πιθανό να είναι καλοήθεις.

Ένας πρωτοπαθής κακοήθης όγκος προκαλεί το θάνατο της ασθενούς πριν φτάσει σε αυτό το μέγεθος.

Εάν τώρα η ασθενής έχει λεπτά κοιλιακά τοιχώματα είναι δυνατό να ψηλαφηθούν ανώμαλα μορφώματα. Μερικές φορές υποψιαζόμαστε την ύπαρξη δύο όγκων.

Μερικοί όγκοι μετρίου μεγέθους έχουν μακρύ μίσχο ο οποίος αποτελείται από πλατύ σύνδεσμο και τη σάλπιγγα τα οποία έχουν λεπτύνει και επιμηκυνθεί. Αυτό επιτρέπει στον όγκο να μετατοπίζεται ή να καταλαμβάνει μια υψηλή θέση στη κοιλιά.

2.3 Διαφορική διάγνωση

Ο πεπειραμένος γιατρός θα αναγνωρίσει έναν όγκο της ωοθήκης κυρίως από το γεγονός ότι στις περιπτώσεις αυτές ο ωοθηκικός όγκος αποτελεί την πλέον πιθανή διάγνωση. Αλλά σε όλες τις καταστάσεις κατά τις οποίες παρατηρείται διόγκωση της κοιλιάς θα πρέπει να γίνεται ακτινογραφία ή εξέταση με υπέρηχο.

Δύο λάθη θα πρέπει να αποφευχθούν:

1. Η διόγκωση η οποία οφείλεται στην πλήρη ουροδόχο κύστη.
2. Κύηση 16 εβδομάδων. Η εγκύμων μήτρα στο στάδιο αυτό έχει ένα πολύ μαλακό ισθμό ο οποίος μπορεί να ληφθεί ως μίσχος της κύστης.

2.4 Λειτουργίες ωοθήκης

Πρώτη λειτουργία

Σκοπός της πρώτης λειτουργίας είναι η ωρίμανση του γενετικού κυττάρου της γυναίκας, δηλαδή του ωαρίου, έτσι ώστε να είναι έτοιμο και ικανό να γονιμοποιηθεί από το σπερματοζωάριο που επίσης υφίσταται στους όρχεις ανάλογη προετοιμασία. Τα πρωτογενή ωοθυλάκια δηλαδή παρουσιάζουν βαθμιαία ωρίμανση που σχηματικά διαιρείται σε 2 φάσεις.

Πρώτη φάση ή φάση ωρίμανσεως

Αυτή περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

Πρώτο στάδιο (2^η – 6^η ημέρα του κύκλου)

Στο στάδιο αυτό αναπτύσσεται το ωοθυλάκιο φαίνεται ότι η διαδικασία αυτή συμβαίνει σε όλα τα πρωτογενή ωοθυλάκια, είτε αυτά πρόκειται να φτάσουν μέχρι την πλήρη ωρίμανση και ρήξη, είτε πρόκειται να παραμείνουν τελικά άτρητα.

Το αρχικό αυτό στάδιο δεν διακόπτεται ούτε και στη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, παρατηρείται επίσης και στην παιδική ηλικία. Επίσης υπάρχουν σήμερα ενδείξεις ότι το στάδιο αυτό αρχικά δεν επηρεάζεται από τις γοναδοτροπίνες, αφού από το μεγάλο αριθμό των ωοθυλακίων μόνο λίγο θα εξελιχθούν προς ωρίμανση, ενώ τα περισσότερα θα καταλήξουν σε ατρησία. Φαίνεται επίσης ότι ο αριθμός των ωοθυλακίων τα οποία εξελίσσονται σε κάθε κύκλο, επηρεάζεται έμμεσα από τον ολικό αριθμό και το συνολικό μέγεθος όλων των ωοθυλακίων κάθε ωοθήκης. Αργότερα και ενώ ακόμα διαρκεί το στάδιο αυτό, δηλ. κατά την 5^η – 6^η ημέρα του κύκλου αρχίζει η βαθμιαία αύξηση της FSH που οφείλεται στο πολύ χαμηλό επίπεδο των στεροειδών ορμονών, οι οποίες παράγονται από την ωοθήκη και μάλιστα από το εκφυλιζόμενο ωχρό σωματίο του προηγούμενου κύκλου. Την αύξηση της FSH ακολουθεί και η LH αυτό δεν έχει ως αποτέλεσμα την προώθηση της ωρίμανσης στο επόμενο στάδιο. Είναι πάντως βέβαιο ότι οι γοναδοτροπίνες δρουν σε περιορισμένο μόνο αριθμό ωοθυλακίων που εξαρτώνται από την σύνθεση τους σε υποδοχείς και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εκλεκτική εξέλιξη ορισμένων από αυτά στα επόμενα στάδια.

Δεύτερο στάδιο (7^η – 10^η ημέρα κύκλου)

Όσο πιο πολύ αναπτύσσεται το ωοθυλάκιο, κυρίως από την επίδραση της FSH, τόσο πιο πολύ κυτταρικοί υποδοχείς για τις γοναδοτροπίνες δημιουργούνται στην ωοθήκη, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερη αντιδραστική ικανότητα της ωοθήκης προς τις υποφυσιακές αυτές ορμόνες.

Η αύξηση των υποδοχέων της ωοθήκης φαίνεται ότι σχετίζεται με τη στάθμη της οιστραδιόλης, η αλληλεπίδραση δε οιστραδιόλης και FSH ενεργεί συνεργικά για την προετοιμασία της ωοθήκης στη δράση της LH.

Στο στάδιο αυτό αρχίζει να διαφαίνεται η πραγματική ωρίμανση των ωοθυλακίων που χαρακτηρίζεται από τα εξής:

α) Η μειωτική διαίρεση του ωοκυττάρου που έχει φτάσει και σταματήσει στο στάδιο της προφάσεως από την εμβρυϊκή ηλικία, συνεχίζεται. Δημιουργείται έτσι το πρώτο πολικό σωματίο.

β) Υπερπλάσσονται τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας.

γ) Εμφανίζεται η κοιλότητα του ωοθυλακίου και το υγρό μέσα σ' αυτή.

δ) Δημιουργούνται καλά η έστω και έξω θήκη.

ε) Το ωοκύτταρο περιβάλλεται από κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας που σχηματίζουν γύρω του τον ωοφόρο δίσκο και τον ακτινωτό στέφανο, με την ενδιάμεση παρεμβολή της διαφανούς ζώνης.

Τρίτο στάδιο (10^η – 14^η ημέρα του κύκλου)

Το στάδιο αυτό προηγείται της ωοθυλακιορρηξίας. Η βαθμιαία άνοδος της στάθμης των οιστρογόνων έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της FSH. Αντίθετα η LH αυξάνεται απότομα, παρουσιάζοντας την καλούμενη εκκριτική αιχμή και δρα στο ωοθυλάκιο που ωριμάζει για να προκαλέσει τη ρήξη του. Στη φάση αυτή δηλαδή ολοκληρώνεται η ωρίμανση με τις πιο κάτω μεταβολές.

α) Αύξηση του μεγέθους του ωοθυλακίου που φτάνει τώρα στα 12 – 15mm και προσβάλλει την εξωτερική επιφάνεια της ωοθήκης, δημιουργώντας μια υπέγερση που καλείται στίγμα.

β) Σημαντική αύξηση της θυλακικής κοιλότητας και της ποσότητας του θυλακικού υγρού, που απωθεί την κοκκιώδη στιβάδα στην περιφέρεια.

γ) Τέλειος σχηματισμός του ωοφόρου δίσκου γύρω από το ωάριο, από το κύτταρο της κοκκιώδους στιβάδας.

δ) Δεύτερη μειωτική διαίρεση του ωοκυττάρου και αποβολή του δεύτερου πολικού σωματίου. Στη φάση αυτή το ωοκύτταρο έχει μέγεθος 150 – 200μ και είναι ώριμο για γονιμοποίηση.

ε) Απόσπασση του ωοκυττάρου με τον ακτινωτό στέφανο από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας, που έτσι πλέει μέσα στο θυλακικό υγρό ελεύθερο.

στ) Μεγάλη λέπτυνση της έσω θήκης που σχεδόν εξαφανίζεται και βρίσκεται σε στενή επαφή με την έξω θήκη, η οποία διατηρεί το πάχος της.

Τέταρτο στάδιο ή ωοθυλακιορρηξίας (14^η ημέρα του κύκλου)

Στο στάδιο αυτό το ωάριο, καθώς περιβάλλεται από τον ακτινωτό στέφανο, φτάνει στο στίγμα που σε μια ορισμένη στιγμή σπάει, με αποτέλεσμα την εκτόξευση του ωαρίου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα και την προσρόφησή του στη συνέχεια από το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας, προκειμένου να προωθηθεί μέσα στον αυλό της για γονιμοποίηση. Στο σπασμένο ωοθυλάκιο απομένει η κοκκιώδης στιβάδα και οι θήκες, ενώ η μεγαλύτερη ποσότητα του θυλακικού υγρού χύνεται κι αυτή προς τα έξω και προς στιγμή η κοιλότητα παρουσιάζεται κενή, έως ότου αρχίζει να γεμίζει αίμα που προέρχεται από μικρή τριχοειδική αιμορραγία του σημείου ρήξεως.

Ο μηχανισμός που εξασφαλίζει τόσο την ωρίμανση του ωοθυλακίου όσο και την ωοθυλακιορρηξία στηρίζεται σε μια ισορροπημένη αλληλεπίδραση των οιστρογόνων της ωοθήκης και των γοναδοτροπίνων, με βάση μηχανισμούς θετικών και αρνητικών παλίνδρομων αλληλοεπιδράσεων.

Δεύτερη φάση ή φάση του ωχρού σωματίου

Στο υπολείμματά του σπασμένου ωοθυλακίου που όπως αναφέρθηκε γέμισε με αίμα αρχίζει βαθμιαία μετατροπή των κυττάρων της κοκκιώδους στιβάδας σε ωχρινοφόρα, με την πρόσληψη λιποειδών. Η διαδικασία αυτή χαρακτηρίζεται ως ωχρινοποίηση και συνίσταται κυρίως στη δράση της LH πάνω στους ειδικούς ωοθηκικούς υποδοχείς. Το σωματίο που ήδη σχηματίζεται ονομάζεται ωχρο σωματίο, η δε βασική λειτουργία του είναι η συνέχιση της παραγωγής των οιστρογόνων, αλλά

κυρίως της προγεστερόνης για την καλύτερη προετοιμασία του ενδομητρίου.

Πρώτο στάδιο: υπεραιμία (14^η – 16^η ημέρα του κύκλου).

Σε αυτό το στάδιο παρατηρείτε διεύρυνση των αγγείων και αύξηση της ροής αίματος στα αγγεία της θήκης. Παράλληλα διογκώνονται τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας που αντίθετα με την θήκη, στερείται αγγείων.

Δεύτερο στάδιο: αγγείωση (16^η – 20^η ημέρα του κύκλου).

Στη διάρκεια του σταδίου αυτού, γίνεται βαθμιαία ανάπτυξη ενός τριχοειδικού δικτύου μέσα στην κοκκιώδη στιβάδα, από αγγεία που προέρχονται από την έσω θήκη. Αυτή στη συνέχεια υποστρέφεται παρουσιάζοντας βαθμιαία ρίκνωση των κυττάρων της, λόγω απώλειας των λιποειδών του πρωτοπλάσματος τους. Έτσι σχηματίζεται στη θέση της μία λεπτή κυματοειδής παρυφή, που αποτελεί και το εξωτερικό περίβλημα του ωχρού σωματίου. Αντίθετα με τα κύτταρα της θήκης, στο ίδιο χρονικό διάστημα, τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας υπερπλάσσονται και υπερτρέφονται. Αποκτούν έτσι άφθονο, οξύφιλο πρωτόπλασμα και μικρούς βαθυχρωματικούς πυρήνες με πολυάριθμες μιτώσεις μετατρέπόμενα σε ωχρινοφόρα.

Τρίτο στάδιο: ωρίμανση (20^η – 23^η ημέρα του κύκλου)

Το στάδιο αυτό ταυτίζεται χρονικά με την ακμή του ωχρού σωματίου. Σε αυτό παρατηρείται η μεγαλύτερη του ανάπτυξη που συμπίπτει με το μέγιστο της λειτουργίας του δηλαδή της ορμονικής του παραγωγής. Το ωχρό σωματίο φτάνει στο στάδιο αυτό στη διάμετρο του 1 – 1,5εκ, ενώ συγχρόνως αρχίζει να παρουσιάζει βραδεία αλλά προοδευτική απορρόφηση των τριχοειδών του αγγείου, τα οποία κατά το τέλος της διάρκειας αυτού του σταδίου, δηλαδή κατά την 22^η – 23^η ημέρα του κύκλου εξαφανίζονται τελείως.

Τέταρτο στάδιο: ωχρινόλυση ή υποστροφή (23^η – 28^η ημέρα κύκλου)

Αν δε γίνει γονιμοποίηση, αρχίζει η διαδικασία εκφυλίσεως του κυττάρου του σωματίου αυτού, η οποία ονομάζεται ωχρινόλυση. Αυτή η διαδικασία οφείλεται στην επίδραση του φαινομένου της αρνητικής παλίνδρομης αλληλορυθμίσεως, που οδηγεί σε ελάττωση των γοναδοτροπινών, λόγω της αύξησης των ωοθηκικών ορμονών. Στην υποστροφή αυτή του ωχρού σωματίου υπεισέρχεται επίσης η τοπική δράση των προσταγλανδινών με μηχανισμούς όχι ακόμα απόλυτα σαφείς. Η τελική πάντως μορφολογική διαφοροποίηση του φαινομένου της ωχρινολύσεως συνίσταται στην κενοδοπιώδη εκφύλιση των ωχρινοφόρων κυττάρων, τα οποία προσλαμβάνουν όψη επιθηλιοειδών κυττάρων. Από τα κύτταρα αυτά καθώς και από άλλα ινοβλαστικά στοιχεία του ωοθηκικού υποστρώματος αρχίζει η μετατροπή του ωχρού σωματίου σε ένα ινώδη σχηματισμό. Από αυτόν προκύπτει με την εξέλιξη των πιο πάνω ουλοποιητικών εξεργασιών το λευκό σωματίο.

Έτσι κλείνει γύρω στην 28^η ημέρα η ζωή του ωχρού σωματίου και μαζί της και η δεύτερη φάση του κύκλου. Στη θέση του υποστραφέντος ωχρού σωματίου παραμένει το λευκό σωματίο αφού ολοκληρωθούν οι ουλοποιητικές εξεργασίες που διαρκούν αρκετές εβδομάδες.

Η εξαφάνιση εξάλλου κάθε ορμονικής παραγωγής από το υποστραφέν αυτό ωχρο σωματίο έχει σαν αποτέλεσμα σημαντικές μεταβολές στον ενδομητρικό βλεννογόνο που οδηγούν τελικά στη δημιουργία υποεπιθηλιακών αιματωμάτων και στην επίπτωση της λειτουργικής του στιβάδας, δηλαδή στην εμφάνιση της εμμηνόρρυσως.

Δεύτερη λειτουργία

Σκοπός της λειτουργίας αυτής είναι η παραγωγή ορμονών του φύλου. Οι ορμόνες οι οποίες παράγονται και εκκρίνονται από τις ωοθήκες είναι τα οιστρογόνα και τα προγεσταγόνα, σε μικρότερο βαθμό και ορισμένα ανδρογόνα. Η παραγωγή των στεροειδών αυτών ορμονών γίνεται με την βοήθεια πολλών ενζυμικών επιδράσεων. Ειδικές δηλαδή δεσμολάσεις, δευδρογενάσεις και υδροξυλάσεις εξασφαλίζουν στο επίπεδο της ωοθήκης τις απαραίτητες διεργασίες με τις οποίες από την αρχική

αλυσίδα της χοληστερόλης παράγονται τα τελικά ορμονικά προϊόντα, τα οποία και εισέρχονται στην κυκλοφορία. Η ουσία αυτή η οποία ως γνωστό, προέρχεται από το οξεικό οξύ, μετατρέπεται στη Δ5 προγνεολόνη που στη συνέχεια είναι δυνατό να εξελιχθεί προς δύο διαφορετικές βιοσυνθετικές οδούς.

Η μετατροπή αυτή της χοληστερόλης επηρεάζεται από τις γοναδοτροπίνες της υπόφυσης δηλαδή της FSH και ιδίως της LH. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι αυτή η βιοσυνθετική διεργασία λαμβάνει χώρα στα επινεφρίδια και στον πλακούντα, όπως επίσης και στους όρχεις με κάποιες διαφορές. Στα επί μέρους βέβαια τμήματα της ωοθήκης στη διάρκεια της γεννητικής ηλικίας της γυναίκας γίνεται άλλης μορφής ορμονική σύνθεση. Διαπιστώθηκε δηλ. ότι η κοκκιώδης στιβάδα του ωοθυλακίου παράγει μεγαλύτερη ποσότητα προγεστερόνης, ενώ αντίθετα στα κύτταρα της έσω θήκης επικρατεί η παραγωγή των οιστρογόνων. Στο ωχρό σωματίο παράγεται κυρίως η προγεστερόνη και στο στρώμα της ωοθήκης εκκρίνονται κυρίως τα περισσότερα ωοθηκικά ανδρογόνα, όπως η δεϋδροεπιανδροστερόνη και η τεστοστερόνη.

Αρχική ουσία πάντως από την οποία ξεκινάει αυτή η στεροειδογένεση όπου και αν γίνεται είναι το οξεικό οξύ από το οποίο παράγεται η χοληστερόλη και από αυτήν η Δ5 - προγνεολόνη.

Από την Δ5 – προγνεολόνη αρχίζουν δύο διαφορετικές βιοσυνθετικές οδοί:

Η πρώτη οδός καλείται οδός των Δ4 στεροειδών, διότι χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός διπλού δεσμού στη θέση 4. η δεύτερη οδός καλείται οδός των Δ5 στεροειδών διότι όλα τα στεροειδή αυτής της σειράς ανήκουν στα Δ5 στεροειδή.

Αναλυτικότερα η πρώτη οδός των Δ4 στεροειδών ακολουθεί τη διαδικασία παραγωγής προγεστερόνης από την Δ5 προγνεολόνη με τη βοήθεια δύο ενζύμων, δηλαδή της 3β – ολ – δεϋδρογενάσης και της ισομεράσης. Από την προγεστερόνη παράγονται στη συνέχεια η 17– υδροξυπρογεστερόνη και ανδροστενεδιόνη, που με τη σειρά της παράγει την οιστρόνη.

Η δεύτερη οδός των Δ5 στεροειδών προέρχεται από τη μετατροπή της Δ5 προγνεολόνης σε 17 – υδροξυπρογνεολόνη

και δεϋδροπιανδροστερόνη. Από την τελευταία αυτή πάλι παράγεται η Δ4 ανδροστενεδιόνη από την οποία εισέρχεται η οιστρόνη.

Η Δ5 ανδροστενεδιόνη, τέλος που είναι δυνατό να προέλθει και από τις δύο οδούς, παράγει την τετοστερόνη και από αυτήν την οιστραδιόλη.

