

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΘ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΠΑΥΛΙΝΟΥ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ
ΣΑΜΥΩΝΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
Δρ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΟΣΧΩΝΑΣ



ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	σελ 4
Εισαγωγή.....	σελ 5

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Ανατομία γεννητικού συστήματος θηλέως	σελ 7
Έσω γεννητικά όργανα.....	σελ 8
Ωοθήκη.....	σελ 8
Σάλπιγγες.....	σελ 8
Μήτρα.....	σελ 9
Κόλπος.....	σελ 9
Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	σελ 10
Μυϊκό Σύστημα γεννητικών οργάνων.....	σελ 11
Μύες των πυελικών τοιχωμάτων και πυελικού εδάφους.....	σελ 11
Μύες πυέλου	σελ 12
Μύες περινέου στη γυναίκα.....	σελ 13
Φυσιολογία γεννητικού συστήματος θηλέως.....	σελ 14
I. Επιδημιολογία.....	σελ 15
II. Διάγνωση.....	σελ 15
III. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος τραχήλου.....	σελ 17
Καρκίνος Τραχήλου	σελ 18
I. Επιδημιολογία και αιτιολογία.....	σελ 18
II. Παθολογία και ιστορικό.....	σελ 19
III. Διάγνωση.....	σελ 19
Σταδιοποίηση και προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 21
IV. Θεραπεία	σελ 22
V. Προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 23
VI. Επιπλοκές χειρουργείου ή ακτινοθεραπείας.....	σελ 23
Καρκίνος Μήτρας	σελ 24
I. Επιδημιολογία και αιτιολογία.....	σελ 24
II. Παθολογία	σελ 25
III. Διάγνωση συμπτώματα και σημεία.....	σελ 26
Στάδια καρκίνου μήτρας	σελ 28
IV. Σύστημα σταδιοποίησης και προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 29
V. Πρόληψη και πρώιμη ανίχνευση.....	σελ 31
VI. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	σελ 32
VII. Ειδικά κλινικά προβλήματα	σελ 33
Καρκίνος Κόλπου	σελ 34
I. Επιδημιολογία και αιτιολογία.....	σελ 34
II. Παθολογία.....	σελ 35
III. Διάγνωση.....	σελ 36
IV. Σταδιοποίηση και προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 37

V.	Πρόληψη και πρώιμη διάγνωση.....	σελ 38
VI.	Θεραπεία.....	σελ 39
VII.	Ειδικά κλινικά προβλήματα.....	σελ 39
Καρκίνος Αιδοίου.....		σελ 40
I.	Επιδημιολογία και αιτιολογία.....	σελ 40
II.	Παθολογία.....	σελ 40
III.	Διάγνωση.....	σελ 42
IV.	Σταδιοποίηση και προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 43
V.	Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.....	σελ 44
VI.	Θεραπεία.....	σελ 45
Καρκίνος Ωοθηκών.....		σελ 45
I.	Επιδημιολογία και αιτιολογία.....	σελ 45
II.	Παθολογία.....	σελ 46
III.	Διάγνωση.....	σελ 49
IV.	Σταδιοποίηση και προγνωστικοί παράγοντες.....	σελ 51
V.	Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.....	σελ 52
VI.	Θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου ωοθηκών.....	σελ 52
Λοιποί όγκοι ωοθηκών.....		σελ 53
Ειδικά κλινικά προβλήματα.....		σελ 54

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης.....		σελ 56
Προβλήματα άρρωστης-Σκοποί φροντίδας- Παρέμβαση.....		σελ 57
1.	Προεγχειρητική παρέμβαση.....	σελ 57
2.	Μετεγχειρητική παρέμβαση.....	σελ 59
Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας.....		σελ 63
Ακτινοθεραπεία.....		σελ 63
Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.....		σελ 66
Αξιολόγηση.....		σελ 67
1.	Αναμενόμενα αποτελέσματα.....	σελ 67
2.	Επιπλοκές.....	σελ 68
Χημειοθεραπεία.....		σελ 70
Τοξικότητα της χημειοθεραπείας.....		σελ 71
Μέτρα προστασίας.....		σελ 73
ΝΟΣ/ΚΗ φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....		σελ 74
Παρέμβαση – 1. Χειρουργική.....		σελ 76
2.	Προεγχειρητική φροντίδα.....	σελ 76
3.	Μετεγχειρητική φροντίδα.....	σελ 77
Αξιολόγηση.....		σελ 78
Καρκίνωμα ωοθηκών, καρκίνωμα σαλπίνγγων.....		σελ 79
Επίλογος.....		σελ 80
Παράρτημα.....		σελ 81
Βιβλιογραφία.....		σελ 84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τέσσερα τελευταία χρόνια που φοιτούμε στην Νοσηλευτική, μας δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσουμε τον άνθρωπο ως σωματική και ψυχική οντότητα, προκαλώντας μας πολλές θετικές εντυπώσεις και ικανοποιώντας πολλές απορίες μας, σχετικά με τις δυνατότητες που έχει ο ανθρώπινος οργανισμός.

Στην προσπάθεια μας να επιλέξουμε θέμα για την πτυχιακή μας εργασία, μας προσέλκυσε το ενδιαφέρον η έκταση που έχει λάβει στην σύγχρονη κοινωνία ο καρκίνος και ιδίως ο καρκίνος που προσβάλλει το γεννητικό σύστημα των γυναικών. Για το λόγο αυτό, επιλέξαμε να ασχοληθούμε με τον καρκίνο του γεννητικού συστήματος θηλέος επιχειρώντας μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, με στόχο όχι μόνο την δική μας ενημέρωση αλλά και των συμφοιτητών μας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Ιωάννη Μοσχωνά, για την πολύτιμη βοήθεια του και την ανθρώπινη προσέγγιση του στην προσπάθεια μας αυτή.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Αικατερίνη Παυλίδου και τον Φώτη Σαμψώνα για την βοήθεια τους στη οργάνωση της πτυχιακής εργασίας και για την σημαντική προσφορά φωτογραφικού υλικού.

Τέλος περισσότερο από όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που τόσα χρόνια τώρα μας συμπαραστέκονται σε κάθε ανάγκη και πρόβλημά μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα όποιος γράφει για τον καρκίνο βρίσκεται μπροστά σε μια πληθώρα πληροφοριών παλιών και καινούργιων, που περιελίσσονται σαν κλαδιά και σχηματίζουν ένα πυκνό ιστό, δύσκολο να ξεπεραστεί

Ο “ καρκίνος “ είναι όρος που χρησιμοποιείται για όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα και καθιερώθηκε από την εποχή του Ιπποκράτη. Το νεόπλασμα χαρακτηρίζεται ως “ κακόηθες” γιατί η βλάβη μπορεί να εισβάλλει και να καταστρέψει γειτονικούς ιστούς και να επεκτείνεται, σε μακρινές θέσεις και να προκαλεί το θάνατο.

Είναι προφανές ότι όλοι οι καρκίνοι δεν ακολουθούν αυτή τη θανατηφόρο πορεία. Μερικοί από αυτούς ανακαλύπτονται νωρίς και θεραπεύονται με επιτυχία, αλλά ο χαρακτηρισμός κακόηθες αποτελεί κόκκινη σημαία.

Οι νεοπλασματικές νόσοι και οι επιπλοκές τους, αποτελούν την δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου.

Η θεραπευτική προσέγγιση που έχει ως σκοπό είτε την ίαση είτε την ανακούφιση, προϋποθέτει τη γνώση της διολογικής τους συμπεριφοράς.

Οι νεοπλασίες προκαλούν τα κλινικά φαινόμενα με την τοπική ανάπτυξη και παρά κώληση της φυσιολογικής λειτουργίας των οργάνων ή την ανάπτυξη μεταστάσεων ή με την σύνθεση και έκκριση διολογικά δραστικών ουσιών οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ποικιλία παρανεοπλασματικών συνδρόμων. Έτσι η προσέγγιση του ιατρού στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο, ποικίλλει εξαρτώμενη από τους πιο κάτω παράγοντες:

- Αρχική εστία
- Ιστολογικός τύπος και στάδιο
- Παρανεοπλασματικά σύνδρομα
- Ηλικία του ασθενούς
- Παρουσία άλλων ασθενειών
- Τελικό θεραπευτικό στόχο την ίαση ή την ανακούφιση.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από:

- Ⓐ Τις δύο ωοθήκες
- Ⓑ Τις δύο σάλπιγγες
- Ⓒ Τη μήτρα
- Ⓓ Το κόλπο
- Ⓔ Το αιδοίο

Οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος, αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα, ενώ το αιδοίο με τα στοιχεία που το απαρτίζουν, τα έξω γεννητικά όργανα.

Τα επιμέρους στοιχεία του αιδοίου είναι:

- Ⓐ Το εφήβαιο ή ορός της Αφροδίτης
- Ⓑ Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
- Ⓒ Τα μικρά χείλη του αιδοίου
- Ⓓ Η κλειτορίδα
- Ⓔ Ο πρόδρομος του κόλπου
- Ⓕ Οι βολβοί του προδρόμου
- Ⓖ Οι αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini

Ή ΩΟΘΗΚΗ

Βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο που σχηματίζεται από το περιτόναιο με όρια: προς τα πάνω την ομφαλική αρτηρία και προς τα πίσω τον ουρητήρα και τη μητριάια αρτηρία.

Στη θέση αυτή η ωοθήκη στηρίζεται:

- Ⓐ Από το μεσωοθήκιο
- Ⓑ Από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο
- Ⓒ Από τον ίδιο τον σύνδεσμο της ωοθήκης.

Η ωοθήκη αγγειούται από την ωοθηκική αρτηρία και νευρώνεται από κλάδους του συμπαθητικού πλέγματος.

Η ωοθήκη παρουσιάζει σε διατομή τα εξής στρώματα:

- Ⓐ Εξωτερικά μια στοιβάδα βλαστικού επιθηλίου
- Ⓑ Φλοιώδη μοίρα
- Ⓒ Τη μυελώδη μοίρα
- Ⓓ Στρώμα συνδετικού ιστού

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Κάθε σάλπιγγα ενώνει τη μήτρα με την ωοθήκη. Η σάλπιγγα είναι μυώδης σωλήνας μήκους 11-14εκ. κλεισμένος στο άνω (πρόσθιο) χείλος του πλατέος συνδέσμου και αποτελείται από δύο άκρα, δύο μοίρες και δύο στόμια. Το τοίχωμα της σάλπιγγας έχει μεγάλη ελαστικότητα και γι' αυτό η ρήξη του σε παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σαλπινγική κύηση) δεν είναι εύκολη.

Αποτελείται από έξω προς τα μέσα από: α)ορογόνο χιτώνα, β)μυϊκό χιτώνα και γ)από βλεννογόνο αποτελούμενο από κροσσωτό επιθήλιο.

Οι αρτηρίες της σάλπιγγας εκφύονται από δύο τόξα, το μεσοσαλπινγικό και το υποσαλπινγικό, τα δε νεύρα της, από το μητροκολεϊκό και τα περί την αρτηρία της ωοθήκης πλέγματα.

ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που σχηματίζεται από συνένωση των δύο Μυλλέρειων πόρων του εμβρύου. Η θέση της είναι μεταξύ ουροδόχου κύστης (μπροστά), απευθυσμένου(πίσω), εντερικών ελίκων (πάνω) και κόλπου (κάτω). Το σχήμα της μοιάζει με χελάδι, αποτελείται από 3 μέρη (πυθμένα, σώμα, αυχένα ή τράχηλο) 2 στόμια (έξω και έσω) και μία κοιλότητα.

Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος 10-20 χιλιοστά και αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- Ⓐ Ορογόνο (περιμήτριο)
- Ⓑ Μυϊκό (μυομήτριο)
- Ⓒ Βλεννογόνο (ενδομήτριο)

ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΜΗΤΡΑΣ

- Ⓐ Πλατείς σύνδεσμοι (δεξιός και αριστερός)
- Ⓑ Οι ευθημητρικοί σύνδεσμοι
- Ⓒ Το παραμήτριο
- Ⓓ Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι

Ο ΚΟΛΠΟΣ

Είναι ινομυώδης σωλήνας που βρίσκεται μεταξύ ουρήθρας και απευθυσμένου και του οποίου το άνω άκρο συνάπτεται με τον τράχηλο της μήτρας, το δε κάτω άκρο εκβάλλει στη σχισμή του αιδοίου.

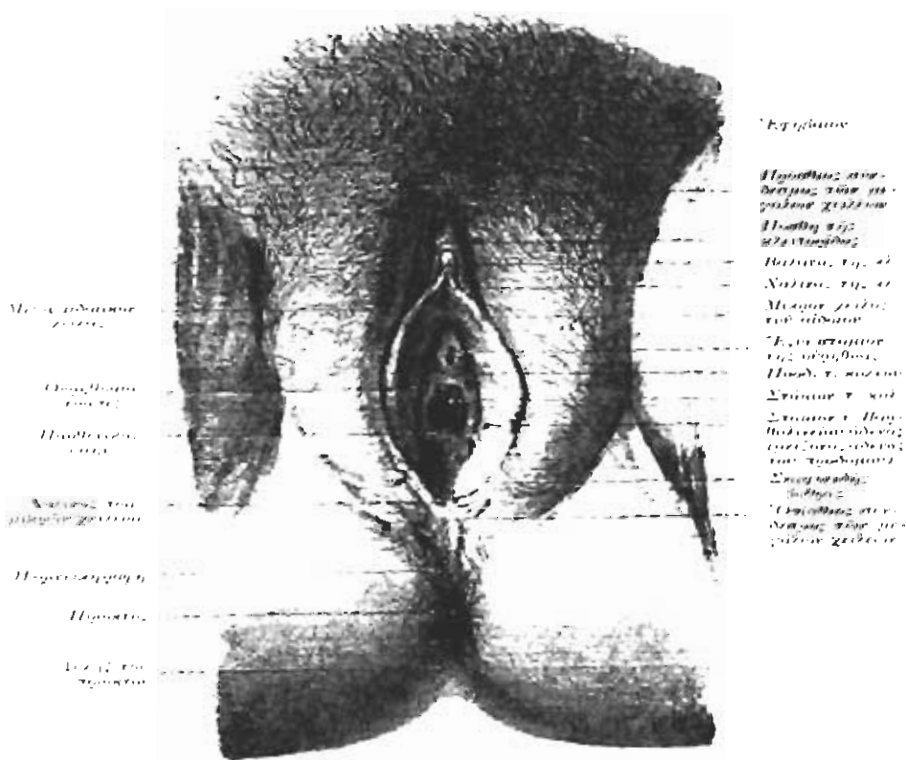
Διακρίνουμε 3 τμήματα του:

- Ⓐ Άνω, μέσο και κάτω.

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου εμφανίζει πολλές εγκάρσιες παχύνσεις που λέγονται κολεϊκές ρυτίδες, οι οποίες κατά μήκος του πρόσθιου και του οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου σχηματίζουν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο στόλο. Το τοίχωμα του κόλπου , αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο με επιθήλιο πολύστοιβο πλακώδες. Αγγειώνεται από τη μητροκολεϊκή, τη μέση και την κάτω κολεϊκή αρτηρία, ενώ νευρούται από το μητροκολεϊκό πλέγμα.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

- Το **ΕΦΗΒΑΙΟ** είναι τριγωνικό υποστρόγγυλο έπαρμα του δέρματος που εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι την ηβική αύλακα, ενώ στα πλάγια αφορίζεται από τις αιδοιομητρικές αύλακες.
- Τα **ΜΕΓΑΛΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ** του αιδοίου είναι δερματικές πτυχές που χωρίζονται μεταξύ τους, με τις μεσοχειλικές αύλακες, ενώ το εσωτερικό των μικρών χειλέων περικλείει τον πρόδρομο του κόλπου, από τον οποίο τα μικρά χείλη χωρίζονται με τις νυμφουμένικες αύλακες.
- Η **ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ**, βρίσκεται μεταξύ των πρόσθιων άκρων των μικρών χειλέων και αποτελείται από στυτικό ιστό με δύο σπραγγώδη σώματα. Έχει μήκος 5-6 εκατοστά και διαιρείται στα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.
- Ο **ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ** εκτείνεται μεταξύ χαλινού της κλειτορίδας και σκαφοειδούς βόθρου και παρουσιάζει δύο πλάγια τοιχώματα και έναν πυθμένα ο οποίος διατριπαινεται απο το έξω στόμιο της ουρήθρας.
- Οι **ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ** είναι δύο και βρίσκονται μεταξύ κόλπου και βολβού του προδρόμου. Το έκκριμα των Bartholinian αδένων είναι βλεννώδες και χρησιμεύει στην ύγρανση του κόλπου.



ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

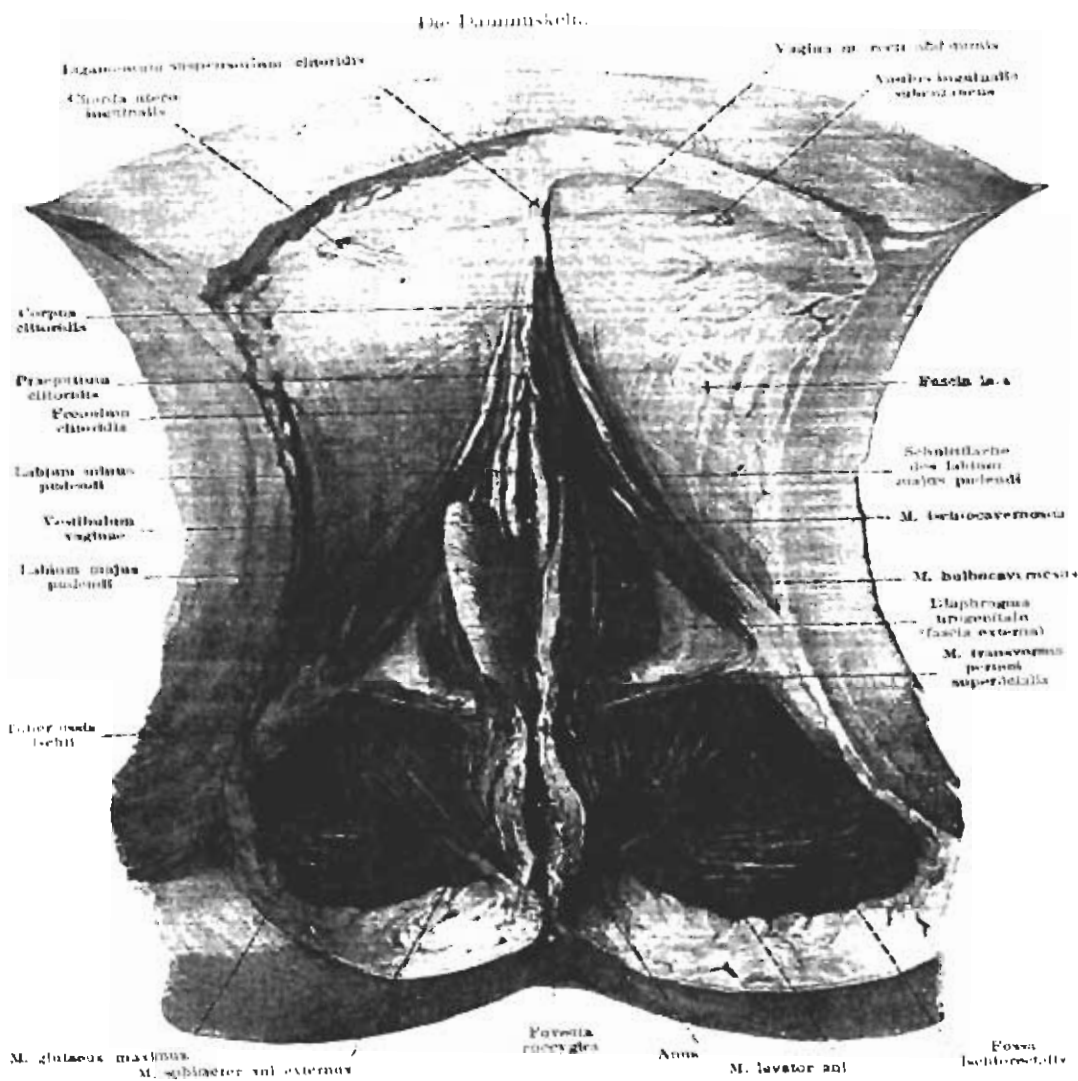
ΜΥΕΣ ΤΩΝ ΠΥΕΛΙΚΩΝ ΤΟΙΧΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ

ΑΠΙΟΕΙΔΗΣ: Έχει ως ενέργεια την έξω στροφή του μηριαίου.

ΤΞΩ ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ: Έχει ως ενέργεια την έξω στροφή του μηριαίου.

ΑΝΕΛΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ: Στηρίζει τα πυελικά σπλάχνα, του σφιγκτήρα της ορθοπρωκτικής συμβολής και του κολεού.

ΚΟΚΚΥΓΙΚΟΣ: Ενισχύει τον ανελκτήρα του πρωκτού, κάμπτει τον κόκκυγα.



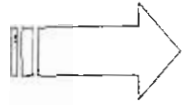
ΜΥΕΣ ΠΥΕΛΟΥ

ΕΞΩ ΣΦΙΓΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Υποδόρια μοίρα

Επιπολής μοίρα

Εν τω βάθει μοίρα



Μαζί με τον ηβσορθικό σχηματίζει το γραμμωτό (εκούσιο) σφιγκτήρα του πρωκτικού σωλήνα.

ΗΒΣΟΡΘΙΚΟΣ



Μαζί με τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού σχηματίζει το γραμμωτό (εκούσιο) σφιγκτήρα του πρωκτικού σωλήνα.

ΒΟΛΒΟΣΗΡΑΓΓΩΔΗΣ



Σφιγκτήρας του κολεού.

ΙΣΧΙΟΣΗΡΑΓΓΩΔΗΣ



Στύση της κλειτορίδας

ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΕΓΚΑΡΣΙΟΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ



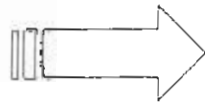
Σταθεροποίηση του τενόντιου κέντρου στη κεντρική θέση.