Τόσο η μια όσο και η άλλη βιοσυνθετική οδός καταλήγουν στο σχηματισμό των ανδρογόνων οποία στη συνέχεια αποκτούν ένα υδροξείλιο στη θέση 19 και κατόπιν σχηματίζουν ένα C18 στεροειδές με απόσπαση του μεθυλίου. Η μετατροπή αυτή ακολουθείτε από αρωματοποίηση του δακτυλίου A που οδηγεί τελικά στην παραγωγή της οιστραδιόλης από την τετοστερόνη και της οιστρόνης από την Δ5 ανδροστενεδιόνη.

Η μεγάλη ποικιλία και ετερογένεια των διαφόρων κυττάρων της ωοθήκης όπως επίσης και οι διάφορες μεταβολές που παθαίνουν αυτά στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου, δημιουργούν αρκετές δυσκολίες στη προσπάθεια διαλευκάνσεως του επιμερισμού του έργου της στεροειδογενέσεως και κυρίως της αρωματοποίησεως τόσο στα ζώα του εργαστηρίου όσο και στη γυναίκα. Είναι πάντως βέβαια ότι άσχετα από τις κυκλικές διαφοροποιήσεις και μεταβολές, όλα ανεξαιρέτως τα ωοθηκικά στοιχεία συνεργάζονται στις διάφορες ενζυμικές και άλλες εξεργασίες που καταλήγουν στο σχηματισμό των δύο ωοθηκικών οιστρογόνων δηλ. της οιστραδιόλης και της οιστρόνης καθώς και της προγεστερόνης και σε μικρότερο ποσό και των ανδρογόνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Καλοήθη νεοπλασμάτα ωοθηκών

Η κυτταρική ποικιλία, που εμφανίζεται στις ωοθήκες και η μεγάλη λειτουργική τους δραστηριότητα, τις εκθέτουν στην ανάπτυξη νεοπλασμάτων.

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων των ωοθηκών είναι δύσκολη, γιατί εμφανίζουν τέτοια ποικιλομορφία, που δεν επιτρέπει μία τέλεια ιστολογική κατάταξη.

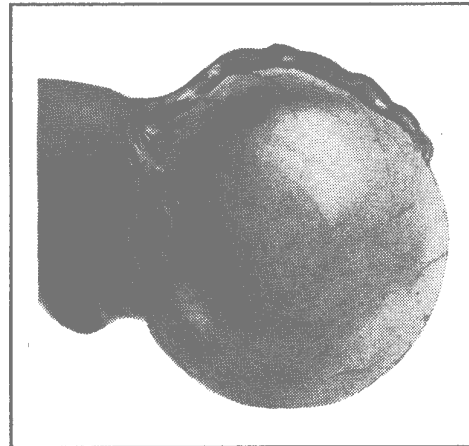
Μία κλινικο - ιστολογική εξέταση των καλοηθών όγκων των ωοθηκών κατατάσσει σ' αστούς: Τα ορώδη κυσταδενώματα, τα βλεννώδη κυσταδενώματα, τα κυσταδενοϊνώματα, τις δερμοειδείς κύστεις, τα ινώματα, τα ινομυώματα, τα ινονευρώματα, τα αγγειώματα, τα λιπώματα, τους αδενωματοειδείς όγκους, τους όγκους του Brenner, τους όγκους των διάμεσων κυττάρων, το γυνανδροβλάστωμα και το συμπαγές τεράτωμα. Την παραπάνω απλή και σύντομη ταξινόμηση θα τη συναντήσουμε στην ταξινόμηση όλων των ωοθηκικών νεοπλασμάτων στην περιγραφή των κακοηθών.

Θα περιγράψουμε παρακάτω τους συχνότερα απαντώμενους καλοήθεις όγκους των ωοθηκών. Πριν την περιγραφή τους, θα αναφερθούμε στις ωοθυλακικές κύστεις από κατακράτηση, στις κύστεις του ωχρού σωματίου και στις σοκολατοειδείς κύστεις, αν και δεν αποτελούν νεοπλασίες των ωοθηκών, γιατί θεωρούνται δυσλειτουργικές καταστάσεις τους.

Στις μη νεοπλασματικές διογκώσεις των ωοθηκών μπορούμε να συμπεριλάβουμε: την απλή ορώδη κύστη, το ωχρό σωματίο της εγκυμοσύνης, την υπερπλασία του ωοθηκικού στρώματος (υπερθήκωση), τα μεσονεφρικά υπολείμματα, τις κύστεις του παρωθηκίου, τις υδατοειδείς κύστεις, που εμφανίζονται μετά φαρμακευτική υπερδιέγερση των ωοθηκών και τις κύστεις των γεννητικών εγκλείστων, που εμφανίζονται σε μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες (ενδοσαλπγγίωση).

Μορφές. Θα περιγράψουμε τις νεοπλασίες των ωοθηκών, που απασχολούν συχνότερα το γυναικολόγο. Αυτές εμφανίζονται με τις παρακάτω μορφές:

Ωοθυλακικές κύστεις. Οι κύστεις αυτές, που όταν είναι μικρές, μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικές, γιατί είναι το αποτέλεσμα άτρητου ωοθυλακίου, αποτελούνται από λεπτό τοίχωμα, στρωμένο με κοκκιώδη κύτταρα και περιέχουν καθαρό υγρό. Όταν μεγαλώσουν, προκαλούν ενοχλήσεις και είναι ψηλαφητές στην αμφίχειρη εξέταση. Το μέγεθος τους δεν περνάει τα 10εκ. σε διάμετρο, είναι μονόπλευρες και ευκίνητες και, κάποτε, παροδικές. Δεν συστρέφονται, ούτε σπάνε εύκολα.



Ωοθυλακική κύστη

(Netter)

Κύστεις ωχρού σωματίου. Τις κύστεις αυτές μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο ομάδες:

1) Στις κύστεις, που σχηματίζονται μετά από την ωοθυλακιόρρηξία από ανάπτυξη υγρού στο κέντρο του ωχρού σωματίου. Αυτές καθυστερούν την εμμηνορρυσία και προκαλούν ενοχλήσεις στην άρρωση.

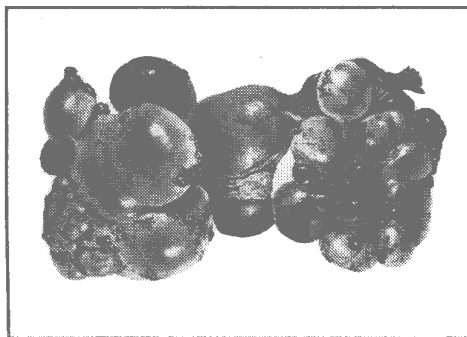
Αν συνδυάζονται με αμηνόρροια, πόνο από ρήξη της κύστης, που υποδύεται την εικόνα ρήξης σαλπιγγικής κύστης, τότε αποτελούν τη νόσο του *Halban*.

2) Στις κύστεις, που σχηματίζονται πριν από την ωοθυλακιόρρηξία, δηλαδή στις ωχρινοποιημένες, που οφείλονται στην έλλειψη ωοθυλακιόρρηξίας. Είναι τις περισσότερες φορές, ετερόπλευρες και προέρχονται από δυσλειτουργία του υποθαλαμο-υποφυσικο-ωοθηκικού άξονα.

Στις ωχρινοποιημένες κύστεις υπάρχει υπερέκκριση γοναδοτρόπων ορμονών, γιατί τα κύτταρα τους έχουν αυξημένη την ευαισθησία τους σε αυτές. Τέτοιες κύστεις συνοδεύουν την πολύδυμη εγκυμοσύνη, την υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης, τη φυσιολογική εγκυμοσύνη και σε συχνότητα 35-50% τη μύλη κύηση.

Σοκολατοειδείς κύστεις. Αυτές σχηματίζονται σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας μέσα στην ωθήκη, αλλά συχνότερα, όταν υπάρχει ενδομητριωσή της γι' αυτό και οι σοκολατοειδείς κύστεις περιγράφονται στο ειδικό κεφάλαιο.

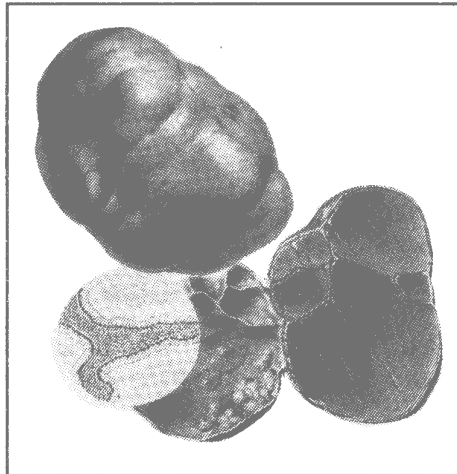
Ορώδες κυσταδένωμα. Αυτό είναι ο συχνότερος τύπος καλοήθους νεοπλασίας των ωθηκών, ίσως προέρχεται από υπολείμματα των πόρων του Müller, μοιάζει με μεγάλη ωοθυλακική κύστη, είναι μονόχωρο ή πολύχωρο, περιέχει ορώδες καθαρό υγρό και καλύπτεται με επιθήλιο όμοιο με το επιθήλιο των σαλπίνγων. Το μέγεθος του ποικίλλει. Κάποτε, δυνατό να καταλάβει ολόκληρη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Δυνατό, επίσης, να εμφανίζει χαρακτήρες κακοήθειας με την ανάπτυξη θηλωδών προσεκβολών μέσα στην κοιλότητα του σε συχνότητα μέχρι 50% (ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα).



Ορώδη κυσταδενώματα ωθηκών
(Netter)

Το ορώδες κυσταδένωμα εμφανίζεται συχνότερα στην αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, αλλά και στην εμμηνόπαυση. Η συχνότητα του ανέρχεται σε 25% όλων των ωθηκικών όγκων. Σε συχνότητα 25-30% απαντάται και στις δύο ωθήκες. Έχει μίσχο, αλλά δεν παθαίνει εύκολα συστροφή, γιατί έχει την τάση να κολλάει σε γειτονικά όργανα. Ποικιλία του είναι το κυσταδενοϊνωμα, που αποτελείται από κυστική και συμπαγή ουσία.

Βλεννώδες κυσταδένωμα. Αυτό έρχεται δεύτερο σε σειρά συχνότητας μετά το ορώδες (15%) και σε συχνότητα 95% είναι μονόπλευρο. Το μέγεθος του είναι μεγαλύτερο από το μέγεθος του ορώδους κυσταδενώματος. Κάποτε, πιάνει ολόκληρη την περιτοναϊκή κοιλότητα και φτάνει ως το διάφραγμα.



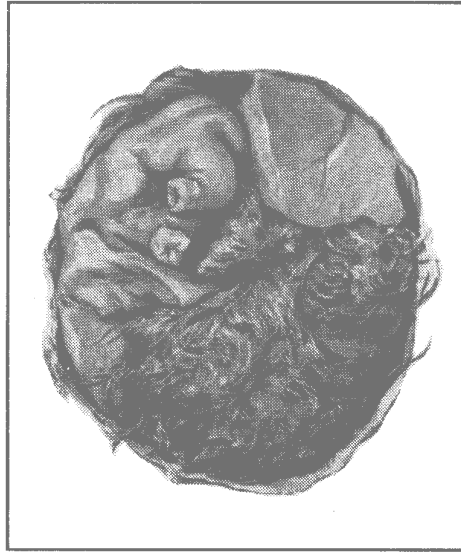
Βλεννώδες κυσταδένωμα ωοθήκης
(Netter)

Το βλεννώδες κυσταδένωμα είναι μονόχωρο ή πολύχωρο και έχει μίσχο, που το βάρος του όγκου τον αναγκάζει να επιμηκυνθεί και κάποτε, να συστραφεί. Εξωτερικά, είναι λείο και σφαιρικό, αλλά, κάποτε, οζώδες. Καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που μοιάζει με το επιθήλιο του ενδοτραχήλου ή του παχύ εντέρου.

Σε συχνότητα 5%, ύστερα από ιστολογικό έλεγχο, διαπιστώνεται η κακοήθεια του, που είναι δύσκολο να καθοριστεί, αν ήταν από την αρχή ή έγινε αργότερα.

Δερμοειδής κύστη ή καλοήθες τεράτωμα. Το καλοήθες αυτό νεόπλασμα της ωοθήκης είναι κυστικό ή συμπαγές και περιέχει ιστούς, που προέρχονται από τα βλαστικά δέρματα. Έτσι δυνατό να περιέχει οστίτη, χονδρικό, μυϊκό, νευρικό και θυρεοειδικό ιστό, δόντια, σμήγμα και τρίχες. Οι τρίχες προβάλλουν μέσα από δερματικό επιθήλιο γι' αυτό οι κύστεις λέγονται δερμοειδείς.

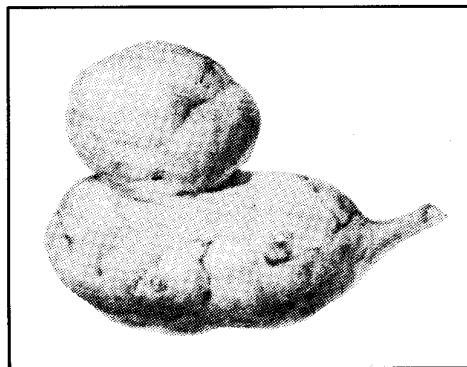
Η συχνότητα της φτάνει το 10-15% όλων των ωοθηκικών όγκων και τις περισσότερες φορές, εμφανίζεται στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας και μάλιστα ανάμεσα στο 20ό και 30ό έτος.



Δερμοειδής κύστη ωοθήκης
(Netter)

Σε συχνότητα 20% βρίσκεται και στις δύο ωοθήκες. Το βάρος της, από το σμήγμα, που περιέχει, συμβαίνει σε συχνότητα 20%, ιδιαίτερα στη συμπαγή δερμοειδή κύστη.

Ίνωμα. Αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 4% όλων των ωοθηκικών όγκων, είναι μισχωτός ή άμισχος συμπαγής όγκος, όχι μεγάλος σε διαστάσεις, συχνότερος γύρω στα 45 χρόνια της γυναίκας και δεν προκαλεί σοβαρά ενοχλήματα, εκτός αν μαζί με αυτόν υπάρχει ασκίτης και υδροθώρακας. Τότε, τα τρία αυτά ευρήματα, δηλαδή ίνωμα-ασκίτης-υδροθώρακας, συγκροτούν το *σύνδρομο Meigs*, που υποχωρεί όταν εξαιρεθεί το ίνωμα. Σπάνια το ίνωμα εξαλλάσσεται σε καρκίνο.



Ίνωμα ωοθήκης
(Netter)

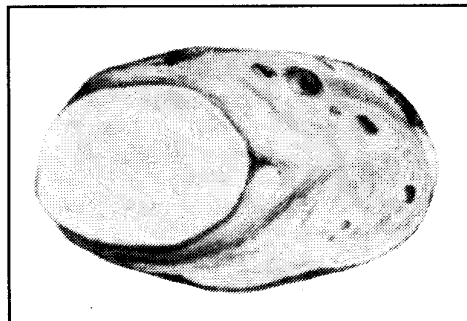
Θήκωμα. Αυτό προέρχεται από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας, παρατηρείται συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση, και

ύστερα από το 60ό έτος της ηλικίας, από τη μία ωοθήκη και σπάνια από τις δύο και προέρχεται από υπερπλασία του φλοιού των ωοθηκών. Το θήκωμα είναι σκληρός, ετερόπλευρος, σφαιρικός και ομαλός εξωτερικά όγκος, που όταν κοπεί, μοιάζει με ινομύωμα, που έχει κίτρινη χροιά.

Μέσα στη μάζα του είναι δυνατό να υπάρχουν μεγάλες περιοχές, που περιέχουν κύτταρα όμοια με του ωχρού σωματίου· γι' αυτό περιγράφεται ως *ωχρίνωμα*. Παρ' όλα αυτά δεν παράγει προγεστερόνη, αλλά οιστρογόνες ορμόνες σε μεγάλες ποσότητες, που προκαλούν διαταραχές της εμμηνορρυσίας, πρώιμη ήβη και ανάπτυξη μαστών και κλειτορίδας, όσον αφορά σε νέες γυναίκες.

Κοκκιοκυτταρικός όγκος. Αυτός όπως και το θήκωμα, ανήκει στους όγκους, που προέρχονται από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας, έχει διάφορο μέγεθος, σαφή όρια και είναι ετερόπλευρος σε συχνότητα 90%. Σπάνια εξαλλάσσεται σε καρκίνο.

Όγκος Brenner. Αυτός είναι σπάνιος συμπαγής όγκος, που ποικίλλει σε μέγεθος και εμφανίζεται συχνά μόνο από τη μία ωοθήκη στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και στην εμμηνόπαυση. Μακροσκοπικά, μοιάζει με ίνωμα και σπάνια εξαλλάσσεται σε καρκίνο. Μικροσκοπικά, τα κύτταρα του μοιάζουν με το μεταβατικό επιθήλιο της ουροδόχου κύστης. Δυνατό να συνυπάρχει με βλεννώδες κυσταδένωμα.



Όγκος Brenner

(Netter)

Γοναδοβλάστωμα. Αυτό είναι σπάνιο νεόπλασμα, θεωρείται τερατωματώδους φύσης, γιατί αποτελείται από στοιχεία κοκκιοβλαστώματος και αρρενοβλαστώματος. Αποτελεί μικρό όγκο, όχι μεγαλύτερο από 8εκ. που προσβάλλει ιδιαίτερα άτομα, που πάσχουν από γοναδική δυσγενεσία ή αρσενικό ψευτοερμαφροδιτισμό. Το 90% των περιπτώσεων είναι αρνητικά

στη φυλετική χρωματίνη και στο 1/4 των περιπτώσεων τα άτομα φαινοτυπικά είναι αρσενικά.

Όγκος πυλαίων κυττάρων. Πολύ σπάνια παρατηρούνται μικροί όγκοι της ωοθήκης στην εμμηνόπαυση και συνοδεύονται με υπερτρίχωση. Σε μικρότερη ηλικία προκαλούν ολιγομηνόρροια, αμηνόρροια, στείρωση και διόγκωση της κλειτορίδας. Έχουν χρώμα κιτρινωπό ή καφετί και είναι μαλακοί και συμπαγείς.

Συμπτώματα. Τα καλοήγη νεοπλάσματα των ωοθηκών είναι δυνατό να είναι ασυμπτωματικά και η διάγνωση τους να γίνει τυχαία από το γυναικολόγο, όταν η γυναίκα εξετάζεται για υπερέκκριση κολπικών υγρών ή για διαταραχές της εμμηνορρυσίας της. Όταν προκαλούν συμπτώματα, αυτά μπορεί να είναι τα παρακάτω:

Πίεση. Ένας μεγάλος ωοθηκικός όγκος δυνατό να πιέσει την ουροδόχο κύστη και να προκαλέσει συχνουρία ή ακράτεια από υπερεκχείλιση. Αν σφηνωθεί μέσα στη μικρή πύελο, προκαλεί έμφραξη του ουρητήρα και δυσκοιλιότητα από την πίεση του εντέρου. Ακόμη, εμποδίζει τη φλεβική κυκλοφορία του αίματος των κάτω άκρων και προκαλεί οίδημα και κίρσους. Όταν είναι πολύ μεγάλος, προκαλεί δύσπνοια από πίεση του διαφράγματος.

Πόνος. Αυτός σπάνια παρατηρείται στους ωοθηκικούς όγκους. Είναι συνεχής και αντανακλάται στο σύστοιχο υπογάστριο ή στη βουβωνική χώρα ή στο μέσα μέρος του πάνω τρίτημορίου του μηρού ή στο αιδοίο.

Όταν ο όγκος βρίσκεται σφηνωμένος στη μικρή πύελο και βαθιά μέσα στον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο, προκαλεί δυσπαρευνία. Πόνος προκαλείται και από συμφύσεις του όγκου με παρακείμενα όργανα.

Δυνατός πόνος στους ωοθηκικούς όγκους σημαίνει συστροφή του μίσχου τους ή ρήξη τους.

Διόγκωση κοιλιάς. Κάποτε, ο όγκος παίρνει τέτοιες διαστάσεις, που αυξάνει πολύ την περίμετρο της κοιλιάς, χωρίς να ενοχλεί την άρρωστη, που αποδίδει τη διόγκωση της σε μετεωρισμό, σε πάχυνση ή στην προχωρημένη ηλικία της.

Ορμονικές διαταραχές. Αυτές εκδηλώνονται με διαταραχές της εμμηνορρυσίας και αποδίδονται σε ορμονοπαραγωγούς ωοθηκικούς όγκους. Επίσης, με φαινόμενα αρσενικοποίησης και υπερτρίχωσης, αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας, έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας, ατροφία των μαστών, στείρωση κ.λ.π.

Διάγνωση. Όταν τα καλοήθη νεοπλάσματα των ωοθηκών είναι μικρά, η διάγνωση τους γίνεται με αμφίχειρη εξέταση. Με αυτή δίπλα από τη μήτρα θα ψηλαφίσουμε ανεξάρτητο από αυτή όγκο, ευκίνητο, αν δεν πρόκειται για ενδομητριωτική κύστη. Όταν είναι μεγάλα, είναι ψηλαφητά από τα κοιλιακά τοιχώματα και κάποτε, έχουν τέτοιες διαστάσεις, που προκαλούν αναπνευστική δυσχέρεια, που αν συνοδεύεται από καχεξία, μπορεί να μας δυσκολέψουν στη διάγνωση από το καρκίνωμα. Η υπερβολική τους όμως ανάπτυξη θ' απομακρύνουν τη σκέψη μας από αυτό.

Ειδικότερα, στη διάγνωση του κάθε τύπου καλοήθους νεοπλάσματος των ωοθηκών, θα μας βοηθήσουν τα παρακάτω ευρήματα:

- 1) Τις ωοθυλακικές κύστεις θα τις διαγνώσουμε με την αμφίχειρη εξέταση ή το υπερηχογράφημα. Τις περισσότερες φορές, τις βρίσκουμε κατά την εκτέλεση εγχείρησης των γεννητικών οργάνων, για άλλα αίτια. Δεν προκαλούν συμπτώματα παρά μόνο, όταν σπάσουν ή αιμορραγήσουν.
- 2) Τις κύστεις του ωχρού σωματίου θα τις υποψιαστούμε σε πολύδυμη κύηση, μύηλη κύηση (35-50%), υπερτασική νόσο κ.λ.π. και όταν χορηγήσαμε στη γυναίκα γοναδοτροπίνες ή κλομιφαίνη. Επίσης, όταν υπάρχει ασκίτης και υδροθώρακας. Πόνο προκαλούν μόνο, όταν σπάσουν και μοιάζει με τον πόνο της ρήξης σαλπινγικής εγκυμοσύνης.
- 3) Τις σοκολατοειδείς κύστεις θα τις υποψιασθούμε από την περιορισμένη κινητικότητα τους και τη δυσμηνόρροια, που συνοδεύουν την ύπαρξη τους. Η περιορισμένη κινητικότητα τους οφείλεται στη δημιουργία συμφύσεων με τους γειτονικούς ιστούς, λόγω διήθησης της κάψας τους από το περιεχόμενο των κύστεων και εξόδου του στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- 4) Τα θηκώματα προκαλούν εκδηλώσεις ανάλογες της ποσότητας των οιστρογόνων ορμονών, που εκκρίνουν, και της ηλικίας της άρρωστης. Σε ηλικιωμένες άρρωστες προκαλούν μητρορραγίες.

- 5) Τα ορώδη κυσταδενώματα δεν μεγαλώνουν όσο τα βλεννώδη, ούτε τόσο γρήγορα όσο αυτά. Πολλές φορές σχηματίζουν συμφύσεις με τα γειτονικά τους όργανα· γι' αυτό εμφανίζουν περιορισμένη κινητικότητα. Το ίδιο περιορισμένη γίνεται η κινητικότητα τους και όταν μεγαλώσουν πολύ.
- 6) Τα βλεννώδη κυσταδενώματα μεγαλώνουν πολύ και γρήγορα. Ο μίσχος τους συχνότερα παθαίνει συστροφή, γιατί είναι βαρύτερα από τα ορώδη.
- 7) Οι δερμοειδείς κύστεις εμφανίζονται στην ψηλάφηση σκληρότερες και έχουν μίσχο, που τους επιτρέπει να μετακινούνται έτσι, που μπορούν να βρεθούν μέσα στον κυστεομητρίαίο ή ευθυμητρίαίο χώρο. Στον ακτινογραφικό έλεγχο της κοιλιάς οι άλλες κύστεις σπάνια φαίνονται. Οι δερμοειδείς, όμως, διαγράφονται λόγω του περιεχομένου τους.
- 8) Οι συμπαγείς καλοήθεις όγκοι των ωοθηκών (ίνωμα, θήκωμα, όγκος του Brenner), που είναι πιο σπάνιοι από τους κυστικούς, ανακαλύπτονται στην αμφίχειρη εξέταση, στο υπερηχογράφημα ή στη λαπαροσκόπηση. Η φύση τους όμως καθορίζεται ύστερα από ιστολογικό τους έλεγχο. Στην περίπτωση τους είναι απαραίτητος ο έλεγχος για την ύπαρξη ασκίτη ή εγκυμοσύνης.

Γενικά,

- 1) Αν ο όγκος της ωοθήκης είναι μεγάλος, πρέπει να υποψιαστούμε κύστη.
- 2) Αν ο όγκος βρίσκεται από τη μία ωοθήκη και είναι σκληρός, λείος και ευκίνητος, ίνωμα.
- 3) Αν υπάρχουν όγκοι και στις δύο ωοθήκες με τους παραπάνω χαρακτήρες, δερμοειδείς κύστεις.
- 4) Αν ο όγκος είναι καθηλωμένος στα πυελικά τοιχώματα και συνοδεύεται με δυσμηνόρροια και διαταραχές της εμμηνορρυσίας, ενδομητρίωση.

Διαφορική διάγνωση. Αυτή θα γίνει:

- 1) Από τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη.
- 2) Από την εγκυμοσύνη.
- 3) Από το ινομύωμα της μήτρας ή την αδеноμύωση.
- 4) Από την έκτοπη σαλπιγγική εγκυμοσύνη, που κατέληξε σε αιματοκίλη.
- 5) Από παθήσεις των σαλπίγγων (φλεγμονή, φυματίωση, απόστημα).

- 6) Από την κατακράτηση κοπράνων.
- 7) Από τις κύστες του μεσεντερίου και το αιμάτωμα της θήκης των ορθών κοιλιακών μυών.
- 8) Από τις κακοήθεις νεοπλασίες και τον ασκίτη.
- 9) Από τον έκτοπο νεφρό, ή, σπάνια, τον έκτοπο σπλήνα.
- 10) Από τον οπισθοπεριτοναϊκό όγκο (λίπωμα).
- 11) Από την ωοθυλακιόρρηξία, τη σκωληκοειδίτιδα, την εντερική έμφραξη, την εκκολπωματίτιδα και τη συστροφή μίσχου υπορογόνιου ινομώματος, όταν συμβεί συστροφή ή ρήξη του ωοθηκικού νεοπλάσματος.

Επιπλοκές. Οι συχνότερες επιπλοκές των καλοθών όγκων των ωοθηκών είναι:

Συστροφή μίσχου. Όταν ο μίσχος είναι μακρύς και ο όγκος της ωοθήκης βαρύς και όχι κολλημένος σε γειτονικά όργανα, τότε είναι δυνατό να συστραφεί. Συστροφή του μίσχου τους παθαίνουν συχνότερα οι δερμοειδείς κύστες, τα βλεννώδη και σπάνια, τα ορώδη κυσταδενώματα. Η συστροφή συμβαίνει ύστερα από απότομη κίνηση, τοκετό, αλλά και στον ύπνο. Η συμφόρηση του όγκου ύστερα από συστροφή του μίσχου του, κάνει αυτόν κυανωτικό και κάποτε τον νεκρώνει.

Ρήξη. Ρήξη παθαίνουν οι κύστες των ωοθηκών, είτε αυτόματα, είτε ύστερα από πλήξη στην περιοχή του υπογαστρίου, είτε στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, είτε στη συνουσία, είτε στον τοκετό.

Αν η κύστη είναι μικρή, τα συμπτώματα, που θα ακολουθήσουν δεν είναι σοβαρά. Αν όμως είναι μεγάλη, τότε εμφανίζεται δυνατός πόνος, εμετός, ταχυσφυγμία, ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης και συμπτώματα shock, κατάσταση που επιβάλλει την εκτέλεση λαπαροτομίας και την εξαίρεση του όγκου.

Η ρήξη των βλεννώδων κυσταδενωμάτων προκαλεί το *ψευτομυξώμα του περιτοναίου* από εμφύτευση κυττάρων, που εκκρίνουν ζελατινώδη ψευτοβλέννα, που δεν απορροφάται εύκολα από το περιτόναιο. Δημιουργεί αντιδραστική περιτονίτιδα και συμφύσεις. Η ρήξη της δερμοειδούς κύστης προκαλεί χημική περιτονίτιδα.

Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών. Η χορήγηση γοναδοτρόπων ορμονών ή και κλομιφαίνης, για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, είναι δυνατό να προκαλέσει το σχηματισμό μεγάλων κύστεων με πολλά ωχρά σωματία. Στο σύνδρομο αυτό, εκτός από τη διόγκωση των ωοθηκών από την ύπαρξη των κύστεων, δυνατό να έχουμε την εμφάνιση ασκίτη και, κάποτε, υδροθώρακα.

Αιμορραγία. Μικρές αιμορραγίες σε ωοθηκικές κύστεις φαίνονται μόνο στην εγχείρηση. Όταν η αιμορραγία είναι μεγάλη, τότε προκαλεί συμπτώματα τέτοια, που επιβάλλουν την άμεση εκτέλεση λαπαροτομίας.

Φλεγμονή. Σπάνια κυστικός όγκος της ωοθήκης παθαίνει φλεγμονή. Αυτή συμβαίνει ύστερα από σκωληκοειδίτιδα, αυτόματη έκτρωση ή άμβλωση ή τοκετό. Εκδηλώνεται με τα γνωστά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και στην οξεία φάση επιβάλλει συντηρητική αντιμετώπιση και αργότερα εξαίρεση του όγκου. Είναι δυνατό, όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις, κάτω από την κάλυψη ισχυρών αντιβιοτικών, να εκτελεστεί λαπαροτομία και εξαίρεση του όγκου και στην οξεία φάση της φλεγμονής.

Συνύπαρξη με εγκυμοσύνη. Σπάνια η εγκυμοσύνη είναι δυνατό να συνοδεύεται από ωοθηκικό όγκο (1:1000). Συνήθως, αυτός θα είναι ωχρινική κύστη ή δερμοειδής κύστη. Όταν συστραφεί, επιβάλλει εγχείρηση, που είναι δυνατό στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση. Σκόπιμο κρίνεται η εγχείρηση να εκτελεσθεί μετά την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης πρώτα γιατί ο κίνδυνος της αυτόματης έκτρωσης είναι μικρότερος και δεύτερον γιατί ο όγκος που ψηλαφίσαμε, μπορεί να αντιπροσωπεύει το ωχρο σωματίο της εγκυμοσύνης. Μετά την 16η εβδομάδα την έκκριση των ορμονών του ωχρού σωματίου της κύησης αναλαμβάνει ο πλακούντας. Η εξαίρεση του ωχρού σωματίου και πριν την 16η εβδομάδα δε συνεπάγεται πάντα την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Αν η κύστη διαγνωσθεί στους τρεις μεσαίους μήνες της εγκυμοσύνης, μπορούμε να την εξαιρέσουμε. Αν, όμως, αργότερα, καλύτερα η εγχείρηση να αναβληθεί για μετά τον τοκετό.

Αν η κύστη πάθει συστροφή, η εγχείρηση θα εκτελεσθεί αδιάφορα από το μήνα της εγκυμοσύνης με μεγάλη προσοχή και με τη χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων, που δεν επηρεάζουν το

έμβρυο και σκευασμάτων προγεστερόνης, για την προστασία της εγκυμοσύνης.

Θεραπεία. Κάθε όγκος της ωοθήκης μεγαλύτερος από 8 εκ. πρέπει να εξαιρείται, πρώτα για την απομάκρυνση του και ύστερα για την οριστική με ιστολογικό έλεγχο διάγνωση της φύσης του. Όγκοι μικρότεροι από 8 εκ. με διαυγές περιεχόμενο στην υπερηχογραφική εικόνα, δυνατό να αντιμετωπισθούν συντηρητικά για δύο μήνες, με αναμονή ή θεραπεία καταστολής με προγεστερόνη, αντισυλληπτικά ή αγωνιστές της GnRH. Περισσότερο ύποπτοι είναι οι συμπαγείς όγκοι. Προσοχή απαιτείται στη φάση του ωοθηκικού κύκλου, που γίνεται η διάγνωση γιατί μερικές φορές, ψηλαφητή κύστη προεμμηνορρυσιακά, εξαφανίζεται μετεμμηνορρυσιακά.

Οι κυστικοί όγκοι της ωοθήκης πρέπει να ελέγχονται για τελευταία φορά στο χειρουργικό κρεβάτι, πριν τη γενική αναισθησία της άρρωστης.

Πρόβλημα αποτελεί η έκταση της εγχείρησης, όταν μάλιστα η γυναίκα είναι νέα και άτεκνη. Όσο πιο νέα είναι αυτή τόσο συντηρητικότερη πρέπει να είναι η εγχείρηση και, όσο πιο ηλικιωμένη τόσο πιο ριζική. Όταν ο όγκος επεκτείνεται έξω από την ωοθήκη και είναι συμπαγής, η ταχεία βιοψία είναι χρήσιμη.

Στις νέες γυναίκες, πριν εξαιρέσουμε όγκο της ωοθήκης, πρέπει πρώτα να ελέγξουμε την κατάσταση της άλλης ωοθήκης. Ο έλεγχος αυτός κάποτε, δε φτάνει να γίνει εξωτερικά. Απαιτεί τομή της ωοθήκης ως τις πύλες της και συρραφή της, εκτός από τις δερμοειδείς κύστεις ή τους όγκους της γεννητικής ταινίας, γιατί σπάνια είναι αμφοτερόπλευροι. Επίσης, επειδή οι ωοθηκικοί όγκοι είναι κάποτε μεταστατικοί, πρέπει να ελέγχεται το έντερο, ο στόμαχος και οι μαστοί.

3.2 Κακοήθη νεοπλάσματα ωοθηκών

Οι κακοήθεις κακοήθεις νεοπλασίες των ωοθηκών έρχονται πρώτες σε σειρά θνησιμότητας σε σχέση με τους καρκίνους κάθε άλλης εντόπισης στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και αποτελούν πρόβλημα για το γυναικολόγο γιατί η διάγνωση τους γίνεται καθυστερημένα. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι ωοθήκες βρίσκονται σε χώρο, όπως η περιτοναϊκή κοιλότητα, που τους επιτρέπει

την ανάπτυξη τους, χωρίς να προκαλέσουν συμπτώματα πίεσης ή έμφραξης.

Μετά την εξαίρεση νεοπλασίας ωθηκών, ο ιστολογικός έλεγχος θ' αποδείξει την κακοήθεια της σε συχνότητα 23%.

Συχνότητα. Ο καρκίνος των ωθηκών έρχεται τέταρτος σε σειρά συχνότητας θανάτου σε σχέση με όλους τους καρκίνους της γυναίκας, γιατί πρώτος έρχεται του μαστού, δεύτερος του παχύ εντέρου και τρίτος των πνευμόνων.

Προδιάθεση. Η πάθηση παρατηρείται συχνότερα:

- 1) Στη λευκή φυλή, απ' ό,τι στη μαύρη.
- 2) Στις γυναίκες των βιομηχανικά αναπτυγμένων χωρών με εξαίρεση την Ιαπωνία, που, ενώ είναι κατ' εξοχήν βιομηχανική χώρα, εμφανίζει τη μικρότερη συχνότητα καρκίνου των ωθηκών. Ίσως έχει σχέση η διατροφή με ζωικά λίπη.
- 3) Στις γυναίκες, που δεν απέκτησαν παιδιά ή τα απέκτησαν σε μεγάλη ηλικία.
- 4) Στις γυναίκες, που έχουν επιβαρημένο το κληρονομικό τους με καρκίνο των ωθηκών, του μαστού και του ορθού.
- 5) Σε γυναίκες, που χρησιμοποιούν ταλκ στα γεννητικά όργανα.
- 6) Σε γυναίκες, που έπαιρναν αντισυλληπτικά δισκία και σ' αυτές, που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομία, εμφανίζεται σε μικρότερη συχνότητα.

Ηλικία. Συχνότερα, εμφανίζεται ανάμεσα στα 40-60 χρόνια της ζωής της γυναίκας. Μερικοί ιστολογικοί τύποι καρκίνου των ωθηκών εμφανίζονται και σε μικρότερη ηλικία. Ειδικότερα σε συχνότητα 7-8% εμφανίζεται πριν από τα 38 χρόνια. Έτσι δεν κρίνεται άσκοπος ο έλεγχος των ωθηκών σε κάθε ηλικία.

Ταξινόμηση. Πολλές ταξινομήσεις προτάθηκαν για τα ωθηκικά νεοπλάσματα. Οι περισσότερες στηρίζονται στην ιστολογική εικόνα και όλες έχουν τα μειονεκτήματα τους σχετικά με την κατάταξη.

- 1) Μία απλή κλινικο-ιστολογική ταξινόμηση κατατάσσει στους κακοήθεις όγκους των ωθηκών.

Τα ορώδη και βλεννώδη κυσταδενοκαρκινώματα, το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα, το αδenoακάνθωμα, το

καρκίνωμα με διαυγή κύτταρα, το μεσονεφρικό καρκίνωμα, το κακώθης τεράτωμα, το χοριοκαρκίνωμα, το δυσγονίωμα, το κοκκιοβλάστωμα και το αρρενοβλάστωμα.

Στους μεταστατικούς όγκους, η ίδια ταξινόμηση, κατατάσσει τους όγκους του Kükkenberg και το μεταστατικό σάρκωμα και στους αταξινομήτους το αμετάπλαστο καρκίνωμα, το σάρκωμα και το μελάνωμα.