ΕΞΩ ΣΦΙΓΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

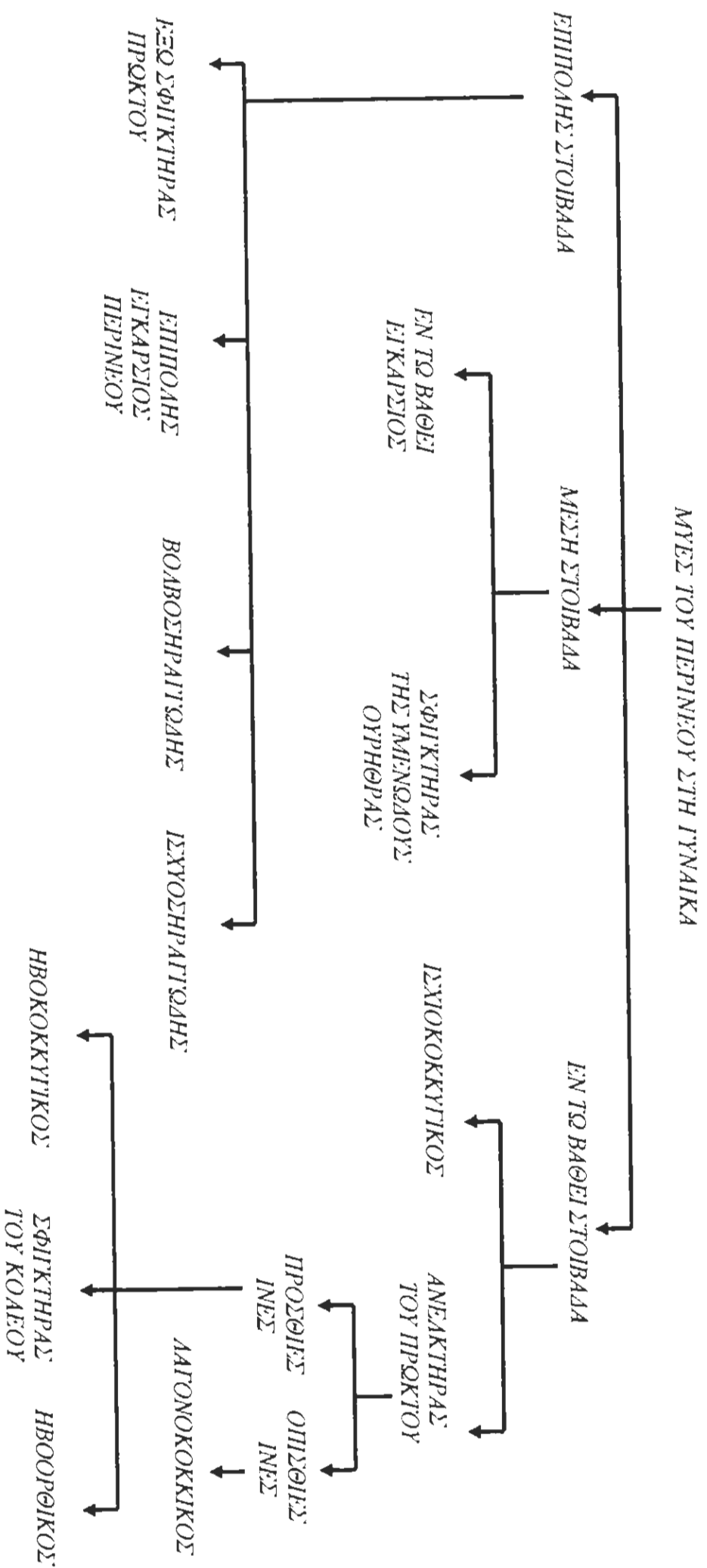


Εκούσιος σφιγκτήρας ουρήθρας

ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΕΓΚΑΡΣΙΟΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ



Καθλώνει το κέντρο του περινέου.



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

1. **ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑ**
2. **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ**
3. **ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

1)ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑ

Από την εμβρυϊκή ζωή μέχρι την εμμηνόπαυση παρατηρείται συνεχής ανάπτυξη ωοθυλακίων. Τα οιστρογόνα συμβάλλουν στην έναρξη αυτής της διαδικασίας. Φυσιολογικά ένα μόνο ωοθυλάκιο θα φτάσει σε πλήρη ωρίμανση και ωοθυλακιορρηξία. Η ωοθυλακιορρηξία είναι το τελικό γεγονός ενός μηχανισμού σταδιακής διέγερσης που ξεκινά από τον υποθάλαμο, ο οποίος περιέχει εκλυτικά κύτταρα γοναδοτροπινών. Αυτά παράγουν τη γοναδοτροπική εκλυτική ορμόνη (G ή RH).

2)ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Κατά την 5^η ημέρα του γεννητικού κύκλου το ενδομήτριο παρουσιάζει αύξηση του στρώματος και επιμήκυνση των αδένων. Μέσα σε μια εβδομάδα (12^η μέρα), οι αδένες γίνονται ακόμα μεγαλύτεροι και εμφανίζουν διάταση, και προχωρημένη παραγωγική φάση. Επίσης τα αγγεία προεξέχουν περισσότερο και τα τριχοειδή παρουσιάζουν διεύρυνση. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην επίδραση των οιστρογόνων που εκκρίνονται από την ωοθήκη. Μετά την ωοθυλακιορρηξία το ωχρό σωματίο παράγει μεγάλες ποσότητες προγεστερόνης, οι οποίες προκαλούν εκκριτικές μεταβολές στους αδένες και διόγκωση των κυττάρων του στρώματος. Προς το τέλος της 28^{ης} ημέρας του γεννητικού κύκλου το στρώμα γίνεται περισσότερο αγγειοβριθές και οιδηματώδες. Εμφανίζονται επίσης μικρές αιμορραγίες και θρόμβοι. Τελικά παρατηρείται απόπτωση του ενδομητρίου που οφείλεται στη διακοπή της ορμονικής υποστήριξης. Οι επιφανειακές στοιβάδες του ενδομητρίου μαζί με αίμα και λευκοκύτταρα αποβάλλονται-έμμηνος ρύση. Μέσα σε μία ή δύο μέρες, η αιμορραγική επιφάνεια επουλώνεται από το επιθήλιο που παράγεται από τα βασικά τμήματα των αδένων.

3)ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Εμμηνόπαυση είναι όρος που δίνεται στο στάδιο εκείνο της ζωής, όπου η γυναίκα εμφανίζει προοδευτική απώλεια της κυκλικής ωοθηκικής λειτουργίας της. Κατά κάποιο τρόπο είναι μια αναστροφή των μεταβολών που συμβαίνουν στην εφηβεία. Συνήθως εμφανίζεται στην ηλικία των 47-52 ετών.

Η έμμηνος ρύση σπάνια διακόπτεται απότομα αλλά έχει την τάση να γίνεται ανώμαλη και λιγότερο συχνή για ένα περίπου χρόνο. Η διακοπή δε φαίνεται να οφείλεται στην πλήρη εξαφάνιση των ωοθυλακίων. Αρχέγονα ωοθυλάκια έχουν βρεθεί και ωοθήκες των ηλικιωμένων γυναικών.

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ: Οι κακοήθειες του γεννητικού συστήματος αφορούν περίπου το 20% των σπλαχνικών καρκίνων στις γυναίκες. Τα ποσοστά συχνότητας και θνητότητας όσον αφορά την πρωτοπαθή εστία εμφανίζεται στον πίνακα 111

II. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

PAP TEST

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ: Αν και η πρόωμη διάγνωση μέσω του Pap test περιόρισε τη θνητότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ενδομήτριου, εν τούτοις έχει συζητηθεί πολύ η αξία της, γιατί απαιτούνται πολλά χρόνια ώστε μια δυσπλασία να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο. Μολαταύτα, μερικές διηθητικές βλάβες μπορούν να αναπτυχθούν με de πόνο (απ' αρχής).

Επιπρόσθετα το Pap test μπορεί να δώσει ένα ψευδός αρνητικό αποτέλεσμα, ενώ το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου να βρίσκεται εν εξέλιξη. Παρά τα ανωτέρω πρέπει να συνίσταται το ετήσιο Pap test.

a. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ PAP TEST ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ BETHESDA

- Εντός των φυσιολογικών ορίων
- Φλεγμονή, λειτουργικές αλλαγές αποκαταστάσεως
- Άτυπα πλακώδη κύτταρα ή άτυπα αδενικά κύτταρα
- Χαμηλής διαφοροποίησης ενδοεπιθηλιακή βλάβη
- Υψηλής διαφοροποίησης ενδοεπιθηλιακή βλάβη
- Καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων

b. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ

Η εκτίμηση του καρκίνου με βάση το στάδιο και πριν ακόμα την ιστολογική επιβεβαίωση, κρίνεται απαραίτητη. Η μελέτη περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- ❑ Πυέλου και ορθού εξετάσεις (προκειμένου να διαπιστωθεί αν η μήτρα, ο κόλπος ή τα πυελικά τοιχώματα έχουν διηθηθεί)
- ❑ Βιοχημική ανάλυση ήπατος και νεφρού
- ❑ Ακτινογραφία θώρακος (για πιθανόν πνευμονικές μεταστάσεις)
- ❑ Σπινθηρογράφημα οστών
- ❑ Ενδοφλέβια πυελογραφία (για την πιθανότητα απόφραξης ουρητικών ή εκτροπή)
- ❑ Υπέρηχο κοιλιάς, αξονική τομογραφία
- ❑ Σιγμοειδοσκόπηση με λήψη βιοψιών από τις ύποπτες περιοχές και βαριούχο υποκλυσμό για διήθηση του βλεννογόνου ή εκτεταμένες βλάβες
- ❑ Κυστεοσκόπηση με λήψη βιοψίας από τις ύποπτες περιοχές (έλεγχο για πιθανή διήθηση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης)
- ❑ Κυτταρολογική εξέταση των βλαβών

III. ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

○ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ:

Οι μαζικές πυελικές μεταστάσεις απαντώνται συχνά στους καρκίνους. Αυτοί προκαλούν προοδευτικό πόνο στην πύελο και στο περίνεο, στον ουρητήρα με ουραιμία και απόφραξη των λεμφαδένων και των φλεβών, οίδημα των άκρων και των γεννητικών οργάνων. Διήθηση του απευθυσμένου ή της ουροδόχου κύστης μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη μαζί με αιμορραγία, επέκταση του όγκου προς τον ουρητήρα, το έντερο και απόφραξη ουροδόχου κύστεως και εντέρου.

○ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- 1) Φαρμακευτική θεραπεία (προτιμάται αρχικά σε μερικούς όγκους)
- 2) Ακτινοθεραπεία (ανακουφίζει από τα συμπτώματα και είναι χρήσιμη όταν ο όγκος δεν ανταποκρίνεται στην χημειοθεραπεία)
- 3) Χειρουργική θεραπεία
- 4) Καμία θεραπεία: Οι ασθενείς με επέκταση της νόσου στην πύελο, που δεν ανταποκρίνονται στην ακτινοθεραπεία ή την χημειοθεραπεία, συνήθως πεθαίνουν από ουραιμία. Η ουραιμία είναι η λιγότερο οδυνηρή αιτία θανάτου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ



*Διηθητικό καρκίνωμα στην κλειτορίδα
Νόσος του Bower*



Νόσος του Paget

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- ✦ Συχνότητα: Η θνητότητα από τον καρκίνο του τράχηλου έχει μειωθεί κατά 50% από το 1950, αποτέλεσμα της πρόωμης διάγνωσης και θεραπείας
- ✦ Σχέση με το σεξουαλικό ιστορικό: Η βασικότερη αιτία του αυξημένου κινδύνου του καρκίνου του τραχήλου, είναι η πρόωμες σεξουαλικές σχέσεις. Η συχνότητα είναι επίσης υψηλή σε ασθενείς με πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία, με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους και με αφροδίσιο νόσημα – ειδικότερα προσβολή από HPV.
- ✦ Σχέσεις καρκίνου τραχήλου προς τον HPV : Πολλά στοιχεία υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ του HPV, των δυσπλασιών του τραχήλου και του διηθητικού καρκινώματος.
- ✦ Σχέση με το κάπνισμα: Υπάρχουν στοιχεία, ότι οι καπνίστριες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου.

II. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Ιστολογία: Το 80% περίπου των τραχηλικών καρκινωμάτων είναι καρκινώματα εκ πλακωδών κυττάρων και το 20% είναι αδενοκαρκινώματα. Τα σαρκώματα είναι σπάνια.



- Μετάσταση: Αφού ο διηθητικός καρκίνος εγκατασταθεί, ο πρώιμος όγκος μεθήσεται κατά συνέχεια ιστού στα όργανα της πυέλου και ακολούθως κατά μήκος των λεμφαδένων.