2) Άλλη, πρακτική ταξινόμηση, που ενδιαφέρει περισσότερο τον κλινικό γιατρό, είναι αυτή, που θέλει τα κακώθη νεοπλάσματα της ωοθήκης κατά σειρά συχνότητας, που εμφανίζονται. Έτσι, στους 100 καρκίνους των ωοθηκών:

25-35 είναι ορώδη κυσταδενοκαρκινώματα.

15-20 είναι ενδομητριοειδή καρκινώματα.

10-15 είναι περιγραμμένοι όγκοι.

5-10 είναι βλενώδη κυσταδενοκαρκινώματα, κοκκιοκυτταρικοί όγκοι, μη διαφοροποιημένα καρκινώματα και αδеноκαρκινώματα, που δεν ταξινομούνται σε άλλη ομάδα.

4-8 είναι μεταστατικά καρκινώματα.

4-6 είναι καρκινώματα διαυγών κυττάρων.

1-2 είναι ενδομητριοειδείς περιγραμμένοι όγκοι, δυσγονιώματα, εμβρυϊκά τερατώματα, κακώθεις δερμοειδείς κύστεις και άλλοι σπάνιοι όγκοι.

3) Η τελευταία μεγάλη ταξινόμηση, που αφορά σε όλα τα νεοπλάσματα των ωοθηκών, είναι:

I. Μη νεοπλασματικοί όγκοι.

1) Ωοθυλακικές κύστεις.

2) Απλή ορώδης κύστη.

3) Ωχρο σωματίο της εγκυμοσύνης.

4) Υπερθήκωση (υπερπλασία στρώματος ωοθήκης).

5) Ενδομητρίωση.

6) Υπερπλασία κυττάρων πύλης.

7) Μεσονεφρικά υπολείμματα.

8) Παρωθηκικές κύστεις.

II. Κοινοί επιθηλιακοί όγκοι.

1) Ορώδη κυσταδενώματα:

- α) καλοήθες ορώδες κυσταδένωμα.
- β) ορώδες κυσταδένωμα με μικρή δυνητική κακοήθεια.
- γ) ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.

2) Βλεννώδη κυσταδενώματα:

- α) καλοήθες βλεννώδες κυσταδένωμα.
- β) βλεννώδες κυσταδένωμα με μικρή δυνητική κακοήθεια.
- γ) βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.

3) Ενδομητριοειδείς όγκοι:

- α) καλοήθης ενδομητριοειδής κύστη.
- β) ενδομητριοειδής κύστη με μικρή δυνητική κακοήθεια.
- γ) ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα.

4) Μεσонеφροειδείς όγκοι:

- α) καλοήθης μεσонеφροειδής όγκος.
- β) μεσонеφροειδής όγκος με μικρή δυνητική κακοήθεια.
- γ) μεσонеφροειδές κυσταδενοκαρκίνωμα.

5) Όγκος του Brenner.

6) Μεικτοί επιθηλιακοί όγκοι.

7) Αδιαφοροποίητα καρκινώματα.

8) Αταξινόμητοι επιθηλιακοί όγκοι.

III. Όγκοι του στρώματος της γεννητικής ταινίας.

1) Κοκκιο-στρωματικοί όγκοι:

- α) Όγκος κυττάρων κοκκιώδους στιβάδας.
- β) Όγκοι, που ανήκουν στα θηκώματα και στα ινώματα.

2) Αρρενοβλάστωμα.

3) Γυνανδροβλάστωμα.

4) Αταξινόμητοι όγκοι.

IV) Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.

- 1) Δυσγερμίνωμα.
- 2) Όγκοι λεκιθικού ασκού.
- 3) Εμβρυϊκό καρκίνωμα.
- 4) Πολυεμβρύωμα.
- 5) Χοριοκαρκίνωμα.
- 6) Τεράτωμα.

- α) ανώριμο-συμπαγές.
- β) ώριμο-συμπαγές ή κυστικό.

- 7) Μεικτού τύπου.

V. Γοναδοβλάστωμα.

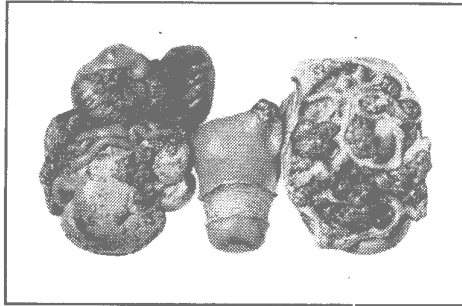
VI. Μη ειδικοί όγκοι των ωοθηκών από τους μαλακούς ιστούς.

VII. Αταξινόμητοι όγκοι.

VIII. Μεταστατικοί όγκοι.

Μορφές. Από τις παραπάνω ταξινομήσεις θ' αναφέρουμε τις μορφές εκείνες του καρκίνου των ωοθηκών, που ενδιαφέρουν περισσότερο το γυναικολόγο, αφού πρώτα επισημάνουμε, πως υπάρχουν μερικοί όγκοι των ωοθηκών που έχουν επιθηλιακή προέλευση και που είναι δύσκολο να καταταγούν παθολογοανατομικά στα καλοήθη ή κακοήθη νεοπλάσματα. Είναι οι *όγκοι οριακής κακοήθειας (Border line)*, που αναπτύσσονται σε ορώδεις, βλεννώδεις, ενδομητριοειδείς και μεσονεφροειδείς όγκους και διακρίνονται από έντονο πολλαπλασιασμό των κυττάρων και πυρηνικές ανωμαλίες, χωρίς διηθητική διάθεση και με μικρή δυνητική ή οριακή κακοήθεια.

Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Με τη μορφή αυτή απαντάται ο καρκίνος των ωοθηκών σε συχνότητα 60%. Προέρχεται από εξαλλαγή του ορώδους κυσταδενώματος, που παίρνει μακροσκοπικά ξεχωριστή μορφή από θηλώδεις προσεκβολές μέσα στην κοιλότητα του γι' αυτό λέγεται και *θηλώδες*.



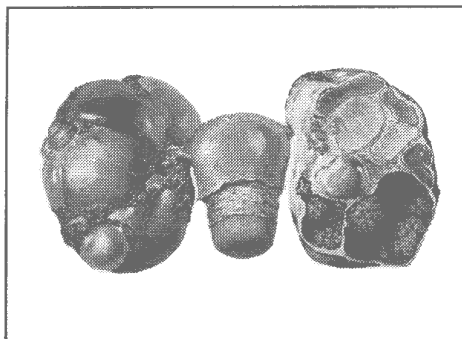
Ορώδη κυσταδενοει.αρκινώματα ωοθηκών
(Netter)

Κυσταδενοκαρκίνωμα. Το υγρό, που περιέχει είναι υδαρές κιτρινωπό και κάποτε, αιμορραγικό και περιέχει πρωτεΐνες και σφαιρίνες. Μερικές φορές γίνεται βλεννώδες. Οι θηλές είναι δυνατό να πάθουν ασβεστώδη εκφύλιση, που τις κάνει να φαίνονται στην ακτινογραφία των ωοθηκών.

Το ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών και στα 2/3 των περιπτώσεων και τις δύο ωοθήκες. Επεκτείνεται γρήγορα στην περιτοναϊκή κοιλότητα· γι' αυτό τις περισσότερες φορές, η διάγνωση του γίνεται, όταν δεν είναι εύκολη η χειρουργική του εξαίρεση.

Η επιβίωση της γυναίκας μετά την αντιμετώπιση του φτάνει το 25%.

Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Αυτό προέρχεται από εξαλλαγή βλεννώδους κυσταδενώματος, είναι μονόχωρο ή πολύχωρο, μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και έχει την ίδια κακοήθεια με το ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.



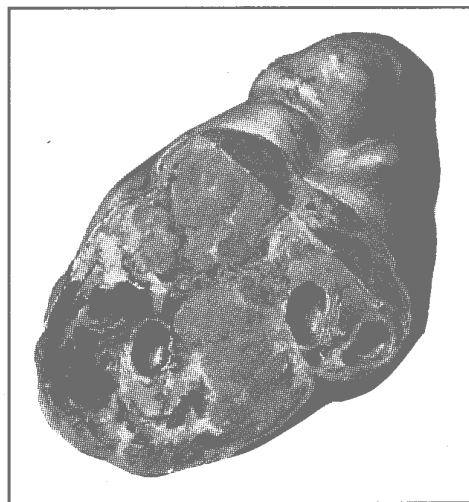
Βλεννώδη κυσταδενοκαρκινώματα ωοθηκών
(Netter)

Οι κακοήθεις χαρακτήρες του εμφανίζονται μακροσκοπικά με την παρουσία θηλωδών προσεκβολών. Το υγρό, που περιέχει, έχει το χρώμα του άχυρου ή είναι ανοιχτό καφέ, που αργότερα

γίνεται σοκολατί από αιμορραγία. Τα κύτταρα του όγκου εκκρίνουν βλέννα και σε συχνότητα 75% βρίσκεται στη μία ωθήκη.

Αδενοκαρκίνωμα. Αυτό δεν παρατηρείται τόσο συχνά, όσο το κυσταδενοκαρκίνωμα, και τις περισσότερες φορές, αφορά και στις δύο ωθήκες. Το σχήμα του δεν είναι πάντα σταθερό, έχει καστανότεφρη απόχρωση και εμφανίζει νεκρωμένες περιοχές. Οι μεταστάσεις του αφορούν στην άλλη ωθήκη και στο περιτόναιο.

Κακώθες τεράτωμα (τερατοβλάστωμα). Αυτό αποτελεί την κακώθη μορφή της δερμοειδούς κύστης. Στη διατομή του έχει την όψη κρέατος από νέκρωση και αιμορραγία. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία και κάποτε περικλείει εστίες χοριοκαρκινώματος και δίνει θετικές τις δοκιμασίες της εγκυμοσύνης. Οι μεταστάσεις του γίνονται με την αιματική οδό στους πνεύμονες, στα οστά, στο συκώτι και στο περιτόναιο.



Κακώθες τεράτωμα

(Netter)

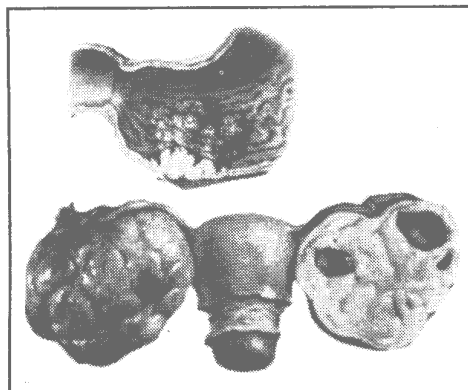
Σάρκωμα. Αυτό είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από ίνωμα της ωθήκης, που έπαθε εξαλλαγή ή από το στρώμα της. Δεν έχει μεγάλο μέγεθος, είναι λοβωτό και έχει τάση για νέκρωση.

Εμβρυϊκό καρκίνωμα. Αυτό είναι από τα κακοηθέστερα νεοπλάσματα των ωθηκών. Περιγράφεται και ως *μεσονεφρικό καρκίνωμα*, αλλά αποτελεί ξεχωριστή παθολογική οντότητα. Τις περισσότερες φορές, εντοπίζεται στη μία ωθήκη και συνοδεύεται από αιμορραγικό ασκητικό υγρό.

Χοριοκαρκίνωμα. Αυτό είναι σπάνιο και προέρχεται από το ενδομήτριο. Σπάνια είναι πρωτοπαθές, δηλαδή εξέλιξη ωθηκικής εγκυμοσύνης. Εκκρίνει μεγάλα ποσά χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, που μας βοηθάνε στη διάγνωση του. Περισσότερα αναφέρονται στα κακοήθη νεοπλασμάτα της μήτρας.

Όγκοι Krükenberg. Αυτοί είναι σπάνιοι μεταστατικοί όγκοι από το στομάχι (50%) ή από το έντερο ή το μαστό. Η μετάσταση τους γίνεται με επέκταση κατά συνέχεια ιστού, με εμφύτευση, με τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία. Η λεμφική μετάσταση γίνεται με τα λεμφαγγεία των πυλών των ωθηκών, που τις διογκώνει συμμετρικά χωρίς να σπάσει τη θήκη τους. Δηλαδή, τα μεταστατικά κύτταρα από το γαστρεντερικό σωλήνα ακολουθούν αντίθετη πορεία απ' ό τι η ροή της λέμφου.

Οι όγκοι του Krükenberg εμφανίζονται πάντα και στις δύο ωθήκες, είναι λείοι, ελεύθεροι, μισχωτοί, συμπαγείς με ελαφρά καφετί χρώμα και όταν τους κόβουμε μοιάζουν με σφουγγάρι. Χαρακτηριστική είναι η μικροσκοπική εμφάνιση των κυττάρων τους, που μοιάζουν με δαχτυλίδι-σφραγίδα, γιατί ο πυρήνας τους, από πίεση της βλέννας, που περιέχουν απωθείται στην περιφέρεια του κυττάρου.



Όγκοι του Krükenberg από μετάσταση του στομάχου

(Netter)

Δυσγονίωμα (δυσγερμίνωμα). Αυτό αποτελεί το 4% όλων των κακοηθών όγκων των ωθηκών και αναπτύσσεται από τα αρχέγονα βλαστικά κύτταρα της αδιαφοροποίητης εμβρυϊκής γονάδας. Σε συχνότητα 50% η ύπαρξη του διαπιστώνεται στη δεξιά ωθήκη. Σπάνια στην αριστερή και περισσότερο σπάνια και στις δύο ωθήκες. Εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 35 χρόνων και κάποτε και στην παιδική. Συνοδεύεται με συγγενή υποπλασία του γεννητικού συστήματος και ψευδοερμαφροδιτισμό. Τέτοιο νεόπλασμα παρατηρείται και στους όρχεις (*σηερμογονίωμα*). Δεν

παράγει ορμόνες παρά μόνο όταν σε σπάνιες περιπτώσεις, περικλείει χοριοκαρκίνωμα. Η κακοήθεια του είναι μεγάλη, γιατί προκαλεί μεταστάσεις σε ολόκληρο το σώμα και είναι ακτινευαίσθητο. Οι μεταστάσεις γίνονται με τη λεμφική οδό και αρχίζουν από τους πνευλικούς και παραορτικούς λεμφαδένες.

Κοκκιοκυτταρικός όγκος. Αυτός αποτελεί το συχνότερο όγκο της γεννητικής ταινίας και εμφανίζεται σε συχνότητα 40-50% μετά την εμμηνόπαυση και σε συχνότητα 2% μεταξύ όλων των ωοθηκικών όγκων. Χαρακτηρίζεται από το μικρό του μέγεθος, τη γκριζωπή ή κιτρινωπή όψη του και από το γεγονός, πως είναι ετερόπλευρος.

Υπάρχουν δυο τύποι κοκκιοκυτταρικών όγκων, ο νεανικός, που εμφανίζεται πριν από την ήβη και συχνά πριν από τα 30 χρόνια και έχει καλή πορεία και καλή πρόγνωση και ο τύπος του ενήλικα που χαρακτηρίζεται από υποτροπή πολλά χρόνια από την εμφάνιση του.

Κλινικά, ο κοκκιοκυτταρικός όγκος κάνει την εμφάνιση του όπως όλα τα νεοπλάσματα της ωοθήκης, αλλά δυνατό να προκαλέσει και συμπτώματα, που οφείλονται στην παραγωγή ορμονών απ' αυτόν. Έτσι, δυνατό να εμφανισθεί μητρορραγία από υπερπλασία του ενδομητρίου, την οποία προκάλεσαν οι οιστρογόνες ορμόνες, που δεν είναι πάντα παρούσες.

Αρρενοβλάστωμα. Αυτό απαντάται σε συχνότητα 1% όλων των όγκων των ωοθηκών. Το κατατάσσουμε στους κακοήθεις όγκους, γιατί, σε μεγάλη συχνότητα εξαλλάσσεται. Παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 20-48 ετών με τη μορφή μικρού ή μεγάλου μεγέθους συμπαγούς, σκληρού ετερόπλευρου όγκου. Μέσα στον όγκο υπάρχουν κύτταρα όμοια με τα διάμεσα κύτταρα του όρχη· γι' αυτό παράγει ανδρογόνες ορμόνες, που όταν εκκρίνονται σε μεγάλη ποσότητα προκαλούν αμηνόρροια, ατροφία των μαστών, υπερτρίχωση, μέγλωμα της κλειτορίδας, βραχνάδα της φωνής και άλλα χαρακτηριστικά του άντρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος θα αποδείξει αύξηση της τεστοστερόνης.

Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση δεν είναι εύκολη η ανεύρεση του. Στη διάγνωση μας βοηθάει η αρσενικοποίηση της άρρωστης. Το αρρενοβλάστωμα εμφανίζει μεγάλη κακοήθεια, αλλά μετά την εξαίρεση του τα συμπτώματα αποκαθίστανται. Οι μεταστάσεις του αφορούν στο συκώτι, στους πνεύμονες, στους νεφρούς. Η θνησιμότητα του φτάνει το 20%.

Μεσонеφροειδές καρκίνωμα. Αυτό αποτελεί σπάνιο κακόηθες νεόπλασμα των ωοθηκών, μαλακής σύστασης, που εξορμάτε από μεσонеφρικά στοιχεία ή υπολείμματα. Σε 90% των περιπτώσεων είναι μονόπλευρο. Τέτοιου είδους όγκοι εμφανίζονται και στον τράχηλο, στον κόλπο, στο σώμα της μήτρας και στα παραμήτρια. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από κύτταρα διαυγή, (για αυτό λέγεται και *καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα*) και κύτταρα που μοιάζουν με πρόκες παπουτσιών. Το υγρό, που περιέχεται σ' αυτό είναι κιτρινωπό ή έχει το χρώμα της σοκολάτας και καφετί πολυποδιοειδείς μάζες. Η επιβίωση μετά 5ετία φτάνει το 50%.

Ενδομητριοειδές καρκίνωμα. Αυτό προέρχεται από ενδομητριοτική εστία και αποτελεί συμπαγή και σε πολλά σημεία κυστικό όγκο, που περιέχει σοκολατόχρωμο παχύρρευστο υγρό. Σε 25-30% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρο και έχει βραδεία εξέλιξη. Ιστολογικά μοιάζει με το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου· γι' αυτό όταν σε εγχειρητικό υλικό βρεθεί ενδομητριοειδές καρκίνωμα, πρέπει να ερευνηθεί το ενδομήτριο. Η πρόγνωση του είναι καλύτερη από πολλούς καρκίνους των ωοθηκών. Χαρακτηριστικό του είναι η πολυεστιακή εμφάνιση του.

Πυλαιοκυτταρικός όγκος. Αυτός απαντάται σπάνια σε εμμηνόπαυσικές γυναίκες και προκαλεί μέτρια αρσενικοποίηση αλωπεκία και υπερτρίχωση και μεγάλη κλειτορίδα. Έχει χρώμα καφετί, είναι μονήρης και αποτελείται από κύτταρα του Leydig που παράγουν μεγάλα ποσά ανδρογόνων ορμονών.

Λιποειδοκυτταρικός όγκος. Αυτός είναι σπάνιος όγκος των ωοθηκών και προκαλεί αρσενικοποίηση και δευτεροπαθή σημάδια υπερκορτικοειδισμού (ραβδώσεις, παχυσαρκία, υπέρταση, κλπ).

Καρκινοειδές. Αυτό συνυπάρχει με κυστικό τεράτωμα των ωοθηκών, εκκρίνει σεροτονίνη και προκαλεί κυάνωση, διάρροια, κολικούς του εντέρου, οίδημα και καρδιακή ανεπάρκεια.

Όγκος Grawitz. Είναι πολύ σπάνιος όγκος των ωοθηκών και προέρχεται από μεσонеφρικά υπολείμματα.

Συμπτώματα. Οι κακοήθεις νεοπλασίες των ωοθηκών μπορεί να είναι ασυμπτωματικές. Η ύπαρξη τους διαπιστώνεται στη γυναικολογική αμφίχειρη εξέταση για την αναζήτηση άλλης πάθησης. Άλλες φορές, προκαλούν βάρος στο υπογάστριο,

συχνουρία ή επίσχεση ούρων ή διόγκωση της κοιλιάς. Πόνος υπάρχει μόνο, όταν με την ανάπτυξη τους προκαλέσουν συμπτώματα πίεσης σε γειτονικά όργανα ή αναπτύξουν συμφύσεις με αυτά ή συστραφεί ο μίσχος τους ή σπάσει η κάψα τους. Ο πόνος γίνεται μεγαλύτερος όταν η διήθηση που θα προκαλέσουν, πιέζει νεύρα.

Η διόγκωση της κοιλιάς δυνατό να οφείλεται και στη συνύπαρξη περιτοναϊκών μεταστάσεων ή ασκίτικού υγρού. Τότε θα συνοδεύεται και από απώλεια βάρους, καχεξία, αιμορραγία σε προχωρημένα στάδια, έκκριση από τον κόλπο ή το ορθό ή την ουρήθρα και υδρονέφρωση, από πίεση του ουρητήρα.

Ειδικότερα, όταν ο καρκίνος των ωοθηκών προκαλεί συμπτώματα, αυτά κατά σειρά συχνότητας είναι: κοιλιακός πόνος, διόγκωση της κοιλιάς, αιμορραγία, ψηλαφητή μάζα, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, αδυναμία, κόπωση, ουροποιητικές ενοχλήσεις, αναπνευστική δυσχέρεια, απώλεια βάρους.

Διάγνωση. Αυτή είναι κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική. Το πρόβλημα της κλινικής διάγνωσης βρίσκεται στο γεγονός πως μόνο όταν πάρουν μεγάλες διαστάσεις ή προκαλέσουν ενοχλήσεις είναι δυνατό να διαγνωσθούν οι κακοήθεις νεοπλασίες των ωοθηκών.

Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση θα διαπιστώσει την ύπαρξη όγκου στο μέρος των ωοθηκών, σύστασης και μεγέθους ανάλογα με τη φύση της νεοπλασίας. Η εξέταση από τον κόλπο πρέπει να ακολουθείται και με εξέταση από το ορθό. Τότε μόνο η αξιολόγηση των ευρημάτων μας είναι ακριβέστερη, γιατί, ως πρώτη θέση ο καρκίνος των ωοθηκών, προτιμάει το δουλγάσειο και τον οπίσθιο κοιλιακό θόλο. Άλλα κλινικά σημάδια, που θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση είναι η έκκριση από τον κόλπο ή το ορθό, οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας, η αρσενικοποίηση της άρρωστης κλπ.

Εργαστηριακή. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις αυτές, που περισσότερο μας βοηθάνε στη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών, είναι:

1) Ο κυτταρολογικός έλεγχος ασκίτικού υγρού, που πήραμε με παρακέντηση της κοιλιάς ή του δουλγάσειου.

- 2) Το υπερηχογράφημα και ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα και των οστών για την ύπαρξη μεταστάσεων.
- 3) Το σπινθηρογράφημα του συκωτιού και των οστών για την ύπαρξη μεταστάσεων.
- 4) Η αξονική και μαγνητική τομογραφία.
- 5) Η διαγνωστική απόξεση της μήτρας και ο ιστολογικός έλεγχος των ξεσμάτων μόνο σε περίπτωση, που υπάρχουν μεταστάσεις σε αυτή μας βοηθάει.
- 6) Η λαπαροσκόπηση που τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να ξεχωρίσουμε με αυτή αν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη επεξεργασία. Απόπειρα ιστοληψίας μέσω του λαπαροσκοπίου σε υποψία καρκίνου των ωοθηκών δεν πρέπει να δοκιμάζεται.
- 7) Η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση και η διάβαση του εντέρου.
- 8) Η πυελογραφία για τον έλεγχο των ουρητήρων.
- 9) Οι ορμονικοί προσδιορισμοί, όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγούς όγκους.
- 10) Οι γενικές βιοχημικές εξετάσεις και ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος.
- 11) Η ανίχνευση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου CA125 που έχει θετική προγνωστική αξία 100% και αρνητική 50%.
- 12) Η χρησιμοποίηση μονοκλωνικών αντισωμάτων στη σπινθηρογραφική διάγνωση. Αυτά συνοδεύονται με ένα μόνο αντιγόνο και με ικανοποιητική τάση σύνδεσης προς αυτό. Έτσι αφού σημανθούν με κάποιο ραδιενεργό ισότοπο δίδονται ενδοφλέβια με την προοπτική πως θα συνδεθούν με ειδικά αντιγόνα των συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων και θα κάνουν δυνατή την απεικόνιση τους στο σπινθηρογράφημα.

Διαφορική διάγνωση. Αυτή θα γίνει από τα λειομύματα, την εγκυμοσύνη, τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη, την εξαρτηματίτιδα, τη νεφρόπτωση κλπ. 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 άρρωστης.

3.4 Κλινικά στάδια κακοηθών όγκων.

Η Διεθνής Ομοσπονδία" Γυναικολόγων-Μαιευτήρων (FIGO) κατέταξε τον καρκίνο των ωοθηκών στα παρακάτω στάδια:

Στάδιο I. Ο καρκίνος περιορίζεται στην ωοθήκη.

Iα. Ο καρκίνος περιορίζεται στη μία ωθήκη, δεν υπάρχει ασκίτης, δεν υπάρχει όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.

Iβ. Ο καρκίνος εντοπίζεται και στις δύο ωθήκες, δεν υπάρχει ασκίτης, δεν υπάρχει όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.

Iγ. Σ' αυτό το στάδιο ανήκουν το Iα και Iβ, αλλά ο όγκος φαίνεται στην επιφάνεια των ωθηκών ή έχει ραγεί η κάψα του ή υπάρχει ασκίτης με κακοήθη κύτταρα ή οι περιτοναϊκές εκπλύσεις ήταν θετικές για κακοήθη κύτταρα.

Στάδιο II. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωθήκες και συνοδεύεται από πυελική επέκταση με ή χωρίς ασκίτη.

IIα. Ο καρκίνος επεκτείνεται ή προκαλεί μετάσταση στη μήτρα, στη σάλπιγγα ή στην άλλη ωθήκη.

IIβ. Ο καρκίνος επεκτείνεται και σε άλλα πυελικά όργανα.

IIγ. Σ' αυτό το στάδιο ανήκουν τα στάδια IIα και IIβ, αλλά ο όγκος φαίνεται στην επιφάνεια των ωθηκών ή έχει ραγεί η κάψα του ή υπάρχουν κακοήθη κύτταρα στον ασκίτη ή στις περιτοναϊκές εκπλύσεις.

Στάδιο III. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωθήκες και υπάρχουν περιτοναϊκές μεταστάσεις με ή χωρίς ασκίτη. Η επεξεργασία περιορίζεται στην πύελο και ο ιστολογικός έλεγχος αποδεικνύει τη ν επέκταση της στο λεπτό έντερο, στο επίπλου, με ή χωρίς ασκίτη. Επίσης, υπάρχουν μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς και βουβωνικούς λεμφαδένες. Μεταστάσεις στην επιφάνεια του ήπατος ανήκουν στο στάδιο III.

IIIα. Υπάρχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο.

IIIβ. Υπάρχουν μακροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο με μεγαλύτερη διάμετρο 2 εκ. Λεμφαδένες αρνητικοί.

IIIγ. Υπάρχουν μακροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. ή/και τοπικές

λεμφαδενικές μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς και βουβωνικούς λεμφαδένες.

Στάδιο IV. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωοθήκες και συνοδεύεται από μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα με ή χωρίς ασκίτη.

3.5 Μεταστάσεις.

Οι μεταστάσεις του καρκίνου της ωοθήκης γίνονται με:

1) Επέκταση τους στα γειτονικά όργανα, δηλαδή στον ορογόνο χιτώνα της μήτρας, στο έντερο, στο επίπλουν, στην άλλη ωοθήκη.

2) Τη λεμφική οδό στους λεμφαδένες, που βρίσκονται πίσω από τη μήτρα, και προσβάλλεται η άλλη ωοθήκη και το ενδομήτριο, αν και αυτό προσβάλλεται, τις περισσότερες φορές, από διήθηση ολόκληρου του μυομητρίου. Όταν διαπιστώσουμε την ύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου, είναι σχεδόν αδύνατο να βρούμε από που ξεκίνησε.

Αν και τα αγγεία των ωοθηκών εκβάλλουν στους αορτικούς λεμφαδένες, αυτοί σπάνια εμφανίζουν μεταστάσεις στα αρχικά στάδια. Παρόλα αυτά η ομάδα αυτή των λεμφαδένων πρέπει να ψηλαφάται σε κάθε εγχείρηση καρκίνου των ωοθηκών.

3) Την αιματική οδό, σε προχωρημένες καταστάσεις.

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος των ωοθηκών προκαλεί μεταστάσεις:

- Στο περιτόναιο (90%)
- Στην άλλη ωοθήκη (70%)
- Στο συκώτι (34%).
- Στους πνεύμονες (27%).
- Στη μήτρα (20%)
- Στα οστά (14%)
- Στον κόλπο (13%)

Σε μικρή συχνότητα προκαλεί μεταστάσεις σε μικρή συχνότητα(10%) και σε προχωρημένα στάδια σε μεγάλη συχνότητα (80%).

Στους παραορτικούς λεμφαδένες στο πρώτο στάδιο προκαλεί μεταστάσεις σε μικρότερη συχνότητα (20%) και σε προχωρημένα στάδια σε μεγαλύτερη (78%).

Στους μεσοθωρακικούς (50%)

Στους υπερκλείδους (48%)

Στους βουβωνικούς (40%)

Στους υπεζωκοτικούς (35%), όταν η πάθηση βρίσκεται στο IV στάδιο.

Στους μασχαλαίους (25%)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών - Ορισμός

Ορισμός. Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών αποτελεί μη νεοπλασματική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη άτρητων ωοθυλακίων στη θήκη και στο στρώμα των ωοθηκών, λόγω αυξημένης έκκρισης ανδρογόνων ορμονών, η οποία εκδηλώνεται με παχυσαρκία, υπερτρίχωση και ανωοθυλακιορρηξία, που δεν απαντώνται σταθερά σε όλες τις περιπτώσεις. Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1935 από τους Stein-Leventhal.

4.2 Συχνότητα - Ηλικία – Αίτια - Συμπτώματα

Συχνότητα. Ο καθορισμός της συχνότητας του συνδρόμου είναι δυσχερής. Στατιστικές αναφέρουν, πως αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 5-20% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και σε συχνότητα 1 -5% στο γενικό πληθυσμό.

Ηλικία. Το σύνδρομο παρατηρείται σε ηλικία 15-30 ετών, τόσο στις άγαμες, όσο και στις έγγαμες.

Αίτια. Τα αίτια του συνδρόμου δεν έχουν απόλυτα διευκρινισθεί. Ίσως, αυτά βρίσκονται στις ίδιες τις ωοθήκες, ίσως στα επινεφρίδια. Ύποπτη θεωρείται και η υπερσουλιναιμία, γιατί διαπιστώθηκε, πως νεαρές γυναίκες, που εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη και αντισταθμική υπερσουλιναιμία, ανεξάρτητα από παχυσαρκία, εμφανίζουν αρσενικοποίηση και πως, ενώ στο γενικό πληθυσμό η υπερσουλιναιμία παρατηρείται σε συχνότητα 25%, στις γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών παρατηρείται σε συχνότητα 45%. Υπάρχει πιθανότητα τα αίτια του συνδρόμου να είναι πολυεστιακά. Συχνά, εμφανίζεται σε γυναίκες της ίδιας οικογένειας.

Συμπτώματα. Το σύνδρομο συνοδεύεται από παχυσαρκία σε συχνότητα 40%, από υπερτρίχωση 70%, από αραιομηνόρροια 30%, από αμηνόρροια 26%, από ολιγομηνόρροια 85%, από στειρότητα λόγω έλλειψης ωοθυλακιορρηξίας 20-50% και από γαλακτόρροια 10%.

4.3 Διάγνωση - Διαφορική Διάγνωση

Διάγνωση. Αυτή είναι κλινική, εργαστηριακή και με επεμβάσεις.

Κλινική. Κλινικά, θα διαγνώσουμε το σύνδρομο:

1) Από το ιστορικό, ιδιαίτερα αυτό που έχει σχέση με την εμμηνορρυσία.

2) Από την επισκόπηση (παχυσαρκία, υπερτρίχωση στο άνω χείλος, στο γένειο, στους μαστούς, στο υπογάστριο κατά μήκος της λευκής γραμμής, γύρω από τον πρωκτό, ακμή και λιπαρό δέρμα, μελανίζουσα ακάνθωση).

3) Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Αν η παχυσαρκία το επιτρέπει θα διαπιστωθεί η ύπαρξη, στις περισσότερες των περιπτώσεων, ωοθηκών μεγαλύτερων των φυσιολογικών, σκληρών και ανώδυνων και η ύπαρξη μήτρας μικρότερης του φυσιολογικού, σε ορισμένες περιπτώσεις. Η εμφάνιση εμμηνορρυσίας μετά χορήγηση 10 mg προγεστερόνης για 10 ημέρες ενισχύει την κλινική διάγνωση.

Εργαστηριακή. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται:

1) Αύξηση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) κατά ώσεις μεγαλύτερου εύρους και αυξημένης συχνότητας, λόγω διαταραχών των ώσεων της GnRH, σε συχνότητα 70-75%. Η αύξηση αυτή προκαλεί αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων, που μετατρέπονται στην περιφέρεια σε οιστρογόνες ορμόνες. Αυτές, δρουν στον υποθάλαμο και προκαλούν καταστολή της ωοθυλακιωτρόπου ορμόνης (FSH), ενώ ευαισθητοποιούν την υπόφυση για έκκριση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH).

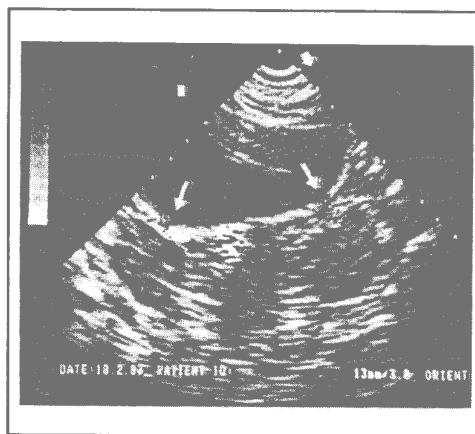
2) Ελάττωση της ωοθυλακιωτρόπου ορμόνης ή διατήρησης της στα χαμηλότερα φυσιολογικά επίπεδα, λόγω αρνητικής παλίνδρομης αλληλορύθμισης από τα αυξημένα ποσά των οιστρογόνων ορμονών και λόγω της επίδρασης της ινχιμπίνης, που παράγεται σε αυξημένα ποσά από τα ωοθυλάκια, που τείνουν να ωριμάσουν.

3) Αύξηση της τεστοστερόνης, της ανδροστενδιόνης και δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEA-S). Η τελευταία βρίσκεται αυξημένη σε συχνότητα 40%.

Τα αυξημένα ανδρογόνα ελαττώνουν τη σφαιρίνη, που συνδέει τις ορμόνες του φύλου (SHBG) σε συχνότητα 40%. Έτσι, αυξάνονται τα ελεύθερα δραστικά ανδρογόνα και προκαλούν την ατρησία των ωοθυλακίων και υπερτρίχωση.

Η μελανίζουσα ακάνθωση, που αναφέρθηκε στην κλινική διάγνωση, οφείλεται στην αυξημένη έκκριση των ανδρογόνων και χαρακτηρίζεται από συμμετρική υπέρχρωση του δέρματος, συνήθως των βουβωνικών χωρών, της μασχάλης και του αυχένα. Η μελανίζουσα ακάνθωση συσχετίσθηκε με κακοήθεις νεοπλασίες των σπλάγχων, με διαταραχές της επινεφριδικής λειτουργίας, με παχυσαρκία και με αντίσταση στην ινσουλίνη.

Η ύπαρξη μελανίζουσας ακάνθωσης, αυξημένης έκκρισης ανδρογόνων και αντίστασης στην ινσουλίνη συνθέτουν ειδικό σύνδρομο, το *σύνδρομο Hair-An*, που απαντάται σε συχνότητα 5%.



Υπερηχογραφική εικόνα πολυκυστικών ωοθηκών

4) Αύξηση της προλακτίνης σε συχνότητα 25%.

5) Αύξηση της 17-υδροξυπρογεστερόνης, γεγονός, που ενισχύει την άποψη, πως το σύνδρομο έχει σχέση με την ορμονική δραστηριότητα των ωοθηκών.

6) Αύξηση της οιστρονής στο τριπλάσιο των φυσιολογικών της επιπέδων από περιφερειακή μετατροπή της ανδροστενδιόνης. Τα παραπάνω εργαστηριακά ευρήματα δεν απαντώνται σταθερά.

7) Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο του εσωτερικού γεννητικού συστήματος, διαπιστώνεται η ύπαρξη μικρών κυστικών σχηματισμών, που αντιστοιχούν στα άτρητα ωοθυλάκια και αύξηση του στρώματος της ωοθήκης σε συχνότητα 35% περίπου. Επίσης, είναι δυνατό να εμφανισθεί η μήτρα μικρότερη του φυσιολογικού της μεγέθους.

Οι κυστικοί σχηματισμοί, που ανευρίσκονται στο υπερηχογράφημα διακρίνονται σε δύο τύπους: α) στον *ωοθηκικό*, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη περισσότερων από 10 ωοθυλακίων στην περιφέρεια και β) στον *επινεφριδικό*, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη περισσότερων από 10 ωοθυλακίων στο στρώμα της ωοθήκης. Η παραπάνω διάκριση δεν έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, γιατί η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι η ίδια και στους δύο τύπους.

Σε συχνότητα 65%, κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο, διαπιστώνεται πάχυνση της θήκης των ωοθηκών, που δεν έχει το ίδιο πάχος σ' όλη την έκταση της, ίσως γιατί αυτή εξαρτάται από τη χρονική διάρκεια διάτασης των ωοθηκών.