Σπάνια ασθενείς με τοπική αύξηση του όγκου μπορούν να εμφανίσουν αιματογενείς μεταστάσεις συνήθως στους πνεύμονες, στο ήπαρ ή στα οστά.

III. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Συμπτώματα και σημεία:

1. Τα συμπτώματα ενός διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, στα αρχικά στάδια, περιλαμβάνουν αυξημένες κολπικές εκκρίσεις, αιμορραγία, και ειδικότερα κηλίδες αίματος μετά την συνουσία. Τα προχωρημένα στάδια συχνά παρουσιάζονται με δύσοσμες κολπικές εκκρίσεις, απώλεια βάρους ή αποφρακτική ουροπάθεια.

2. Σημεία: Ευρήματα κατά την πυελική εξέταση περιλαμβάνουν την ύπαρξη εμφανών μαζών στον τράχηλο, γκρίζες αποχρωματισμένες περιοχές και αιμορραγία ή στοιχεία τραχηλίτιδας. Επί υπάρξεως όγκου, πρέπει να προσδιοριστεί η έκτασή του.

Σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι η διήθηση του κόλπου ή των παραμήτριων.

✦ Test Pap (Επιχρίσματα κατά Pap) και Βιοψίες:

Οι περισσότερες ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου είναι ασυμπτωματικές και τα περιστατικά ανιχνεύονται μέσω των test Pap.

Οι βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται από όλες τις ορατές ύποπτες περιοχές, ανεξάρτητα από τα ευρήματα του test Pap. Διαγνωστική κωνοειδής εκτομή, απαιτείται εάν η βιοψία δείξει μικρό διηθητικό καρκίνωμα, εάν η ενδοτραχηλική απόξεση δείξει υψηλού βαθμού δυσπλασία ή υπάρχει υποψία από τον κυτταρολογικό έλεγχο, για αδενοκαρκίνωμα in situ.

✦ Ασθενείς με θετικό Pap test χωρίς ορατές βλάβες, υποβάλλονται γενικών σε κολποσκόπηση, η οποία μπορεί να ανιχνεύσει το 90% των δυσπλασιών.

✦ Ενδοτραχηλική απόξεση: Συνίσταται όταν το Pap test, δείξει υψηλής διαφοροποίησης βλάβη αλλά η κολποσκόπηση δεν την αποκαλύπτει.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



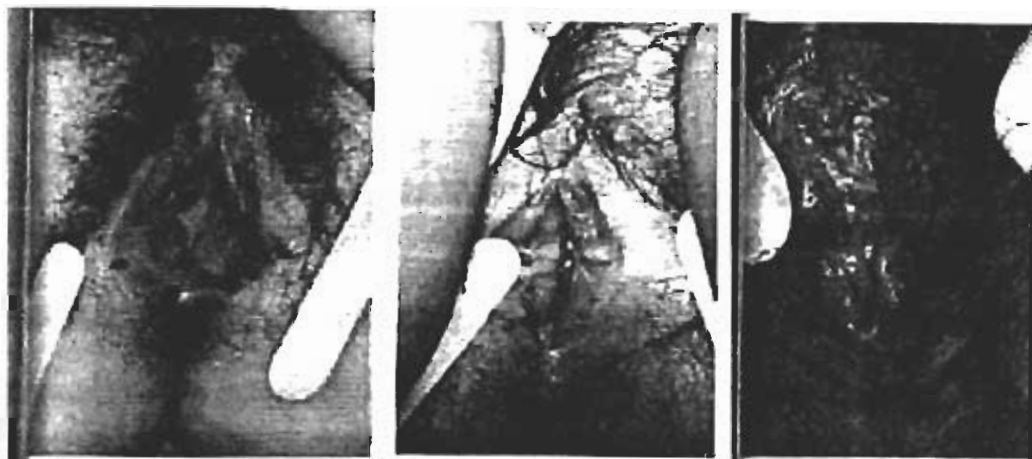
Εκτεταμένη περιοχή μέτριας δυσπλασίας μετά ατελή Κωνοειδή εκτομή

Καρκίνωμα In Situ (Χρόση με Lugol)

ΣΤΑΔΙΟ		5 - ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
0	Καρκίνος in situ	100%
I	Καρκίνωμα εντοπιζόμενο μόνο στον τράχηλο	80%
Ia	Προκλινικό καρκίνωμα (διαγιγνωσκόμενο μόνο μικροσκοπικά)	
Ia ₁	Βλάβη με βάθος ≤ 3mm	
Ia ₂	Βλάβη βάθους μεγαλύτερου (> 3-5 mm και επιφανειακής έκτασης ≤ 7mm)	
Ib	Βλάβη μεγαλύτερων διαστάσεων από αυτή του σταδίου Ia ₂ , ανεξάρτητα αν διαπιστώνεται ή όχι κλινικά.	
Ib ₁	Βλάβη ≤ 4cm	
Ib ₂	Βλάβη > 4cm	
II	Όγκος διηθών ολόκληρο τον τράχηλο, αλλά επεκτεινόμενος στα τοιχώματα της πυέλου	60%
IIa	Όγκος διηθών τα άνω 2/3 του κόλπου	
IIb	Πιθανή προσβολή παραμήτριων	
III	Όγκος επεκτεινόμενος στο πυελικό τοίχωμα ή στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου ή προκαλών υδρονέφρωση ή κακώς λειτουργούντες νεφρούς	30%
IV	Όγκος επεκτεινόμενος πέρα της πυέλου ή διηθών την ουροδόχο κύστη ή το ορθό	5%
Iva	Διασπορά στα παρακείμενα όργανα	
Ivb	Απομακρυσμένες μεταστάσεις	

IV. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΣΤΑΔΙΟ Ia: Βλάβη με διήθηση $\geq 3\text{mm}$ χωρίς λεμφαγγειακή διήθηση.
 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Κωνοειδής εκτομή ή τύπου I υστερεκτομή
- ΣΤΑΔΙΟ Ib: Βλάβη με διήθηση 1-3mm και με λεμφαγγειακή διήθηση.
 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Τύπου I ή II υστερεκτομή με αφαίρεση των πυελικών λεμφαδένων.
- ΣΤΑΔΙΟ Ib2: Βλάβη με διήθηση $< 3-5\text{mm}$
 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Τύπου II υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή ή ακτινοθεραπεία με ανεγχείρητη ασθενή.
- ΣΤΑΔΙΟ Ib και II
 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Όταν είναι διηθημένα τα παραμήτρια (IIb), το κατώτερο 1/3 του κόλπου (IIa) ή τα πυελικά τοιχώματα (IIb) και δεν μπορεί να επιτευχθεί σαφές χειρουργικό πεδίο, τότε κάνουμε ακτινοθεραπεία τόσο εξωτερική όσο και εσωτερική. Εάν η ακτινοθεραπεία συνδυαστεί με χημειοθεραπεία, έχουμε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.
- ΣΤΑΔΙΟ IV ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ
 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ακτινοθεραπεία.



Θηλωματώδης βλάβη

Διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα

Σπίλος του μεγάλου χειλέως
Κακόηθες μαλάνωμα

V. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι προγνωστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το μέγεθος του όγκου, την παρουσία λεμφογενών μεταστάσεων, το βαθμό του όγκου ενώ ασθενείς με χαμηλής διαφοροποίησης όγκο δεν έχουν καλή πρόγνωση.

VI. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΥΡΟΥΡΓΕΙΟΥ Ή ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Αιμορραγία: 1-8% των περιπτώσεων
- Στένωση του τραχήλου, κόλπου: 1%
- Ενδοπυελικά αποστήματα (σπάνια)
- Συρίγγια του ουροποιητικού συστήματος: 1-3%
- Πνευμονική εμβολή: 1-2%
- Απόφραξη λεπτού εντέρου: 1%
- Παρατεταμένο εμπύρετο: 25-50%
- Διαταραχές ουρήσεως: 30%
- Υποτονία της ουροδόχου κύστης: 3%
- Μετακτινική πρωκτίτιδα και εντερίτιδα με διάρροιες
- Κυστίτιδα
- Απώλεια ωθητικών λειτουργιών

Ειδικά στην κωνοειδή εκτομή μπορούμε να έχουμε αιμορραγία, σηψαιμία, στειρότητα, τραχηλική δυσλειτουργία.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ



Fig. 196. Carcinoma of the uterus, showing the tumor mass within the uterine cavity.



Fig. 197. Carcinoma of the uterus, showing the tumor mass within the uterine cavity.

Ι. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

♣ Συχνότητα: Ο καρκίνος του ενδομήτριου είναι από τους συχνότερους καρκίνους του γεννητικού συστήματος. Συχνότερα εμφανίζεται μεταξύ του 60^{ου} και 70^{ου} έτους της ηλικίας. Το 80% των ασθενών είναι μετεμμηνοπαυσιακές. Οι περισσότερες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ενδομητρικό καρκίνο πάσχουν από το σύνδρομο Stein-Leventhal. Σε λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται καρκίνος ενδομητρίου, πριν από την ηλικία των 40 ετών.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- 1) Ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η χρήση οιστρογόνων.
Η ταμοξιφένη ενεργεί και ως ασθενές οιστρογόνο. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή ενοχοποιείται για την αύξηση του καρκίνου του ενδομητρίου.
- 2) Παθολογικές καταστάσεις συνδυαζόμενες με αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων και αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της μήτρας.
 - a. Σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών
 - b. Ανωορρηκτικοί κύκλοι
 - c. Παχυσαρκία
 - d. Όγκοι ωθηκών εκκρίνονται ως οιστρογόνα
 - e. Προχωρημένη ηπατοπάθεια

- 3) Άλλες αιτίες συνδυναζόμενες με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της μήτρας
- Στεριότητα, ατεκνία, ανώμαλοι κύκλοι
 - Σακχαρώδης διαβήτης
 - Υπέρταση
 - Ιστορικό πολλαπλών καρκίνων στην οικογένεια
 - Ασθενείς με ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή του ορθού.

Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Επίπεδο από βιοψία υπερπλασίας ενδομητρίου (αριστερά) και καρκίνου (δεξιά)



Η υπερπλασία παρατηρείται στο αριστερό, ο καρκίνος στο δεξιό

✦ **Ιστολογία:** Το 90% των καρκίνων είναι αδenoκαρκινώματα του ενδομητρίου και το υπόλοιπο 10% είναι καρκινώματα αδenoπλακωδών κυττάρων.

✦ **Ρόλος Οιστρογόνων:** Η χορήγηση οιστρογόνων προκαλεί συνεχείς αλλαγές του ενδομητρίου από μια ήπια υπερπλασία έως ένα διηθητικό καρκίνωμα. Μολαταύτα νεώτερες έρευνες δείχνουν ότι η υπερπλασία του ενδομητρίου και ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι

δυο βιολογικά διαφορετικές αρρώστιες.

✦ **Τρόπος διασποράς:** Στο 75% των περιπτώσεων οι όγκοι είναι εντοπισμένοι στο σώμα της μήτρας (στάδιο I). Ο καρκίνος του ενδομητρίου διασπείρεται κατά συνέχεια ιστού.

Η αιματογενής διασπορά είναι σπάνια και αφορά τα προχωρημένα στάδια των αδενοκαρκινωμάτων. Η πιο συχνή απομακρυσμένη μετάσταση, αφορά τους πνεύμονες.