Τον υπερηχογραφικό έλεγχο δυνατό ν' αντικαταστήσει η μαγνητική τομογραφία, που υπερέχει σε διαγνωστική ακρίβεια.

Επεμβάσεις. Αυτές είναι η λαπαροσκόπηση, η διαγνωστική απόξεση της μήτρας και ο ιστολογικός έλεγχος των ωοθηκών.

1) Η λαπαροσκόπηση θα διαπιστώσει την ύπαρξη ωοθηκών μεγαλύτερων, λευκωπών και γυαλιστερών, σαν ελεφαντοστό. Τη λαπαροσκόπηση χρησιμοποιούμε και για τον έλεγχο της θεραπευτικής αγωγής.

2) Ο ιστολογικός έλεγχος ξεσμάτων του ενδομητρίου είναι δυνατό σε περίπτωση συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών να αποδείξει την ύπαρξη υπερπλασίας του σε παχύσαρκες γυναίκες, λόγω παραγωγής αυξημένης ποσότητας οιστρογόνων ορμονών, από αυξημένη περιφερειακή μετατροπή των ανδρογόνων. Μερικές φορές, η υπερπλασία του ενδομητρίου οδηγεί σε αδενοκαρκίνωμα

καλής διαφοροποίησης, που εμφανίζεται σε πρώιμα στάδια και έχει καλή πρόγνωση.

3) Ο ιστολογικός έλεγχος σφηνοειδούς τμήματος των ωοθηκών θα αποδείξει τη ν ύπαρξη μικρών κύστεων, που περιέχουν υγρό, κάτω από παχύ ινώδη φλοιό. Κάποτε, δυνατό να διαπιστωθεί η ύπαρξη ωχρού σωματίου, που οφείλεται σε ωοθυλακιορρηξία, που έλαβε χώρα μέσα στο ωοθυλάκιο.

Ο πληρέστερος έλεγχος θα αποδείξει, πως στα άτρητα ωοθυλάκια διαπιστώνεται η ύπαρξη μικρότερου αριθμού κοκκιωδών κυττάρων.

Ο προσδιορισμός των ορμονικών υποδοχέων στον ωοθηκικό ιστό θα αποδείξει τη ν ελάττωση των υποδοχέων της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης.

Διαφορική διάγνωση. Διαφορική διάγνωση του συνδρόμου θα γίνει από τα νεοπλάσματα των ωοθηκών και των επινεφριδίων, που παράγουν ανδρογόνες ορμόνες γι' αυτό είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός της τεστοστερόνης και της DHEAS.

Αν η τεστοστερόνη είναι πάνω από 200 mg/ dl και η DHEAS πάνω από 700 mg/dl, υπάρχουν υποψίες ύπαρξης ορμονοπαραγωγού ωοθηκικού ή επινεφριδικού όγκου.

Στους αρσενικοποιούς όγκους των επινεφριδίων υπάρχουν αντρικά χαρακτηριστικά, όπως βρόγχος φωνής, μεγάλωμα κλειτορίδας και ανάπτυξη τριχοφυΐας με ταχύτερο ρυθμό.

Σκόπιμη κρίνεται η χορήγηση 2mg δεξαμεθαζόνης κάθε 6 ώρες και για δύο ημέρες πριν από τον προσδιορισμό των ανδρογόνων, γιατί αυτή έχει την ιδιότητα να εμποδίζει την έκκριση ανδρογόνων των επινεφριδίων. Έτσι, βρίσκουμε την πηγή προέλευσης τους.

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει και από την υπερπρολακτιναιμία, τις θυρεοειδοπάθειες και την υποθαλαμική αμηνόρροια. Επίσης, από την υπερθήκωση με ιστολογικό έλεγχο, και από το σύνδρομο Cushing με τη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη κατά τη διάρκεια της νύχτας, για τον έλεγχο ύπαρξης υπερκορτιζολαιμίας.

4.4 Επιπλοκές - θεραπεία

Επιπλοκές. Όπως αναφέρθηκε, το σύνδρομο δυνατό να συνοδεύεται από υπερπλασία του ενδομητρίου, που οδηγεί σε αδενοκαρκίνωμα. Επίσης, από καρκίνο του μαστού και υπερπλασία των γαλακτοφόρων κυττάρων της υπόφυσης, που μπορεί να οδηγήσει σε αδένωμα της, από διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και των υδατανθράκων και από υπέρταση.

Οι παραπάνω παθήσεις πρέπει να συνεκτιμώνται στη διερεύνηση του συνδρόμου.

Θεραπεία. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι φαρμακευτική, με επεμβάσεις και με δίαιτα.

1) *Φαρμακευτική.* Τα φάρμακα, που χορηγούμε είναι:

α) *Κιτρική κλομιφαίνη.* Αυτή θα την προτιμήσουμε όταν επιδιώκεται και επιτυχία σύλληψης σε δόση 50 mg την ημέρα και για 5 ημέρες, αρχίζοντας από την 5η ημέρα του κύκλου. Τη δόση μπορούμε να την αυξήσουμε ως τα 150 mg την ημέρα.

Οι πολυκυστικές ωθήκες είναι ευαίσθητες στην κλομιφαίνη σπάνιες φορές γι αυτό δεν παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της υπερδιέγερσης των ωθηκών κατά τη χορήγηση τους. Αν εμφανισθεί πόνος στο υπογάστριο και ιδιαίτερα όταν η γυναίκα κάθεται (σύνδρομο καρέκλας), τότε διακόπτουμε τη χορήγηση της.

Με την κλομιφαίνη πετυχαίνουμε ωοθυλακιορρηξία σε συχνότητα 70%, αλλά σύλληψη σε συχνότητα 30%.

β) *Αντισυλληπτικά δισκία.* Αυτά χορηγούνται γιατί αναστέλλουν την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης και γιατί, μετά μακροχρόνια θεραπεία, διαπιστώνεται ενεργητική επίδραση στην υπερτρίχωση και στην ακμή. Η άποψη, πως μετά τη διακοπή της χορήγησης τους πετυχαίνουμε ωοθυλακιορρηξία με το φαινόμενο της αναπήδησης, φαίνεται πως δεν ευσταθεί.

γ) *Γοναδοτρόπες ορμόνες.* Αυτές θα τις χορηγήσουμε με επιφύλαξη λόγω του κινδύνου υπερδιέγερσης των ωθηκών σε περιπτώσεις που επιδιώκεται και σύλληψη μετά αποτυχία με κλομιφαίνη. Χορηγούνται σε δόσεις 75-150 μον. την ημέρα, από

την 3η ημέρα του κύκλου μέχρι τότε, που θα ωριμάσουν ωοθυλάκια και ανέβουν τα επίπεδα της 17-β οιστραδιόλης. Με τις γοναδοτρόπες ορμόνες πετυχαίνουμε ωοθυλακιορρηξία, αλλά η επιτυχία κύησης δεν περνάει το 60%. Αντί για συνδυασμό FSH και LH είναι δυνατό να χορηγηθεί και μόνη της ηP5H.

δ) *Προγεστερονοειδή*. Αυτά χορηγούνται από τη 14η-23η ημέρα του κύκλου σε δόση 10 mg την ημέρα, για την εξασφάλιση κυκλικής εμφάνισης εμμηνορρυσίας, καταστολής των γοναδοτροπινών, ελάττωσης των ανδρογόνων και ελάττωσης της επίδρασης των οιστρογόνων στο ενδομήτριο.

ε) *Βρωμοκρυπτίνη*. Αυτή θα τη χορηγήσουμε, γιατί δυνατό να πετύχουμε ωοθυλακιορρηξία σε περιπτώσεις υπερπρολακτιναιμίας και γιατί περιορίζει την υπερτρίχωση.

στ) *Γλυκοκορτικοειδή* (δεξαμεθαζόνη, πρεδνιζολόνη). Αυτά θα τα χορηγήσουμε όταν τα επίπεδα της DHEA-S είναι πάνω από 500-600 mg/dl σε δόση 0,5 mg την ημέρα. Η χορήγηση τους προκαλεί υποχώρηση της ακμής και ελάττωση του ρυθμού ανάπτυξης τριχοφυΐας.

ζ) *Άλλα φάρμακα*. Άλλα φάρμακα, που χορηγούνται στην αντιμετώπιση του συνδρόμου, είναι GnRH ανάλογα σε συνδυασμό με γοναδοτρόπες ορμόνες, για την επιτυχία ωοθυλακιορρηξίας και την αντιμετώπιση της υπερανδρογοναιμίας, η μεδροξυπρογεστερόνη και το αντιανδρογόνο σπιρονολακτόνη, που συνδυάζεται με αντισυλληπτικά δισκία, και η οξική κυπροτερόνη (Andocur).

2) *Επεμβάσεις*. Οι επεμβάσεις που εκτελούνται στην αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι:

α) *Λαπαροσκόπηση*. Λαπαροσκοπικά αντιμετωπίζεται το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, όταν αποτύχει η φαρμακευτική αγωγή. Προκαλούμε 8-10 στηκτές καυτηριάσεις των επιφανειών των ωοθηκών με ηλεκτροκαυτήρα ή με ακτίνες laser. Αναφέρεται ποσοστό επιτυχίας σύλληψης, που φτάνει το 65%.

β) *Σφηνοειδής εκτομή ωοθηκών*. Στη σφηνοειδή εκτομή των ωοθηκών καταφεύγουμε όταν κάθε συντηρητική αγωγή με φάρμακα ή με λαπαροσκοπική επέμβαση απέτυχε. Δεν προτιμάται, γιατί ο κίνδυνος ενός πρόσθετου κινδύνου στείρωσης δηλ. της δημιουργίας μετεγχειρητικών συμφύσεων, είναι υπαρκτός.

Όταν εκτελεσθεί με επιτυχία, στις περισσότερες γυναίκες, έχει μόνιμα αποτελέσματα. Διορθώνεται ο εμμηνορρυσιακός κύκλος, προκαλείται ωοθυλακιορρηξία σε συχνότητα 80% και σύλληψη σε συχνότητα 60%. Η υπερτρίχωση υποχωρεί σε συχνότητα 15%.

Την ωοθυλακιορρηξία μετά σφηνοειδή εκτομή των ωοθηκών ίσως προκαλεί η αύξηση της αιμάτωσης, λόγω της επουλωτικής επεξεργασίας. Αυτή, αυξάνει τα ποσά, της FSH, που προσάγονται στα ωριμάζοντα ωοθυλάκια. Την ωοθυλακιορρηξία, ίσως, την προκαλεί και η τοπική ελάττωση των ανδρογόνων ορμονών ή η ελάττωση της ινχιμπίνης, που επιτρέπει την αύξηση της FSH.

3) *Δίαιτα*. Διαιτολογικά, αντιμετωπίζουμε το σύνδρομο όταν αυτό συνοδεύεται από παχυσαρκία, γιατί αυτή συμβάλλει στην αντίσταση της δράσης των ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων και γιατί αυξάνει τη συχνότητα των αυτομάτων εκτρώσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Εγχειρήσεις ωοθηκών: οι κυριότερες εγχειρήσεις των ωοθηκών είναι:

Συμφυσιόλυση. Η εγχείρηση εκτελείται όταν ύστερα από φλεγμονή, που πέρασε, η ενδομητρίωση, δημιουργηθούν συμφύσεις ανάμεσα στην ωοθήκη και στα παρακείμενα όργανα.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της εγχείρησης είναι:

1ος. Λύση των συμφύσεων, που περιβάλλουν την ωοθήκη, με τη βοήθεια τολυπίου ή των δαχτύλων, μέχρι τότε, που η ωοθήκη απελευθερωθεί.

2ος. Απολίνωση των αγγείων, που αιμορραγούν, με λεπτά ράμματα ή με ηλεκτροκαυτηρίαση.

3ος. Έγχυση Reomacrodex με 25 mg δεξαμεθαζόνης στην πυελική κοιλότητα, για την αποφυγή επαναδημιουργίας συμφύσεων.

Σφηνοειδής εκτομή. Η εγχείρηση εκτελείται σε πολυκυστική εκφύλιση των ωοθηκών (σύνδρομο Stein-Leventhal), όταν κάθε συντηρητική αγωγή αποτύχει.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της εγχείρησης είναι:

1ος. Σύλληψη του κρεμαστήρα και του μητρωθηκικού συνδέσμου με λεπτές λαβίδες για την ακινητοποίηση της ωοθήκης. Την ακινητοποίηση της πετυχαίνουμε και όταν περάσουμε το δείκτη και το μεσαίο δάχτυλο κάτω από αυτή.

2ος. Τομή με λεπτό νυστέρι της ωοθήκης σε σχήμα σφήνας, που έχει τη βάση της στο ελεύθερο χείλος της και την κορυφή της στις πύλες της.

3ος. Συρραφή των τραυματικών επιφανειών με ξεχωριστές ραφές και με τέτοιο τρόπο, ώστε να έρχονται σε απόλυτη επαφή μεταξύ τους.

Εξαίρεση κύστης. Η εγχείρηση εκτελείται, όταν η κύστη της ωοθήκης δεν έχει καταλάβει ολόκληρο τον ωοθηκικό ιστό.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της εγχείρησης είναι:

1ος. Σύλληψη του κρεμαστήρα και του μητρωθηκικού συνδέσμου με λεπτές λαβίδες για την ακινητοποίηση της ωοθήκης.

2ος. Κυκλική επιπόλαια τομή στη βάση της κύστης, που ν' αφορά μόνο στο ωοθηκικό της περίβλημα και όχι στο τοίχωμα της, αν η κύστη είναι μικρή. Ελλειψοειδής τομή του ωοθηκικού περιβλήματος της κύστης, σε όποια επιφάνεια προσφέρεται περισσότερο, αν η κύστη είναι μεγάλη.

3ος. Σύλληψη των τραυματικών χειλέων του ωοθηκικού περιβλήματος με λεπτές λαβίδες και με τη βοήθεια λεπτού ψαλιδιού ή τολυπίου αποκόλληση και εξαίρεση της κύστης. Αν κατά την αποκόλληση της αυτή ραγεί, τότε συλλαμβάνουμε τα τραυματικά χείλη της κάψας της και με τη βοήθεια ψαλιδιού ή τολυπίου εξαιρούμε αυτή μέχρι τη βάση της. Αν η κύστη είναι μεγάλη και μετά την εξαίρεση της παραμένει σάκος από το ωοθηκικό της περίβλημα, τον διατηρούμε.

4ος. Συρραφή του τραύματος, που άφησε η κύστης, με ξεχωριστές ραφές, όταν αυτή ήταν μικρή. Αναδίπλωση του ωοθηκικού περιβλήματος, που περίσσεψε μετά την εξαίρεση της κύστης, και συρραφή του με ξεχωριστές ραφές όταν η κύστη ήταν μεγάλη. Πριν από την αναδίπλωση του, μοιάζει με σάκο. Κόβουμε αυτό σε τόση έκταση, ώστε αυτό που θα μείνει, μετά τη συρραφή του, να πάρει τη μορφή νέας ωοθήκης.

Οι εξαρτηματικοί όγκοι επιβάλλουν την εκτέλεση μέσης κάθετης υπομφάλιας λαπαροτομίας, που κάποτε γίνεται και υπερομφάλια. Έτσι, και στις κύστες της ωοθήκης η εγκάρσια τομή αποφεύγεται, εκτός από τις περιπτώσεις που η κύστη είναι μικρή. Η κάθετη τομή είναι απαραίτητη, γιατί πρέπει να εξαιρεθεί ολόκληρη η κύστη χωρίς να σπάσει και το περιεχόμενό της διαφύγει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Κάποτε, όμως, συμβαίνει, το μέγεθος της κύστης να είναι τέτοιο, που να επιβάλλει την εκτέλεση μεγάλης κάθετης υπό- ή υπερομφάλιας τομής.

Στην περίπτωση αυτή, και όταν ο υπερηχογραφικός έλεγχος και η επισκόπηση της κύστης έδειξαν, πως πρόκειται για ορώδες

κυσταδένωμα, τότε, για να αποφύγουμε την εκτέλεση μεγάλης τομής, είναι δυνατό από μικρότερη τέτοια να εντοπίσουμε προσιτό τοίχωμα της κύστης, να το απομονώσουμε καλά από την περιτοναϊκή κοιλότητα με σπληνία και να το παρακεντήσουν trocar. Μετά την παρακέντηση αφαιρείται το περιεχόμενο της με αναρρόφηση, συλλαμβάνονται με θυριδωτή λαβίδα τα τραυματικά χείλη της οπής, που άνοιξε το trocar έλκεται ο σάκος προς τα έξω και η εγχείρηση συνεχίζεται.

Ωοθηκεκτομία. Η εγχείρηση εκτελείται όταν η πάθηση της ωοθήκης αφορά σ' όλο τον ιστό της ή όταν, ύστερα από συστροφή του μίσχου ωοθηκικού όγκου η ωοθήκη νεκρώθηκε ή όταν πρόκειται για καρκίνο του μαστού, που επιβάλλει ωοθηκεκτομία. Όταν υποχρεωθούμε σε αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομία, τις περισσότερες φορές, συνεχαιρούμε τις σάλπιγγες και τη μήτρα.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της απλής ωοθηκεκτομίας είναι:

1ος. Σύλληψη του κρεμαστήρα συνδέσμου με ισχυρή λαβίδα και του μητρωθηκικού. όταν θέλουμε να εξαιρέσουμε μόνο την ωοθήκη. Όταν, όμως, θέλουμε να εξαιρέσουμε και τη σύστοιχη σάλπιγγα, τότε η δεύτερη λαβίδα, μαζί με τον μητρωθηκικό σύνδεσμο, συλλαμβάνει και τον ισθμό της σάλπιγγας.

2ος. Εκτομή του πάνω από τις δύο λαβίδες μέρους των ιστών και απολίνωση των δύο κολοβωμάτων.

3ος. Επικάλυψη των κολοβωμάτων με τον στρογγυλό σύνδεσμο ή την κυστεομητριάα πτυχή.

Μετάθεση ωοθήκης (εγχείρηση Παπανικολάου). Η εγχείρηση, που αποτελεί επινόηση του πρώτου συγγραφέα, εκτελείται σε νέες γυναίκες, που επιθυμούν εγκυμοσύνη, όταν η μία σάλπιγγα είναι αθεράπευτα εμφραγμένη ή έχει εξαιρεθεί και η γυναίκα έχει φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία, αλλά ο λαπαροσκοπικός έλεγχος δείχνει, πως η ωοθήκη, που βρίσκεται προς το μέρος της ανοιχτής σάλπιγγας, υπολείπεται σε λειτουργικότητα (μικρή, σκληρή, ατροφική, πολυκυστική, ενδομητριοτική, ουλώδης από προηγηθείσα εγχείρηση κ.λ.π.), ενώ αυτή που βρίσκεται προς το μέρος της εμφραγμένης ή απουσιάζουσας σάλπιγγας, είναι φυσιολογική. Η επέμβαση έχει σκοπό να ανεβάσει το ποσοστό επιτυχίας σύλληψης, όταν κοντά στο ίδιο ανοιχτό σαλπιγγικό στόμιο υπάρχουν και οι δύο ωοθήκες.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της εγχείρησης είναι:

1ος. Σύλληψη του μητρωθηκικού συνδέσμου, που βρίσκεται από το μέρος της φυσιολογικής ωθήκης με λεπτό από μετάξι ράμμα και έλξη του προς τον μητρωθηκικό σύνδεσμο της πάσχουσας πλευράς, πίσω από την οπίσθια επιφάνεια του τραχήλου.

2ος. Σύλληψη του δεύτερου μητρωθηκικού συνδέσμου με την ίδια βελόνα και συρραφή τους έτσι, ώστε οι ελεύθερες επιφάνειες των δύο ωθηκών, να βρίσκονται απέναντι από το ανοιχτό σαλπιγγικό στόμιο. Όταν οι δύο μητρωθηκικοί σύνδεσμοι δεν ανταμώνουν γιατί έχουν τάση, τότε, για την καθήλωση της φυσιολογικής ωθήκης, χρησιμοποιούνται και διπλανοί ιστοί, όπως το τοιχωματικό πυελικό περιτόναιο.

Εξαίρεση κύστης επωθηκίου και παρωθηκίου. Η εγχείρηση εκτελείται, τις περισσότερες φορές, σε υδατίδες του Morgagni, που αναπτύσσονται κάτω από το περιτόναιο των εξαρτημάτων και τους αλλάζουν την τοπογραφική τους θέση.

Τεχνική. Οι βασικοί χρόνοι της εγχείρησης είναι:

1ος. Σύλληψη της κύστης με λεπτή λαβίδα και έλξη της προς τα πάνω.

2ος. Τομή επιπόλαια του περιτοναίου, που καλύπτει την κύστη, και σύλληψη των δύο χειλέων της τομής με λεπτές λαβίδες.

3ος. Αποκόλληση της κύστης από την κοιλότητα της με τη βοήθεια τολυπίου ή του δαχτύλου.

4ος. Συρραφή του περιτοναϊκού ανοίγματος με ξεχωριστές ραφές και με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην αλλάξει η φυσιολογική τοπογραφική θέση της σάλπιγγας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Χειρουργική θεραπεία

Η θεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων των ωθηκών είναι χειρουργική. Κάθε καρκίνος της ωθήκης πρέπει να χειρουργείται

Στις εγχειρήσεις του καρκίνου των ωθηκών δοκιμάζεται το κριτήριο και η εγχειρητική ικανότητα του γυναικολόγου. Σ' αυτές θα κλιθεί να διαλέξει ανάμεσα σε μία συντηρητική ή ριζική εγχείρηση. Και η ριζικότητα στη δεύτερη περίπτωση θα εξαρτηθεί πρώτα από την εγχειρητική του πείρα, κι ύστερα από την οργάνωση του χώρου του.

Η έκταση της εγχείρησης, τις περισσότερες φορές, καθορίζεται μόνο μετά το άνοιγμα των κοιλιακών τοιχωμάτων. Η εμφάνιση του όγκου και η ηλικία της άρρωστης θα παίξουν ρόλο στην πορεία της εγχείρησης. Όσο μικρότερη η άρρωστη τόσο συντηρητικότερη η εγχείρηση, κι όσο μεγαλύτερη τόσο ριζικότερη. Κι αν δεν είναι δυνατή η ριζικότητα η εξαίρεση όσο γίνεται μεγαλύτερου μέρους της νεοπλασίας είναι απαραίτητη, γιατί το έργο του χημειοθεραπευτή και ακτινοθεραπευτή γίνεται ευκολότερο.

Σε νέες γυναίκες δεν πρέπει να προβαίνουμε σε εξαίρεση της ωθήκης, όταν αμφιβάλλουμε, όταν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη νεοπλασία, αν πρώτα δεν εξετάσουμε και την άλλη ωθήκη. Αν έχουμε αμφιβολίες θα μας τις λύσει ταχεία βιοψία με κατάψυξη τεμαχίου της ωθήκης που πάσχει. Το δυσγονίωμα είναι δυνατών να μας δημιουργήσει τέτοια προβλήματα και επειδή είναι κακοηθέστατο και πρέπει να αποφασίσουμε τη ριζικότητα της εγχείρησης, η ταχεία ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη.

Αν ο ιστολογικό έλεγχος γίνει μετά την εγχείρηση και αποδείξει κακοήθεια μερικοί προτιμούν δεύτερη εγχείρηση και την εξαίρεση της άλλης ωθήκης. Αν όμως αυτή είναι φυσιολογική και η γυναίκα νέα, πρέπει να διατηρηθεί.

Όταν διαπιστωθεί η ύπαρξη κοκκιοβλαστώματος στις νέες άρρωστες βγάλουμε το εξάρτημα, και στις ηλικιωμένες εκτελούμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Την ίδια τακτική θα ακολουθήσουμε στα θηκώματα, τα ωχρινώματα και στα κυσταδενοκαρκινώματα. Σε περίπτωση που η νεοπλασία έχει

επεκταθεί πέρα από τη μία ωοθήκη, αλλά περιορίζεται στα γεννητικά όργανα, θα εκτελέσουμε ολική υστερεκτομία και θα συστήσουμε ακτινοθεραπεία. Όταν η νεοπλασία έχει επεκταθεί και διηθήσει στα πυελικά τοιχώματα το έντερο συνιστάται όσο το δυνατό εξαίρεση νεοπλασματικού ιστού και ακτινοθεραπεία ολόκληρης της κοιλίας.

Αν ο χειρουργός δεν έχει τις δυνατότητες να προβεί σε τόσο ριζική εγχείρηση ή αν η οργάνωση του και ο χώρος του δεν το επιτρέπουν τότε σκόπιμη κρίνεται η λήψη τεμαχίου για ιστολογική εξέταση και ακτινοθεραπεία ολόκληρης της κοιλίας. Μετά από δύο εβδομάδες από το τέλος της ακτινοθεραπείας προβαίνουμε σε νέα επέμβαση ύστερα από καλύτερη προεγχειρητική ετοιμασία και αφαιρούμε όσο το δυνατόν περισσότερο νεοπλασματικό ιστό. Μετά την εγχείρηση συνιστούμε δεύτερη ακτινοθεραπεία.

Ποτέ δεν πρέπει να προβαίνουμε στη σύγκληση των κοιλιακών τοιχωμάτων, πριν ερευνήσουμε την περιτοναϊκή κοιλότητα, για να διαπιστώσουμε αν η νεοπλασία είναι μεταστατική από άλλο όργανο. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αποφασίσουμε αν θα χειρουργήσουμε και την πρωτοπαθή εστία ή θα την αναβάλλουμε για άλλο χρόνο.

Κάποτε αναγκάζετε ο χειρουργός να εκτελέσει κολοστομία ή εμφύτευση του ουρητήρα, για να κάνει τη ζωή της άρρωστης περισσότερο ανώδυνη. Τέτοιες μεγάλες εγχειρήσεις είναι δύσκολες γιατί δεν βοηθάει το εγχειρητικό πεδίο και άσκοπες, γιατί ο θάνατος της άρρωστης θα συμβεί 100% και μόνο μικρή παράταση της ζωής μπορούν να πετύχουν.

Καταλαβαίνει κανείς πως η εγχείρηση του καρκίνου των ωοθηκών είναι εξατομικευμένη για την κάθε περίπτωση και εξαρτάται από την κλινική πείρα και εγχειρητική ικανότητα μας.

Γενικά, στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών ακολουθούμε σήμερα την παρακάτω γραμμή:

Στο στάδιο I εκτελούμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα όταν η διήθηση φτάνει στο στάδιο Ια.

Στο στάδιο II εκτελούμε ολική υστερεκτομία μαζί με τα εξαρτήματα και συστήνουμε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Στο στάδιο III εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία σε διαλεγμένες περιπτώσεις εξωτερική στην πύελο και σε ολόκληρη την κοιλία ακτινοθεραπεία.

Στο στάδιο IV εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία όπου υπάρχουν διογκωμένες λεμφαδένες για να προλάβουμε την εξέλιξη τους και την παραμόρφωση τους.

6.1 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στο καρκίνο των ωοθηκών αφορά στην πύελο μόνο ή σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Τα εγχειρητικά ευρήματα θα καθορίσουν από τους δύο τρόπους ακτινοθεραπείας θα ακολουθήσουμε.

Μόνο την πύελο θα ακτινοβολήσουμε όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η θεραπευτική δόση ανέρχεται σε 4.500-6000rads μέσο σε χρονικό διάστημα 5-6 εβδομάδων.

Ακτινοθεραπεία ολόκληρης της κοιλιάς θα εφαρμόσουμε σε μεταστάσεις του καρκίνου αν και προκαλεί δυσάρεστες επιπλοκές στην άρρωστη και δεν έχει να προσφέρει αξιόλογο θεραπευτικά αποτελέσματα. Η δόση θα είναι 3.000rads σε χρονικό διάστημα 3-5 εβδομάδων.

Η ακτινοθεραπεία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να γίνει και με τον τρόπο των <<μετακινούμενων λωρίδων>>. Δηλαδή χωρίζουμε την κοιλιακή χώρα σε λωρίδες πλάτους 2,5εκ και ακτινοβολούμε λωρίδα-λωρίδα αρχίζοντας από την ηβική σύμφυση και φθάνοντας στο διάφραγμα. Συνολικά χορηγούμε 2600–2800rads σε 12 δόσεις και ρυθμό 5 ακτινοβολίες την εβδομάδα. Το ίδιο επαναλαμβάνεται και σε οπίσθιο πεδίο.

Για εξωτερική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών χρησιμοποιούμε κοβάλτιο ή βιτατρόνιο ή ραδιοϊσότοπα.

Επίσης πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας: Πώς σε μεταστάσεις στο συκώτι και στους νεφρούς η ακτινοθεραπεία δε συνίσταται γιατί η θεραπευτική δόση καταστρέφει τα όργανα. Πως το μέγεθος

του όγκου επηρεάζεται από την ακτινοθεραπεία, δηλαδή όσο πιο μεγάλος είναι αυτός, τόσο μεγαλύτερη δόση απαιτεί. Πως σε ασκίτη είναι άσκοπη η ακτινοθεραπεία. Πως για να εφαρμόσουμε ακτινοθεραπεία πρέπει η περίπτωση της άρρωστης να είναι τέτοια ώστε να δέχεται ακτινοβολία της κοιλιάς γιατί η βλάβη δεν αφορά μόνο στην πύελο, είναι πάθηση ολόκληρης της κοιλιάς. Πως στο III και IV τα ακτινοθεραπευτικά αποτελέσματα είναι πενιχρά. Ποσοστό επιβίωσης 15% και μέσος χρόνος επιβίωσης ένας χρόνος.

6.3 Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία. Σε όλα τα στάδια, εκτός από το Ia και Ib, μετά την εγχείρηση καταφεύγουμε σε έξι μηνιαίες χημειοθεραπείες. Κάποτε οι παρενέργειες της είναι τόσο μεγάλες, που χειροτερεύουν την κατάσταση της άρρωστης.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούμε είναι:

- 1) Σισπλατίνη
- 2) Της σειράς των αλκυλιωτικών φαρμάκων δηλ. χλωραμβουκίλη.
- 3) Ορμόνες, όπως μεδροξυπρογεστερόνη και ταμοξιφαίνη.

Τα παραπάνω φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν και συνδυασμένα, όπως παρακάτω:

- 1) Σισπλατίνη με κυκλοφωσφαμίδη.
- 2) Σισπλατίνη μεαδριαμυκίνη και κυκλοφωσφαμίδη.
- 3) Καρβοπλατίνη με κυκλοφωσφαμίδη.

Η χημειοθεραπεία γίνεται με διακοπτόμενη ενδοφλέβια χορήγηση.

Στα στάδια I και II χορηγούμε ένα από τα αλκυλιωτικά φάρμακα ή σισπλατίνη μόνη ή σε συνδυασμό μετά την εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία.

Στο στάδιο III χορηγούμε σισπλατίνη ή συνδυασμούς της μετά την εγχείρηση.

Στο στάδιο IV χορηγούμε σισπλατίνη ή συνδυασμούς της μετά την εγχείρηση.

Ο ασκίτης, που συνοδεύει τον καρκίνο των ωοθηκών, αντιμετωπίζεται με παρακέντηση της κοιλίας και την έξοδο υγρού, για την ανακούφιση της πάσχουσας. Την παρακέντηση θα την προτιμήσουμε μόνο, όταν υπάρχει, έντονη δυσφορία της, γιατί συνοδεύεται από απώλεια πρωτεϊνών και ηλεκτρολυτών, που επιβαρύνει την κατάσταση της.

Όταν υπάρχουν υπολείμματα της νόσου μετά την εγχείρηση επανελέγχου, όταν η νόσος υποτροπιάσει ή όταν δεν ανταποκριθεί στην αρχική θεραπεία, χρησιμοποιούμε Χημειοθεραπευτικά δεύτερης γραμμής ή πειραματικές θεραπείες με μονοκλωνικά αντισώματα, ψηλές δόσεις καρβοπλατίνης ή αλκυλιωτικών με σύγχρονη μεταμόσχευση μυελού.

Χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής συνήθως χορηγείται με την μορφή μονοθεραπείας και δραστικά φάρμακα είναι η ταξόλη η ιφωσφαμίδη κ.ά. Η ταξόλη αποτελεί σημαντικό καινούργιο φάρμακο, που προέρχεται από κωνοφόρα δένδρα, και εμφανίζει υφέσεις στο 30% των περιπτώσεων ανθεκτικών σε άλλες μορφές θεραπείας.

Η χημειοθεραπεία είναι έργο του χημειοθεραπευτή και μόνο ή του ειδικού στην ογκολογία γυναικολόγου.

Ειδικότερα, στην αντιμετώπιση του ωοθηκικού καρκίνου, ακολουθούμε τα παρακάτω:

1) Στο στάδιο I εκτελούμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Όταν η διήθηση φτάνει στο στάδιο Ia και ο όγκος έχει καλή διαφοροποίηση, η εγχείρηση είναι αρκετή. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις χορηγείται συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

2) Στο στάδιο II εκτελούμε ολική υστερεκτομία μαζί με τα εξαρτήματα, επιπλοεκτομία και συστήνουμε χημειοθεραπεία.

3) Στο στάδιο III εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Αν η εξαίρεση δεν ήταν πλήρης και η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία ήταν καλή, είναι δυνατό να

προβούμε στην εκτέλεση δεύτερης λαπαροτομίας μετά από τρεις κύκλους χημειοθεραπείας.

4) Στο στάδιο IV εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Ακτινοθεραπεία θα συστήσουμε παρηγορητικά.

6.4 Λαπαροτομία <<δεύτερης ματιάς>>

Ύστερα από εγχείρηση καρκίνου των ωοθηκών και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, μπορούμε να προβούμε στην εκτέλεση λαπαροτομίας 5-6 μήνες μετά την εγχείρηση, για να εκτιμήσουμε την κατάσταση της άρρωστης και για να τροποποιήσουμε, ίσως, την αντιμετώπιση της. Η επέμβαση, κάποτε, γίνεται δύσκολη, όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία.

Αν δεν υποψιαζόμαστε υποτροπή της πάθησης, μπορεί να αποφύγουμε τη λαπαροτομία δεύτερης ματιάς και να καταφύγουμε σε λαπαροσκόπηση, όταν οι συνθήκες επιτρέπουν τον εκτενή έλεγχο της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Η λαπαροτομία δεύτερης ματιάς πρέπει να διακρίνεται από την επανεγχείρηση στους κακοήθεις όγκους των ωοθηκών. Αυτή εκτελείται, όταν στην πρώτη εγχείρηση η σταδιοποίηση ήταν ελλιπής και ύστερα από έξι χημειοθεραπευτικά σχήματα, γιατί πιστεύεται από πολλούς, πως η εκτίμηση των ευρημάτων αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό κριτήριο και δίνει την ευκαιρία της μείωσης του υπολειπόμενου όγκου.

Άλλοτε, την εκτέλεση επανεγχείρησης επιβάλλει η ανακούφιση της πάσχουσας και άλλοτε αυτή συνδυάζεται με την εκτέλεση κολοστομίας, ουρητηροστομίας, νεφροστομίας και άλλων επεμβάσεων, που έχουν σκοπό την παράταση της ζωής της άρρωστης.

Πρόγνωση. Όπως αναφέρθηκε, επειδή ο καρκίνος των ωοθηκών δεν προκαλεί πρώιμα συμπτώματα, οι περισσότερες άρρωστες προσέρχονται στο γιατρό σε προχωρημένο στάδιο. Βρέθηκε, πως περισσότερες από τις μισές βρίσκονται στο στάδιο III και IV.

Προκειμένου για την 5ετή επιβίωση των ασθενών, αυτή:

Στο στάδιο I είναι 73%

Στο στάδιο II είναι 46%
 Στο στάδιο III είναι 19%
 Στο στάδιο IV είναι 5%

Γενικότερα, όταν δεν έχει διασπασθεί η θήκη της ωοθήκης από τον καρκίνο, η επιβίωση μετά πενταετία φτάνει το 35%, αν και είναι δυνατό αργότερα να εμφανισθούν μεταστάσεις.

Όταν, όμως, έχουν προσβληθεί ιστοί έξω από την ωοθήκη, τότε η επιβίωση φτάνει το 15%, όποια θεραπευτική αγωγή και αν εφαρμόσουμε.

Πρέπει να τονισθεί, πως ποτέ δεν πρέπει να είμαστε απόλυτοι σχετικά με την πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών. Υπάρχουν άρρωστες καταδικασμένες, λόγω της έκτασης της πάθησης σε λίγους μήνες ζωής, και ζουν χρόνια, και άλλες, που χάνονται γρήγορα, ενώ είχαμε προεξοφλήσει μακροχρόνια την επιβίωση τους. Ο θάνατος επέρχεται από εντερική έμφραξη ή εντερική παράλυση ή από ασπία και εξασθένιση.

Παρακολούθηση. Η παρακολούθηση της άρρωστης από καρκίνο των ωοθηκών συνίσταται σε επισκέψεις της με την παρακάτω συχνότητα:

Κάθε 3 μήνες για δύο χρόνια. Κάθε 6 μήνες για 5 χρόνια. Κάθε χρόνο για όλη τη ζωή της. Η εξέταση είναι κλινική και εργαστηριακή. Η δεύτερη περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του Ca 125 σε κάθε επίσκεψη, την αξονική τομογραφία κάθε 3 μήνες, όσο κρατάει η χημειοθεραπεία και κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια.

6.5 Ακτινεοπλασματική φαρμακοθεραπεία

Η ιδέα της χρησιμοποίησης χημικών ουσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου, ξεκίνησε από τις αρχές του πρώτου παγκόσμιου πολέμου, όταν παρατήρησαν, πως πολεμικά δηλητήρια του τύπου της μουστάρδας, προκαλούσαν λευκοπενία. Έτσι, το 1942, χρησιμοποιήθηκε οι αζωτούχες μουστάρδες για την αντιμετώπιση λευχαιμιών. Ήταν τότε, μία εμπειρική θεραπεία, που στην εποχή μας εξελίχθηκε ικανοποιητικά.