Φυσιολογικό Ενδομήτριο



Αδενοκαρκίνωμα ενδομητρίου

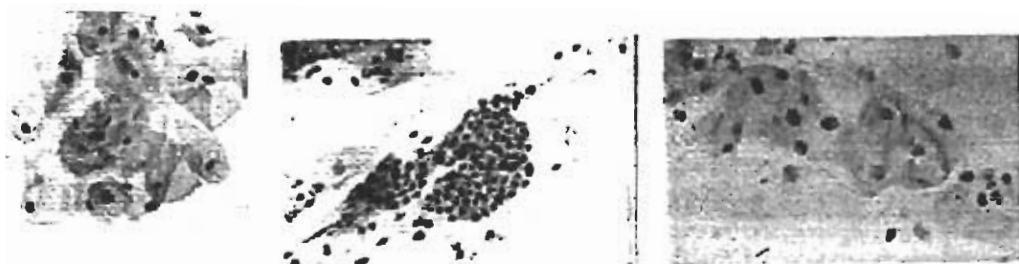
III. ΜΑΙΝΩΣΗ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

I. Η παθολογική κολπική αιμορραγία είναι το συχνότερο σύμπτωμα (97%)

- ✎ Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με παρατεινόμενο κύκλο, παρατεινόμενη περίοδο ή αιμορραγία στο μέσο του κύκλου πρέπει να εξετάζονται για καρκίνο του ενδομητρίου ειδικότερα εάν έχουν ιστορικό ανωμαλιών κύκλου. Σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, παχυσαρκία, στειρότητα.
- ✎ Όλες οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κολπικές αιμορραγίες περισσότερο από ένα χρόνο μετά την τελευταία έμμηνο ρύση. Πρέπει να θεωρείται ότι έχουν καρκίνο του ενδομητρίου εκτός εάν αποδειχθεί το αντίθετο. Ακόμα και για γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα για να ελέγξουν τα μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα πρέπει να αποδεικνύεται ιστολογικά ότι η εμφάνιση αιμορραγίας, δεν οφείλεται σε ενδομητρικό καρκίνο.

2. Ασυμπτωματικές ασθενείς με παθολογικά test Pap: Χρειάζεται να ελέγχουν για καρκίνο ενδομητρίου εάν δεν βρεθεί καρκίνος τραχήλου μήτρας. Έτσι το 3% των περιπτώσεων αυτών ανευρίσκεται καρκίνος μήτρας

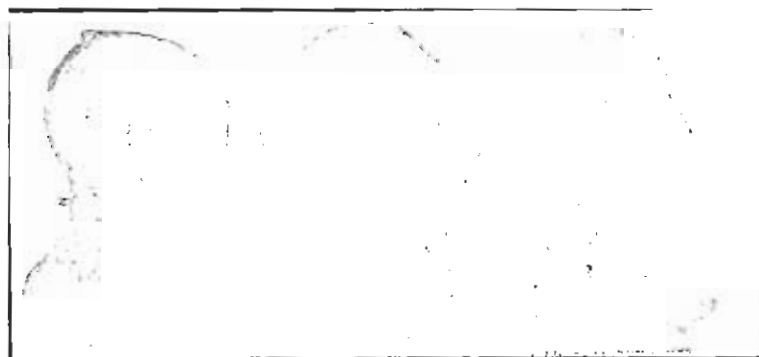


Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο (Pap test)

Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτραχήλου αδενικά

Κολποσκόπηση σε H.P.V.

3. Τοπικά επεκτεινόμενοι όγκοι γίνονται ψηλαφητοί κατά την εξέταση της πύελου
4. Η προχωρημένη ασθένεια συνδυάζεται με προβλήματα όπως ασκητή, ίκτερο, δυσκοιλιότητα ή αναπνευστική δυσπραγία από πνευμονικές μεταστάσεις



Θηλωματώδης μορφή

Διάχυτος ή οζώδης μορφή

Ελκώδης και διάχυτος μορφή

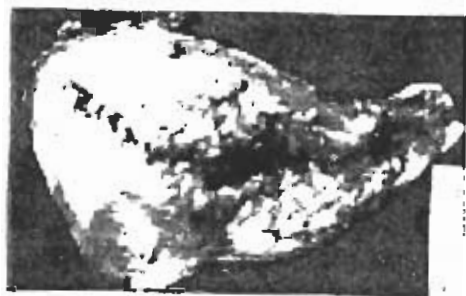
Β. Ενδοτραχηλική απόξεση και βιοψία ενδομητρίου πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή ύποπτο για καρκίνο του ενδομητρίου. Η ακρίβεια της μεθόδου φθάνει το 95%-98%. Όλες οι ασθενείς με συμπτώματα και αρνητική βιοψία πρέπει να κάνουν ενδομητρική απόξεση.

Γ. Η τμηματική απόξεση είναι η διαγνωστική μέθοδο εκλογής για τον καρκίνο του ενδομητρίου. Η μακροσκοπική εικόνα του καρκινικού ιστού είναι ιστός γκριζων νευρωτικός εύθρυπτος.

Δ. Τα επιχρίσματα Παπανικολάου από ενδοτραχηλική αναρρόφηση έχουν μικρότερη διαγνωστική ακρίβεια.

Μόνο το 50% των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου έχουν παθολογικά test Pap.

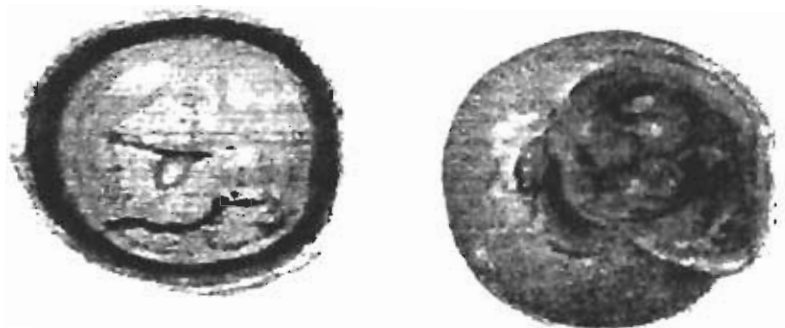
Ε. Οι ενδοκολπικοί υπέρηχοι είναι υπό έρευνα για την ακρίβεια τους.



ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΣΤΑΔΙΑ	
I	Καρκίνος εντοπιζόμενος στο σώμα της μήτρας
Ia	Όγκος περιοριζόμενος στο ενδομήτριο
Ib	Όγκος διηθών λιγότερο από το μισό του μυομητρίου
Ic	Όγκος διηθών περισσότερο από το μισό του μυομητρίου G ₁ ^a : Καλώς διαφοροποιημένα G ₂ ^a : Μέσης διαφοροποίησης G ₃ ^a : Αδιαφοροποίητος
II	Όγκος διηθών το σώμα και το τράχηλο της μήτρας
IIa	Διηθών το βλοννογόνο του τραχήλου
IIb	Διηθών όλο το τράχηλο
III	Καρκίνος επεκτεινόμενος έξωθεν της μήτρας αλλά όχι έξω από την πύελο
IIIa	Όγκος διηθών τον ορογόνο χιτώνα και /ή τα εξαρτήματα ή υπάρχουν θετικές κυτταρολογικές εξετάσεις εκ του περιτοναίου
IIIb	Κολπικές μεταστάσεις
IIIc	Θετικοί πυελικοί και/ ή παρά αορτικοί λεμφαδένες
IV	Καρκίνος επεκτεινόμενος εκτός της πυέλου ή διηθών την ουροδόχο κύστη ή το ορθό
IVa	Όγκος διηθών την ουροδόχο κύστη και / ή τον βλεννογόνο του εντέρου
IVb	Απομακρυσμένες μεταστάσεις περιλαμβάνουσες ενδοκοιλιακούς και / ή βουβωνικούς λεμφαδένες

IV. ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



Α) ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

φαίνεται στον πίνακα που προηγήθηκε. Το σύστημα σταδιοποίησης

FIGO, χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που η ασθενής δε δύναται να χειρουργηθεί. Το σύστημα αυτό βασίζεται σε ενδοτραχηλική απόξεση, μητροσκόπηση, κυστεοσκόπηση, πρωκτοσκόπηση και ακτινογραφίες θώρακα και οστών.

Β) ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



1. Ιστολογική κλίμακα και διήθηση μυομητρίου. Η αυξανόμενη κλίμακα κακοήθειας και η διήθηση του μυομητρίου σχετίζονται με αυξανόμενο κίνδυνο πυελικών και παραορτικών λεμφαδενικών μεταστάσεων, θετική κυτταρολογική εξέταση περιτόναιου, μεταστάσεων στα εξαρτήματα, αιματογενής διασπορά και γι' αυτό έχουν μεγάλη προγνωστική αξία.

2. Ιστολογική εξέταση όγκου. Οι ιστολογικοί τύποι που κυμαίνονται- από την καλύτερη προς την χειρότερη πρόγνωση- είναι:αδενοκάνθωμα, αδenoκαρκίνωμα, αδenoπλακώδη καρκινώματα, καρκινώματα εκ διαυγών κυττάρων και μικροκυτταρικά καρκινώματα.

3. Αγγειακή διήθηση. Αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για τοπική υπότροπή και θάνατο από καρκίνο του ενδομητρίου οποιουδήποτε ιστολογικού τύπου.

4. Κατάσταση ορμονικών υποδοχέων. Τα επίπεδα των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων ,είναι κατά μέσο όρο, αντιστρόφως ανάλογα στην ιστολογική κλίμακα κακοήθειας. Παρόλα αυτά τα επίπεδα των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων φαίνεται να αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα με τα υψηλότερα να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη επιβίωση.

5 Βαθμός πυρηνικής ατυπίας. Τα κριτήρια για την πυρηνική ατυπία κυμαίνονται. Παρ' όλες τις δυσκολίες, οι έρευνες έδειξαν ότι ο βαθμός κυτταρικής ατυπίας είναι πιο ακριβής προγνωστικός παράγοντας από τον ιστολογικό βαθμό κακοήθειας.



6. Μέγεθος όγκου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για λεμφαδενικές μεταστάσεων και για αυτό έχει χειρότερη πρόγνωση

Ελκώδες ίνωμα του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος.

7. DNA καρύοτυπος. Οι ανευπλοειδικοί όγκοι αποτελούν ένα μικρό ποσοστό (25%) των ενδομητρικών καρκινωμάτων σε σύγκριση με ωοθηκικές και τραχηλικές κακοήθειες. Η ανευπλοειδία παρόλα αυτά, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπών και θανάτου.

V. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

- A. Αναντίρρητα η εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων πρέπει να αποφεύγεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή και σε γυναίκες με ανωορρηκτικούς κύκλους ή γυναίκες με υπερπλασία του ενδομητρίου πρέπει να θεραπεύονται με κυκλικές προγεστίνες.
- B. Πρόωρη ανίχνευση: Ασθενείς στις οποίες η αξιολόγηση για τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι απαραίτητη είναι:
- μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν ανώμαλη αιμορραγία ή έχουν λάβει εξωγενώς οιστρογόνα,
 - παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ειδικότερα με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου, μαστού, ωοθηκών ή καρκίνου εντέρου και
 - προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χρόνιους ανωορρηκτικούς κύκλους (π.χ. με νόσο πολυκυστικών ωοθηκών).

Γυναίκες στις οποίες ο καρκίνος του ενδομητρίου πρέπει να εξαιρεθεί είναι:

- μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αξιοσημείωτη αιμορραγία ή με πυόμητρα,
- μετεμμηνοπαυσιακές – περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με σοβαρή ενδοεμμηνοριακή αιμορραγία ή αυξανόμενης βαρύτητας περιόδους και
- προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ανεξήγητες, μη φυσιολογικές μητρορραγίες, ειδικά αν χρονίσουν οι ανωορρηκτικοί κύκλοι.

VI. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Ολική υστερεκτομή, με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκεκτομή TAH/BSO, είναι η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με ανθεκτική υπερπλασία, μετά από εξεσημασμένη θεραπεία με προγεστίνη και για όλες τις κλινικά κατάλληλες ασθενείς, με στάδιο I και II ενδομητρικό καρκίνωμα με μικροσκοπικές ενδοτραχηλικές διηθήσεις και χωρίς επέκταση έξω από τον τράχηλο. Εφ' 'όσον υπάρχει και περιτοναϊκό υγρό, αυτό θα πρέπει να στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση. Τυχόν διογκωμένοι πυελικοί ή παρααορτικοί λεμφαδένες, πρέπει να αφαιρούνται. Ειδικά ασθενείς σταδίου II, μπορούν να αντιμετωπιστούν και με συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

B. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μόνη η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για ασθενείς με υψηλής πιθανότητα χειρουργικής θνησιμότητας. Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών με νόσο σταδίου I – II που θεραπεύτηκαν μόνο με ακτινοθεραπεία είναι μικρότερο στο ποσοστό επιβίωσης μετά από χειρουργική επέμβαση μόνο ή χειρουργική επέμβαση σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Το κλινικό στάδιο II της ασθένειας συχνά θεραπεύεται με προεγχειριστική εξωτερική ακτινοβολία στην πύελο σε συνδυασμό με TAH/BSO για 6 εβδομάδες.

C ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία έχει τον ρόλο του έλεγχου του πρώιμου ενδομητρικού καρκίνου.

D ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Στο τρίτο στάδιο της ασθένειας η θεραπεία θα πρέπει να εξατομικευτεί πρέπει να περιλαμβάνει πρωταρχικά χημειοθεραπεία, εκτός εάν υπάρχει επέκταση της νόσου στα παραμήτρια, οπότε είναι προτιμότερη η εξωτερική και η εσωτερική ακτινοβολία. Βασικά στοιχεία καλής πρόγνωσης είναι η χειρουργική αφαίρεση όλων των μακροσκοπικών στοιχείων της νόσου (διογκωμένων πυελικών και παρααορτικών λεμφαδένων). Ακτινοβολία όλης της κοιλιάς αφορά ασθενείς με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις.
2. Σε νόσος σταδίου IV η ασθένεια εξατομικεύεται. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας.
3. Φαρμακευτική θεραπεία. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν διάσπαρτες μεταστάσεις ή που έχουν προηγουμένως υποστεί ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται με ορμονικά και κυτταροτοξικά σκευάσματα.

VII. ΕΙΛΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Καθημερινή χορήγηση οιστρογόνων σε νεαρές ασθενείς με ασθένεια σταδίου I, είναι απαραίτητη για να τις προστατεύει από οστεοπόρωση και καρδιαγγειακή νόσο.

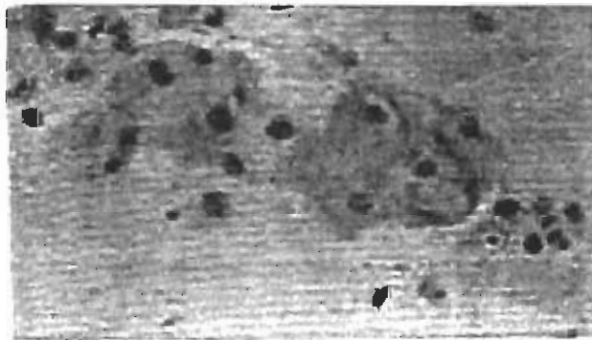
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

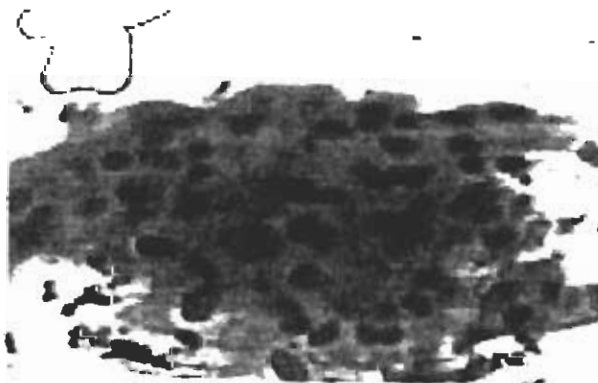
Α) ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Το πρωτοπαθές καρκίνωμα του κόλπου, αποτελεί το 1 έως 2% του συνόλου των καρκίνων του θήλεως γεννητικού συστήματος. Πρώιμα στοιχεία αποτελούν οι δυσπλασίες του κολπικού βλεννογόνου. Η πιθανότητα κολπικού καρκινώματος είναι αυξημένη στις γυναίκες με ιστορικό καρκίνου τραχήλου μήτρας. Το 80-90% των περιπτώσεων κολπικού καρκίνου είναι μεταστατικοί και αντιμετωπίζονται εν σχέση προς την πρωτοπαθή αιτία

Β) HPV



Ο HPV συνδέεται με δυσπλασίες του κολπικού βλεννογόνου, οι οποίες είναι γνωστές ως <<ενδοεπιθηλιακή κολπική νεοπλασία>>. Η πιθανότητα η κατάσταση αυτή να εξελιχθεί σε καρκίνο είναι άγνωστη, αλλά φαίνεται να κυμαίνεται στο 3-5%.



Δυσκεράτωση σε H.P.V.

ΕΥΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

1. Το μέγιστο ποσοστό των θυγατέρων των γυναικών οι οποίες αντιμετώπιστηκαν με DES κατά τις πρώτες 18 εβδομάδες της κύησης, έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αδενοκαρκίνωμα κόλπου.
2. Κολπικό αδένωμα εμφανίζεται στο 45% των γυναικών που πήρανε DES και το 25% από αυτές που παρουσιάζουν ανωμαλίες της μήτρας, του τραχήλου και του κόλπου. Αντίστροφα όλες οι γυναίκες που έχουν καρκίνο του κόλπου έχουν επίσης και αδενώματα κόλπου.
3. Η συχνότητα του παραπάνω καρκίνου παρουσιάζει ελάττωση από το 1970 με την ελάττωση χορήγησης DES.

II. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

A) Ιστολογία

Περίπου το 85% των κολπικών καρκίνων είναι εκ πλακωδών κυττάρων και οι υπόλοιποι είναι αδενοκαρκινώματα, μελανώματα και σαρκώματα.

B) Εντόπιση

Οι πρωτοπαθείς καρκίνοι του κόλπου εμφανίζονται συχνότερα στο οπίσθιο τοίχωμα του ανώτερου τρίτου του κόλπου. Εάν προσβληθεί ο τράχηλος, η ασθένεια ορίζεται πλέον ως τραχηλικός καρκίνος. Ενώ εάν προσβληθεί το αιδοίο η ασθένεια ορίζεται ως καρκίνος του αιδοίου.

Γ) Τρόποι επέκτασης της νόσου

1. Κατά συνέχεια ιστού προς τα παραμήτρια, την ουροδόχο κύστη, την ουρήθρα, το ορθό, και τα οστά της πυέλου.
2. Λεμφογενώς πηγαίνει στους λεμφαδένες της πυέλου και τους παραορτικούς.

ΠΛΑΚΑΓΝΩΣΗ

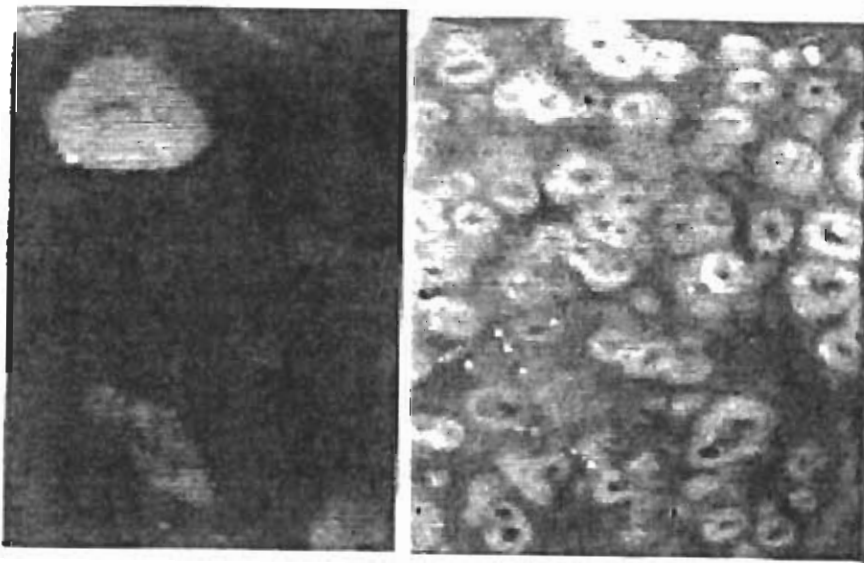
A) Συμπτώματα

Τα πιο συχνά είναι: αύξηση των κολπικών υγρών και αιμορραγία. Τα αδενώματα του κόλπου είναι συνήθως ασυμπτωματικά. Πόνος στην ουροδόχο κύστη και συχνουρία, μπορεί να εμφανιστούν πρώιμα, ενώ προχωρημένοι οπίσθιοι όγκοι μπορεί να προκαλέσουν τεινισμό ή δυσκοιλιότητα.

B) Κλινικό-εργαστηριακή προσέγγιση

1. Γυναικολογική εξέταση.

2. Κολπικά επιχρίσματα και βιοψίες των ύποπτων περιοχών αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της διάγνωσης.



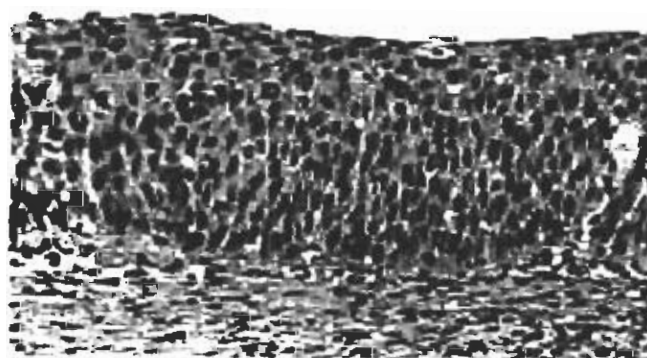
Καρκίνωμα In situ. Πολύ παχύ Πλακώδες επιθήλιο.

Καρκίνωμα In situ

IV. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A. Εκ των συστημάτων σταδιοποίησης είναι τα ακόλουθα.

ΣΤΑΔΙΟ		5-ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
0	Καρκίνωμα in situ	100
I	Καρκίνωμα in situ περιορισμένο στον κόλπο	70
II	Καρκίνωμα in situ διηθούν τους υποκείμενους ιστούς, αλλά μη επεκτεινόμενο στο τοίχωμα της πυέλου	50
III	Καρκίνωμα in situ με επέκταση στα τοιχώματα της πυέλου	20
IV	Καρκίνωμα in situ με μεταστάσεις στην ουροδόχο κύστη ή στο ορθό	<10



Καρκίνωμα In Situ εν πλακωδών κυττάρων.

B. Προγνωστικοί παράγοντες

1. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.

2. Όγκοι οι οποίοι εδράζονται στο ανώτερο τμήμα του κόλπου, έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς στο κατώτερο.



Ήπια δυσπλασία εξ εφεδρικών κυττάρων με κοιλοκύτταρα

V. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

A. Επιχρίσματα Παπανικολάου:

Αποτελούν το βασικό screening test του γενικού πληθυσμού. Ειδικά άτομα με ιστορικό κολπικού καρκίνου, πρέπει να κάνουν ετήσιο έλεγχο επιχρισμάτων Παπανικολάου.



*Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο
(Pap test)*



Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτραχήλου

B. Γυναίκες με ιστορικό χρήσης DES, πρέπει να κάνουν ετησίως γυναικολογική εξέταση και έλεγχο επιχρισμάτων Παπανικολάου από την έναρξη της έμμηνου ρύσεως. Κορίτσια τα οποία έχουν εκτεθεί σε DES πρέπει να εξετάζονται με την πρώτη εμφάνιση αιμορραγίας ή μη φυσιολογικών κολπικών υγρών, διότι το καρκίνωμα του κόλπου μπορεί να εμφανιστεί και στην παιδική ηλικία. Πρέπει να γίνει βιοψία όλων των υπόπτων περιοχών και προσεκτική ψηλάφηση όλου του βλεννογόνου.

VI. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Πρώιμη ασθένεια

1. Χειρουργική αντιμετώπιση
2. Ακτινοθεραπεία (αποτελεί εναλλακτική θεραπεία για τους ασθενείς με στάδιο νόσου I)
3. Χημειοθεραπεία (τοπική χρήση S-fu)
4. Θεραπεία με λέιζερ για το στάδιο 0

B. Προχωρημένη ασθένεια

Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως πάσχουσες από καρκίνο τραχήλου μήτρας.

VII. ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- Αδυναμία γεννητικότητας
- Κολπική στένωση

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

a) Επίπτωση

Τα καρκινώματα του αιδοίου αποτελούν το 3-4% των κακοηθειών του γεννητικού συστήματος. Η ασθένεια είναι πιο συχνή σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών με μια μέση ηλικία διάγνωσης στα 65 έτη.

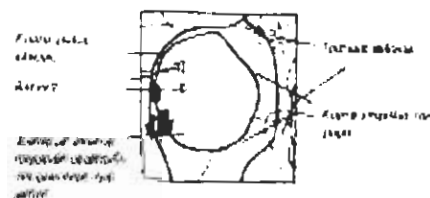
b) Αιτιολογία

- Υποπευόμαστε ότι οι ιοί παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του αιδοίου. Ο HPV έχει απομονωθεί από τα κονδυλώματα του αιδοίου και περίπου 5% των ασθενών με καρκίνο αιδοίου έχουν γεννητικά κονδυλώματα. Στις βλάβες από λοιμώξεις από απλό έρπητα έχουν ανιχνευθεί οι μη δομικές πρωτεΐνες του ιού αλλά δεν έχουν ανιχνευθεί αντίστοιχα αντισώματα.
- Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου VIN και CIN αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του αιδοίου στις γυναίκες.
- Ιατρικό ιστορικό συνδεόμενο με τον αυξανόμενο κίνδυνο καρκίνου του αιδοίου, περιλαμβάνει παχυσαρκία, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριοσκλήρυνση, εμμηνόπαυση σε νεαρή ηλικία και ατεκνία.

II. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

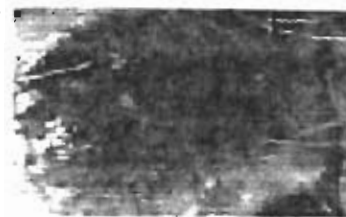
a) Ιστολογία

Το 90% των περιπτώσεων κακοηθών όγκων του αιδοίου είναι καρκινώματα εκ πλακωδών κυττάρων και το 5-10% είναι τα μελανώματα. Οι υπόλοιποι όγκοι είναι: τα αδenoκαρκινώματα, τα σαρκώματα και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα.



b) Εντόπιση

Οι περιοχές του όγκου με σειρά μειωμένης συχνότητας είναι τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα και το περίνεο.



c) Αναλυτικά

1. Τα καρκινώματα σπάνια μεταπίπτουν σε διηθητικά καρκινώματα. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι μόνο το 2-4% των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του αιδοίου μεταπίπτουν σε διηθητικούς καρκίνους. Αυτό το είδος των καρκίνων τείνουν να αυξάνονται τοπικά, επεκτείνονται στους επιφανειακούς και εν τω βάθος λεμφαδένες και έπειτα στους πυελικούς και απομακρυσμένους αδένες. Οι αιματογενής διασπορά συνήθως εμφανίζεται μετά τη λεμφαδενική προσβολή και ο θάνατος συνήθως επέρχεται από καχεξία ή αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω πνευμονικών μεταστάσεων.
2. Το κακοήθης μελάνωμα του αιδοίου αποτελεί το 5% όλων των περιπτώσεων μελανωμάτων παρά τη συγκριτικά μικρή επιφάνεια προσβολής και την σπανιότητα σπύλων σε αυτή την περιοχή. Παρ' όλα αυτά, όλες οι σκοτεινόχρωες βλάβες του αιδοίου πρέπει να αφαιρούνται.
3. Οι ασθένεια Paget του αιδοίου είναι μια προδιηθητική βλάβη με πεπαχυσμένο επιθήλιο, διηθημένο από κύτταρα Paget τα οποία προέρχονται από τα βλαστικά στρώματα της επιδερμίδας. Η έρευνα δείχνει ότι μόνο το 1-2% των ασθενών με την ασθένεια Paget έχουν και ένα σύνοδο αδеноκαρκίνωμα του αιδοίου. Πολλές παλαιότερες δημοσιεύσεις αναφέρουν μια υψηλότερη συχνότητα του αδеноκαρκινώματος με την ασθένεια Paget, αλλά αυτό αποτελεί πιθανά μια μη ολοκληρωμένη διάγνωση της βλάβης. Σε ένα ποσοστό 25% των ασθενών με νόσο Paget ανευρίσκουμε συγχρόνως έναν άλλο πρωτοπαθή καρκίνο σε άλλο τμήμα του γενετικού συστήματος.

4. Το αδενοκαρκίνωμα βαρθολίνειων αδένων είναι εξαιρετικά σπάνιο και εμφανίζεται στις ηλικιωμένες γυναίκες. Η φλεγμονή αυτού του αδένα είναι ασυνήθιστη σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών και είναι ουσιαστικά ανύπαρκτες στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η διόγκωση των αδένων αυτών σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, θέτει υποψία για την παρουσία καρκίνου.
5. Τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα και τα σαρκώματα του αιδοίου, έχουν την ίδια εικόνα και εξέλιξη με αυτή των αρχικών όγκων.

III. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A) Συμπτώματα

1. Καρκινώματα εκ πλακωδών κυττάρων εμφανίζονται συχνότερα ως διόγκωση ή μάζα του αιδοίου, συνοδευόμενα συχνά με ιστορικό κνησμού του αιδοίου. Οι όγκοι συχνά εξελκούνται ή γίνονται μυκητιώδεις. Η αιμορραγία, η επιμόλυνση και ο πόνος μπορεί να συνοδεύουν την αύξηση του όγκου.

2. Η ασθένεια Paget συνοδεύεται από μια χαρακτηριστική ερυθροϊώδη βλάβη με ανώμαλη παρυφή. Οι βλάβες είναι κνησμώδης, συνοδευόμενες με εκδορές και αιμορραγία.



Νόσος του Paget του αιδίου με διάσπαρτα μεγάλα διαγρή κύτταρα του όγκου μέσα στο πλακώδες επιθήλιο

3. Οι βουβωνικοί, οι μηριαίοι και οι πυελικοί λεμφαδένες είναι δυνατό να είναι ψηλαφητοί

Β) Ενδείξεις βιοψίας

1. Δερματικές περιοχές χρώματος κόκκινου, σκούρου καφέ ή λευκού.
2. Περιοχές που είναι σκληρές στην ψηλάφηση.
3. Κνησμώδης ή αιμορραγούσες βλάβες.
4. Οποιοσδήποτε σπίλος στη γεννητική περιοχή.
5. Διόγκωση ή πάχυνση των βαρθολίνειων αδένων, ιδιαίτερα σε γυναίκες 50 ετών και άνω.

IV. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΠΟ ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΥΤΤΑΡΑ

Α) Σταδιοποίηση συστήματος FIGO, TNM

<i>FIGO</i>	<i>TNM</i>	<i>ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</i>
<i>ΣΤΑΔΙΟ</i>	<i>ΣΤΑΔΙΟ</i>	
<i>I</i>	<i>T1N0M0</i>	Όγκος που περιορίζεται στο αιδοίο ή το περίνεο διαμέτρου <2cm. Λεμφαδένες αρνητικοί(φυσιολογικοί)
<i>II</i>	<i>T2N0M0</i>	Όγκος περιοριζόμενος στο αιδοίο ή και το περίνεο διαμέτρου >2cm. Λεμφαδένες αρνητικοί
<i>III</i>	<i>T3N0M0</i> <i>T1,2,3N1M0</i>	Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με: επέκταση στη κατώτερη ουρήθρα ή τον πρωκτό(T3) ή ετερόπλευρη επέκταση σε περιφερικούς λεμφαδένες(N1)
<i>IVA</i>	<i>T1,2,3N2M0</i> <i>T4,Any N,M0</i>	Όγκος διηθών στην ανώτερη ουρήθρα του βλεννογόνου της κύστης ή του πρωκτού, τα οστά της πυέλου(T4)ή αμφοτερόπλευρη επέκταση σε περιφερικούς λεμφαδένες(N2)
<i>IVB</i>	<i>Any Tα</i> <i>Any N,M1</i>	Οποιαδήποτε απομακρυσμένη μετάσταση συμπεριλαμβανομένων των πυελικών λεμφαδένων

Β) Προγνωστικοί παράγοντες και επιβίωση

Η επιβίωση καθορίζεται από το στάδιο, τις διηθήσεις, την εντόπιση του όγκου.

1. Η προσβολή των λεμφαδένων είναι πολύ σημαντική. Μεταστάσεις σε πνευλικούς ή περιαορτικούς αδένες, είναι σπάνιες επί ελλείψεως βουβωνικών ή μηριαίων λεμφαδενικών μεταστάσεων.
2. Το ποσοστό της 5ετής επιβίωσης σε ασθενείς με αρνητικό ή έναν μικροσκοπικά θετικό λεμφαδένα είναι 95%. Αντίθετα η 5ετής επιβίωση ασθενών με δύο θετικούς αδένες είναι 80% και για τους ασθενείς με τρεις ή περισσότερους θετικούς αδένες είναι 15%. Σημειώνουμε ότι ο κίνδυνος για αιματογενή διασπορά με 3 ή περισσότερους θετικούς αδένες είναι 66%, αντίθετα ο κίνδυνος με δύο ή λιγότερους αδένες είναι μόνο 4%.

Υ) ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το ιστορικό και η φυσική εξέταση όλων των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με ερεθισμό του αιδοίου και κνησμό, ακολουθούμενη από προσεκτική επισκόπηση και ψηλάφηση του αιδοίου για διογκωμένους σκληρούς και καθηλωμένους λεμφαδένες. Πρέπει να γίνεται βιοψία όλων των υπόπτων βλαβών.

- A. Η χειρουργική θεραπεία είναι η μέθοδος εκλογής για όλες τις πρώιμες βλάβες.
- B. (RT)Ακτινοθεραπεία
Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τα στάδια 3 και 4της νόσου, αυξάνει την επιβίωση και μειώνει την υποτροπή όταν 2 ή περισσότεροι διογκωμένοι λεμφαδένες είναι θετικοί. Επίσης η εξωτερική ακτίνα συνίσταται για μικρούς όγκους που διηθούν την κλειτορίδα, και τέλος σε ασθενείς στις οποίες αποκλείεται η χειρουργική θεραπεία.
- C. Χημειοθεραπεία
Η συστηματική χημειοθεραπεία στα καρκινώματα από πλακώδη κύτταρα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί επί υπάρξεως, αλλά με φτωχά αποτελέσματα.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

a) Επίπτωση

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η τέταρτη πιο συχνή σπλαχνική κακοήθεια στις Ηνωμένες Πολιτείες και ο πιο θανατηφόρος από όλους τους γυναικολογικούς καρκίνους. Καμιά σημαντική βελτίωση δεν έχει γίνει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι 55 έτη.

b) Παράγοντες κινδύνου

- 1) Τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου των ωοθηκών, καταγράφονται στις βιομηχανικές χώρες. Τα φυσικά, χημικά, ή διαιτητικά προϊόντα μπορούν να αποτελέσουν αιτία νόσου. Για παράδειγμα Γιαπωνέζες που μεταναστεύουν στις Ηνωμένες Πολιτείες, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο από εκείνες που παραμένουν στην Ιαπωνία. Καμιά συγκεκριμένη καρκινογόνος ουσία δεν έχει καθοριστεί.