Ο όρο χημειοθεραπεία που επεκκράτησε στην αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασμάτων – γι αυτό και έτσι αναφέρεται στην θεραπεία τους άτυχος. Η χημειοθεραπεία αφορά στην

αντιμετώπιση των μικροβιακών λοιμώξεων. Στην περίπτωση των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να εκφραζόμαστε με τους όρους ακτινεοπλασματικά ή κυτταροστατικά φάρμακα, γιατί αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Ειδικότερα κυτταροστατικά φάρμακα προκαλούν αλλοιώσεις, τόσο στον πυρήνα του κυττάρου που βρίσκεται σε ηρεμία, όσο και σε αυτόν που βρίσκεται σε διαίρεση.

Τα κακοήγη νεοπλάσματα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας αντιδρούν διαφορετικά στη θεραπεία. Αυτά, που ανταποκρίνονται περισσότερο σε αυτή είναι τα χοριοκαρκινώματα και αυτά που ανταποκρίνονται λιγότερο, τα επιδερμοειδή καρκινώματα του κατώτερου τμήματος του γεννητικού συστήματος.

Με τη φαρμακευτική θεραπεία σπάνια γίνεται καλά η άρρωση. τις περισσότερες φορές η θεραπεία την ανακουφίζει ή της παρατείνει τη ζωή.

Κυτταροστατικά φάρμακα.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα, που χρησιμοποιούμε στην Γυναικολογία ανήκουν σε 6 ομάδες:

- α) στα αλκυλιωτικά φάρμακα
- β) στους αντιμεταβολίτες
- γ) στα αντιβιοτικά
- δ) στα αλκαλοειδή
- ε) στις ορμόνες και
- στ) σε διάφορους άλλους παράγοντες με αντικαρκινογόνο δράση.

1. Αλκυλιωτικά φάρμακα. Είναι ουσίες που προέρχονται από τον αζωθυπερίτη. Αποτελούν κυτταρικά δηλητήρια υψηλής δράσεως. Ο ακριβής μηχανισμός της δράσεως τους δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί. Πιθανών να δρουν στο DNA των χρωματοσωμάτων. Σε αυτούς ανήκουν τα παράγωγα του αζωθυπερίτη, οι αιθυλενιμίμες και οι μεθανοσουλφονικοί εστέρες.

2. Αντιμεταβολίτες. Είναι ουσίες που αναστέλλουν την ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων. Διακρίνονται στους ανταγωνιστές του φυλλικού οξέος, της πυραμιδίνης και της πουρίνης.

Στους ανταγωνιστές του φυλλικού οξέος ανήκει η μεθοτρεξάτη

Στους ανταγωνιστές της πυριμιδίνης ανήκουν:

- α) η φθορο – 5 – ουρακίλη και
- β) η κυτοσινο – αραβινοσίδη ή κυτταροβίνη.

Στους ανταγωνιστές της πουρίνης ανήκουν

- α) η 6 –μερκαπτοππουρίνη και
- β) η καρβοξαμιδική ιμιδαζόλη.

3. Αντιβιοτικά. Διαπιστώθηκε πως ορισμένα αντιβιοτικά δρουν σε διάφορα στάδια της σύνθεσης των πρωτεϊνών και αναστέλλουν τη βιοσύνθεση του RNA. Σε αυτό ανήκουν: α) η ακτινομυκίνη D β) η βλεομυκίνη και γ) η ανδριαμυκίνη.

4. Αλκαλοειδή. Τα αλκαλοειδή παρεμποδίζουν τη συγκέντρωση υποπροϊόντων και ανατέλλουν τις κυτταρικές μιτώσεις. Σε αυτά ανήκουν: α) η βινμπλατίνη και β) η βινκριστίνη.

5. Ορμόνες. Αυτές ρυθμίζουν τις ενζυματικές αντιδράσεις των κυττάρων. Για αυτό επηρεάζουν τη διαδικασία της αναπτύξεως. Πιθανόν η δράση τους να είναι και ανοσοβιολογική. Από τις ορμόνες στη θεραπεία του καρκίνου της γυναίκας χρησιμοποιήθηκαν τα προγεστεροειδή: α) μεδροξυπρογεστερόνη β) καπροϊκή υδροξυπρογεστερόνη και γ) μεγεστερόλη.

6. Διάφοροι παράγοντες. Ανάμεσα στους διάφορους άλλους παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία του καρκίνου στη γυναίκα βρίσκεται και η υδροξουρία, απλή χημική ένωση που μοιάζει με την ουρία και χρησιμοποιείται για να αυξήσει την ευαισθησία στην ακτινοβολία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η καλή επικοινωνία είναι απαραίτητη για την κλινική εκτίμηση και αντιμετώπιση της. Η σχέση νοσηλευτή – ασθενούς βασίζεται στην επικοινωνία η οποία θα πρέπει να διεξάγεται με έναν ανοιχτό, ειλικρινή και προσεκτικό τρόπο έτσι ώστε να κατανοηθούν με ακρίβεια η κατάσταση και τα προβλήματα της ασθενούς καθώς και να καθοριστούν οι αποτελεσματικές λύσεις.

Είναι απαραίτητο για το νοσηλευτή να επικοινωνεί με την ασθενή με τέτοιο τρόπο που να της επιτρέπει να συνεχίσει να επιθυμεί κατάλληλη νοσηλευτική υποστήριξη. Όχι μόνο οι λέξεις που χρησιμοποιούνται αλλά επίσης ο τρόπος ομιλίας, ο τρόπος με τον οποίο εκφωνούνται οι λέξεις και η επαφή με τα μάτια αποτελούν σημαντικές συνιστώσες της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή – ασθενούς.

Ο τρόπος της ομιλίας μπορεί να επηρεάσει τις αλληλεπιδράσεις του ιατρού με την ασθενή. Για να είναι αυτή η επικοινωνία αποτελεσματική, η ασθενής πρέπει να νιώθει ότι είναι ικανή να συζητήσει το πρόβλημα της στην ολότητα του. Πέρα από αυτό αν η ασθενής αντιλαμβάνεται ότι συμμετέχει στις αποφάσεις και της δίνονται οι περισσότερες κατά το δυνατό πληροφορίες τότε θα αντιδράσει στη προτεινόμενη θεραπεία με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Υπάρχουν άφθονα στοιχεία ότι η επικοινωνία με την ασθενή, η κατανόηση και το τελικό αποτέλεσμα βελτιώνονται οι συζητήσεις είναι πιο καθαρές.

Η ιδέα του “συνεργατικού” σχεδιασμού μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών έχει πια αναπτυχθεί. Αυτό σημαίνει ότι η ασθενή γίνεται πιο απόλυτη στη διαδικασία καθορισμού των επιλογών για την φροντίδα της υγείας της. Για παράδειγμα αν η ασθενής πληροφορείται για τους κινδύνους και τα οφέλη από την θεραπεία αρμονικής κατάστασης και κατανοεί καλά αυτές τις πληροφορίες τότε μπορεί να είναι πιο πιθανό να συμμορφωθεί με το σχεδιασμό.

Οι μελέτες υποδεικνύουν ότι όταν οι ασθενείς ακούγονται, γίνονται κατανοητοί και πιο ομιλητική τότε η υγεία τους μπορεί να βελτιωθεί και αν δεν βελτιωθεί τουλάχιστον θα παρατεθεί για μεγάλο διάστημα. Η διατήρηση λοιπόν της υγείας μπορεί να συνδεθεί άμεσα με την επίδραση των θετικών, ήπιων

αλληλοεπιδράσεων. Οι ασθενείς που είναι πιο άνετοί με το νοσηλευτή τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να θέσουν ζητήματα ή ανησυχίες ή να μεταφέρουν πληροφορίες για πιθανούς κινδύνους για την υγεία. Αυτός ο βαθμός αμοιβαίας και αρμονικής σχέσης μπορεί να προάγει την αποτελεσματικότητα των αρχικών αλληλοεπιδράσεων, περιλαμβανομένης και της τροποποίησης της συμπεριφοράς. Θα βοηθήσει επίσης να επιβεβαιώσουμε ότι οι ασθενείς επιστρέφουν για τακτική εξέταση επειδή αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται ειλικρινά για την μακροημέρευση τους.

Όταν οι ασθενείς είναι άρρωστοι τότε νοιώθουν ευάλωτες, φυσικά και ψυχολογικά εκτεθειμένες όπως και αδύναμες. Επειδή ο νοσηλευτής έχει δύναμη χάρη στην αποτελεσματικότητα των γνώσεων του και στο γόητρο του, αυτή η σχέση μπορεί να είναι εκφοβιστική για τον ασθενή. Γι αυτό είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να γνωρίζει αυτές τις διαφορές έτσι ώστε η ισορροπία των δυνάμεων να μην αποκλίνει πολύ σε βάρος της ασθενούς.

Σε σχέση με την επικοινωνία που αφορά τα γυναικολογικά ζητήματα είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι οι διαφορετικοί τρόποι επικοινωνίας μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα του νοσηλευτή να κατανοεί την κατάσταση της ασθενούς και να επιτυγχάνει τον τελικό στόχο της βέλτιστης εκτίμησης και της συμμόρφωσης με τις φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες. Η απόρρητη και η ιδιαίτερα προσωπική φύση πολλών γυναικολογικών καταστάσεων απαιτεί ιδιαίτερη ευαισθησία για να προκληθεί μια τίμια ανταπόκριση από την πλευρά της ασθενούς.

Υπάρχουν κάποια σημαντικά στοιχεία της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς – νοσηλευτή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι:

Ο νοσηλευτής είναι:

Καλός ακροατής

Με βαθιά κατανόηση

Τίμιος

Ειλικρινής

Έτοιμος να ενθαρρύνει ψυχολογικά την άρρωστη.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί:

Κατανοητή γλώσσα
Μια συνεργατική προσέγγιση
Ανοιχτό διάλογο
Κατάλληλο συναισθηματικό περιεχόμενο
Χιούμορ και ζεστασιά

Ο νοσηλευτής δεν είναι:

Εριστικός
Συγκαταβατικός
Καταπιεστικός
Επικριτικός

Η τέχνη της επικοινωνίας κατά την διάρκεια της επίσκεψης είναι κάτι που θα πρέπει να κατέχουν όλοι οι νοσηλευτές. Είναι απαραίτητοι οι επαφές μας με τις ασθενείς μας να είναι επαγγελματικές και ειλικρινής. Μερικές γενικές κατευθυντήριες γραμμές που μπορούν να βοηθήσουν την βελτίωση της επικοινωνίας έχουν ως εξής:

- 1) Να ακούτε περισσότερο και να μιλάτε λιγότερο.
- 2) Ενθαρρύνετε την επιδίωξη συζήτησης θεμάτων που επιθυμούν οι ασθενείς και που είναι σημαντικά για γι αυτές.
- 3) Επιζητείστε τις ερωτήσεις και δώστε πλήρεις και κατανοητές απαντήσεις.
- 4) Να καταλαβαίνεται αν σε μία συνέντευξη υπάρχει δυσφορία.
- 5) Βεβαιώστε τις ασθενείς για το ότι έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν πλήρως τα προβλήματα τους.
- 6) Αναγνωρίστε το αν οι ασθενείς μπορεί να αναζητούν περισσότερη κατανόηση και απόδοση αξίας στα συναισθήματα τους παρά κάποια λύση. Μερικές φορές αυτό που είναι απαραίτητο είναι να είστε δίπλα της ως μια φιλεύσπλαχνη ανθρώπινη ύπαρξη.

Κάποιες άλλες πληροφορίες που μπορεί να βοηθήσουν το νοσηλευτή να ενθαρρύνει την γυναίκα επιτυγχάνεται καλύτερα με την πιο κάτω προσέγγιση.

- 1) Αρχίστε με μία “ανοικτή” ερώτηση.
- 2) Απευθύνετε δεύτερη ερώτηση ή σχόλιο, ενθαρρύνοντας την ασθενή να μιλήσει.
- 3) Επιτρέψτε στην ασθενή να μιλήσει χωρίς διακοπές.
- 4) Συνοψίστε και εκφράστε την βαθιά κατανόησή σας κατά την ολοκλήρωση της συνέντευξης.

Η προσοχή, η αμοιβαία αρμονική σχέση και η συνεργασία χαρακτηρίζουν τις καλές τεχνικές διεξαγωγές νοσηλευτικής συνέντευξης. Οι γενικόλογες ερωτήσεις σε γενικές γραμμές επιθυμητές, ιδιαίτερα αν συνδυάζονται με καλές ικανότητες ακρόασης.

Πολλές ασθενείς δε δίνουν ακριβές πληροφορίες για την ασθένειά τους. Η έλλειψη πλήρους κατανόησης μιας νόσου μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση ως προς την νοσηλευτική φροντίδα, αυξημένο άγχος, ένταση, δυσκολίες συνεργασίας, μη συμμόρφωση ως προς την θεραπευτική αγωγή και πτυχή στην θεραπεία. Όσο οι ασθενείς ζητούν όλο και περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με την ασθένεια τους και περισσότερη συμμετοχή τους σε αποφάσεις που αφορούν την φαρμακευτική τους θεραπεία, τόσο τα προβλήματα επικοινωνίας γίνονται πιο σημαντικά. Η πτυχή κατανόηση εκ μέρους της ασθενούς οφείλεται στις κακές τεχνικές επικοινωνίας στην έλλειψη χρόνου για συμβουλή πληροφοριών στο άγχος της ασθενούς και στην άρνηση της ασθενούς που θεωρούνται επιβλαβείς από την κοινωνική πρόνοια.

Αν τα κλινικά ευρήματα ή οι εξετάσεις επαλήθευσης υποδεικνύουν ισχυρά μια σοβαρή κατάσταση π.χ. κακοήθεια τότε η βαρύτητα και το επείγον αυτής της κατάστασης πρέπει να μεταφερθεί στον ασθενή με έναν τρόπο που δεν την εκφοβίζει ή δεν την τρομάζει υπερβολικά. Πρέπει να δίδονται τίμιες απαντήσεις σε κάθε ειδική ερώτηση την οποία η ασθενής θα θέλει να συζητήσει.

Το να επιτρέπει χρόνος για ερωτήσεις είναι σημαντικός και ο προγραμματισμός μιας επόμενης επίσκεψης για να συζητηθούν οι θεραπευτικές επιλογές αφού ασθενής θα έχει μια ευκαιρία να

εξετάσει τις επιλογές και τις συστάσεις που τις έγιναν. Η ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να φέρει ένα σύντροφο ή μέλος της οικογένειας της μαζί της να της παράσχει ηθική υποστήριξη.

Σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα πρέπει να ενθαρρύνει ψυχολογικά την άρρωστη και να προσπαθήσει να την βοηθήσει να αποβάλλει το άγχος και το στρες που την κυριαρχούν, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση είτε αυτό οδηγήσει σε παράταση της ζωής της ή ακόμα και στο θάνατο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά έχει διαπιστωθεί ότι η διάγνωση και θεραπεία των ωθητικών αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της εποχής. Παρά της προσπάθειας που υποβάλλονται μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί στην ανάπτυξη νέων μεθόδων που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των παθήσεων των ωθηκών στα πρώιμα στάδια. Επίσης έχει αναγνωριστεί γενικά ότι παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων για τους κακοήθεις όγκους δεν έχει αυξηθεί σημαντικά η επιβίωση των ασθενών, που πάσχουν από αυτούς και ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια.

Η κατάσταση της υγείας μας είναι δυναμική. Πολλοί από μας είμαστε τυχεροί να είμαστε “υγιείς” και σε “καλή κατάσταση υγείας” για μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωή μας, αλλά κάποιοι δεν είναι τόσο τυχεροί. Ο στόχος της θεραπείας είναι να πετύχει την μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποκατάσταση της υποκείμενης αρρώστιας για όλους τους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρικοπούλου Π. 'Γυναικολογία – Μαιευτική' Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Β` έκδοση Αθήνα.
2. Αποστολάκης Γεώργιος 'Ανατομική της Γυναίκας' Εκδόσεις Παπαζήση Τόμος 2ος Αθήνα.
3. Αραβαντινού Διονυσίου Ι. 'Ανατομική της Γυναίκας' Εκδόσεις Παρισιανού Αθήνα 1985.
4. Αραβαντινού Διονυσίου Ι. 'Φυσιολογία της Κύησης' Εκδόσεις Παρισιανού Αθήνα 1982.
5. Αραβαντινού Διονυσίου Ι. 'Παθολογία της Γυναίκας' Εκδόσεις Παρισιανού Αθήνα 1985.
6. Βαρράς Μιχαήλ Ν. 'Μαιευτική – Γυναικολογία' Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1998.
7. Barnard Christian 'Το Ανθρώπινο σώμα' Εκδόσεις Π. Κουτσούμπος Αθήνα 1986.
8. Benson J. Thomas 'Atlas of gynecology' New York 1992 Ninth Edition.
9. Blackwell Richard 'Textbook of gynecology' New York 1992 Ninth Edition.
10. Bruce P. Carr 'Reproductive medicine' New York 1996 Second Edition.
11. Καλογερόπουλος Αχ. 'Γυναικολογία' Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων Και Περιοδικών Θεσσαλονίκη 1996.
12. Κρεάτσας Γεώργιος 'Γυναικολογία Ι' Εκδόσεις Πασχαλίδης 12^η έκδοση Αθήνα 1996.
13. Λούρου Νικ. 'Μαιευτική – Γυναικολογία' Εκδόσεις Γ. Παρισιανός Αθήνα 1989.

14. Λώλης Δημ. Ε. 'Μαιευτική – Γυναικολογία' Εκδόσεις Παρισιανός Τόμος 2^{ος} Αθήνα 1998.
15. Λώλης Δημ. Ε. 'Μαιευτική – Γυναικολογία' Εκδόσεις Παρισιανός Τόμος 1^{ος} Αθήνα 1995.
16. Μανταλενάκης Σέργιος Ι. 'Σύναψη Μαιευτικής Και Γυναικολογίας' Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1996 3^η έκδοση.
17. Miller Alistair W. F. 'Γυναικολογία – Εικονογραφημένη' Fourth Edition Churchill Livingstone New York 1989.
18. Παναγίωτου Π. 'Σύγχρονη Γυναικολογία' Εκδόσεις Παρισιανός Αθήνα 1973.
19. Παπανικολάου Ν. 'Γυναικολογία' Εκδόσεις Γ. Παρισιανός 1^η έκδοση Θεσσαλονίκη 1978.
20. Παπανικολάου 'Γυναικολογία' 3^η έκδοση Αθήνα 1994.
21. Σάββα Δ. 'Επίτομη Ανατομία Του Ανθρώπου' Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη Θεσσαλονίκη 1985.
22. Σαρρή Γ. 'Γυναικολογία' β` έκδοση Αθήνα 1987.
23. Σαχίνη – Καρδάση Άννα. 'Παθολογική Και Χειρουργική Νοσηλευτική' Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 1994.
24. Σέκκος Χ. Γ. 'Γυναικολογική Ενδοκρινολογία' Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1992 2^η έκδοση.
25. Στεφανοπούλου – Τσαγκά Ε. 'Μαιευτική – Γυναικολογική – Νοσηλευτική' Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1992.
26. Τζαβάρας Θανάσης 'Ιστορία Της Γυναικολογίας' Εκδόσεις Μαραθία Αθήνα 1998.