- 2) Λιγότερο από 5% των επιθηλιακών καρκίνων των ωοθηκών, έχουν οικογενειακό ή κληρονομικό ιστορικό. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο, είναι εκείνες που έχουν 2 ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με επιβεβαιωμένο επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών. Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου στήθους ή ενδομητρίου βρίσκονται επίσης σε μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου ωοθηκών.
- 3) Ατεκνία με <<συνεχή ωοθηλακιορρηξία>> είναι ένας παράγοντας κινδύνου.

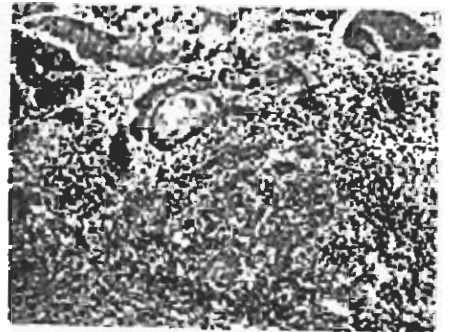
II. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

A. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων των ωοθηκών σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ είναι η εξής:

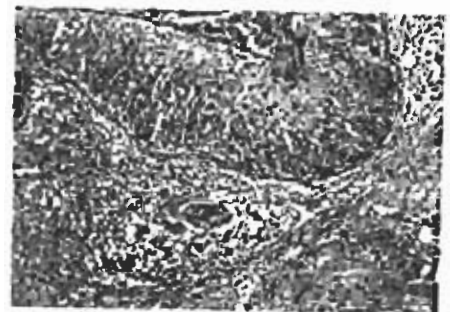
☛ Επιθηλιακοί όγκοι(συχνότητα κατά προσέγγιση)

Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα	(75-80%)
Βλεννώδης κυσταδενοκαρκίνωμα	(10%)
Καρκίνωμα ενδομητρίου	(10%)
Εκ διαφανών κυττάρων(μεσονέφρωμα)	(<1%)
Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα	(<1%)
Όγκος Brenner	(<1%)
Μεικτός επιθηλιακός όγκος	
Αταξινόμητος	



☛ Όγκοι εκ γενετικών κυττάρων

Δυσγερμίνωμα
Όγκοι εκ του κολπικού ενδοδέρματος
Εμβρυογενές καρκίνωμα
Πολυεμβρύωμα
Χοριοκαρκίνωμα
Τεράτωμα
Μεικτός



☛ Όγκοι ομφαλίου λώρου

Όγκοι από κύτταρα sertoli-leydig

Όγκοι από κοκκιοκύτταρα

Γυνανδροβλάστωμα

Ανδροβλάστωμα

Αταξινόμητοι

☛ Άλλοι όγκοι

Όγκοι από λιποκύτταρα

Γονατοβλάστωμα

Μη ειδικοί όγκοι εκ μαλακού ιστού

Αταξινόμητοι



ΕΥΣΗ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ	ΒΛΑΣΤΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟ	ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΤΑΙΝΙΑ ΣΤΡΩΜΑ	ΜΕΤΑΣΤΑΣΙΣΤΙΣ ΩΟΘΗΚΕΣ
ή συχνότητα των όγκων	65% - 70%	15% - 20%	5% - 10%	5%
λόγιστες ηλικίες	90%	3% - 5%	2% - 3%	5%
λόμενες ηλικίες	20+ έτη	0 - 25 + έτη	Όλες οι ηλικίες	Ποικιλούν
αι	<ul style="list-style-type: none"> • Ορώδης όγκος • Βλενώδης όγκος • Ενδομητριοειδής όγκος • Όγκος διαγών κυττάρων • Όγκος Brenner • Κυσταδενοίωμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Τεράτωμα • Δυσγερμίνωμα ή δυσγονίωμα • Όγκος ενδοδερμικού κόλπου • Χοριοκαρκίνωμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ίνωμα • Όγκοι κοκκιοκυττάρων και κυττάρων θήκης • Όγκοι κυττάρων Sertoli - Leydig 	

Β. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το ποσοστό των αδιαφοροποίητων κυττάρων που βρίσκονται στους ιστούς, καθορίζει το βαθμό των όγκων (όπως καθορίζεται από Broder).

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ
G ₁	0-25
G ₂	25-50
G ₃	>50

Γ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

1. Οι οριακοί όγκοι αποκαλούμενοι επίσης <<όγκοι χαμηλής κακοήθειας>>, τείνουν να εμφανιστούν σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και να παραμείνουν περιορισμένοι στις ωθήκες για μεγάλη χρονική περίοδο. Οι μεταστάσεις μπορεί να εμφανιστούν και μερικές μπορεί να είναι εξελισσόμενες, οδηγούσες σε εντερική απόφραξη και το θάνατο.
2. Άλλες ιστολογικές υποκατηγορίες συμπεριφέρονται όμοια όταν ο βαθμός και το στάδιο λαμβάνονται υπόψη. Ακόμη και στα πρώιμα στάδια, προσεκτική εξέταση συχνά αποκαλύπτει υποδιαφραγματικές μεταστάσεις στο επίπλου. Η διήθηση οργάνων και οι απομακρυσμένες μεταστάσεις είναι λιγότερο πιθανές, από ότι η διασπορά στους ορογόνους χιτώνες. Ο θάνατος από καρκίνο των ωθηκών συσχετίζεται πολύ συχνά από πίεση των ενδοκοιλιακών οργάνων. Ο θάνατος προκύπτει συνήθως από εντερική απόφραξη και ασιτία.

1. Τα νευρολογικά σύνδρομα είναι κοινά: περιφερειακές νευροπάθειες, οργανική άνοια, σύνδρομο προσωμοιάζων προς αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση και παρεγκεφαλιδική αταξία, είναι τα συχνότερα περιστατικά.
2. Ιδιάζοντα αντισώματα που προκαλούν τις δυσκολίες στη διασταύρωση του αίματος μπορούν να διορθωθούν με prednisone.
3. Σύνδρομο Gushing
4. Υπερασβεστιαμία
5. θρομβοφλεβίτιδα.

III. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A. Συμπτώματα

Το ωοθηκικό καρκίνωμα είναι χαρακτηριστικά ασυμπτωματικό. Τα συμπτώματα όταν εμφανίζονται είναι συχνά μη συγκεκριμένα και περιλαμβάνουν ανώμαλη εμμηνορρυσία. Αν εμφανιστούν σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες: συχνουρία, δυσκοιλιότητα, ανώμαλη κολπική αιμορραγία, κοιλιακή δυσφορία και διόγκωση. Κατά την κλινική εξέταση ανακαλύπτεται ασκίτης και ενδοκοιλιακές μάζες. Η ανεύρεση πυελικής μάζας σε γυναίκα ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να θεωρηθεί ύποπτη για καρκίνο των ωοθηκών.

B. Ιστολογική διάγνωση

Αυτή απαιτεί βιοψία ωοθηκικών ή άλλων μαζών.

1. Μάζες εξαρτημάτων

- a) Μάζες που είναι μικρότερες από 8cm, σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι συνήθως καλοήθειες κύστες. Οι ασθενείς πρέπει να υποβληθούν σε υπέρηχο για να επιβεβαιωθεί η κυστική φύση της μάζας και να παίρνουν αντισυλληπτικά για 2 μήνες. Οι καλοήθειες αλλοιώσεις πρέπει να παλινδρομούν.
- b) Η χειρουργική εκτίμηση είναι απαραίτητη για μάζες με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:
- ❑ Κυστικές μάζες διαμέτρου <8cm, οι οποίες παραμένουν 2 μήνες μετά την ανεύρεση σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
 - ❑ Μικρότερες από 8cm, στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και συμπαγής στον υπέρηχο.
 - ❑ Μεγαλύτερες από 8cm, στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
 - ❑ Παρούσες σε οποιαδήποτε μετεμμηνοπαυσιακή ασθενή.

2. Το pap-test δεν είναι αρκετά ευαίσθητο να ανιχνεύσει τον καρκίνο των ωοθηκών (περίπου 25%)

Γ. Μονοκλωνικά αντισώματα που είναι χρήσιμα για τον έλεγχο της ανταπόκρισης στη θεραπεία είναι το CA 125, CEA, β-HCG, α-FP, είναι χρήσιμα στις κακοήθειες εκ γενετικών κυττάρων, αλλά κανένα δεν είναι χρήσιμο για τον προληπτικό έλεγχο.

IV. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A. Εκτίμηση κατά στάδιο.

Ποσοστά 5ετης επιβίωσης για επιθηλιακούς όγκους.

ΣΤΑΔΙΑ	ΕΚΤΑΣΗ	5-ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
I	Καρκίνος που περιορίζεται στις ωθήκες(15%)	80%
I _α	Περιορισμένος στη μία ωθήκη, χωρίς ασκίτη	
I _β	Και στις δύο ωθήκες, χωρίς ασκίτη	
I _γ	I _α ή I _β με ασκίτη ή θετικό περιτοναϊκό υγρό	
II	Καρκίνος της μιας ή και των δύο ωθηκών με επέκταση περιοριζόμενη στην πύελο	60%
II _α	Επέκταση στη μήτρα ήτις σάλπιγγες	
II _β	Επέκταση σε άλλα ενδοπυελικά όργανα	
II _γ	II _α ή II _β με ασκίτη ή θετικό περιτοναϊκό υγρό	
III	Καρκίνος της μιας ή και των δύο ωθηκών με εξωπυελικές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις ή και θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες. Ο όγκος περιορίζεται στη λεκάνη αλλά με ιστολογικά αποδεδειγμένη επέκταση στο λεπτό έντερο ή στο επίπλουν (65%)	30%
III _α	Όγκος που περιορίζεται στην λεκάνη με αρνητικούς λεμφαδένες αλλά με ιστολογικά επιβεβαιωμένες μικροσκοπικές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις	60%
III _β	Όπως το II _α αλλά οι περιτοναϊκές εμφυτεύσεις δεν υπερβαίνουν τα 2cm σε διάμετρο.	30%
III _γ	Κοιλιακές εμφυτεύσεις > από 2cm σε διάμετρο ή και θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες.	5%-10%
IV	Απομακρυσμένες μεταστάσεις περιλαμβάνουσες παρουσία θετικού πλευριτικού υγρού, υπατικές μεταστάσεις σε περιφερικούς επιτολεις λεμφαδένες.	

B. Προγνωστικοί παράγοντες

Ο βαθμός, το στάδιο και ο βαθμός ασθένειας είναι περισσότερο σημαντικοί από τους συγκεκριμένους ιστολογικούς τύπους. Η έκταση του χειρουργικού καθαρισμού επίσης επηρεάζει την πρόγνωση.

V. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών, διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο ωοθηκών, έναντι άλλων γυναικών και γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών, διατρέχουν επίσης διπλάσιο κίνδυνο. Οι γυναίκες με μετάλλαξη στα χρωμοσώματα BRCA-1 ή BRCA-2, αποτελούν 5%-10% όλων των ασθενών με καρκίνο ωοθηκών και ο κίνδυνος για εμφάνισή του σε αυτές, είναι 10%-27%. Ο κίνδυνος σε γυναίκες με σύνδρομο Lynch II είναι 2 -4 φορές μεγαλύτερος του γενικού κινδύνου. Όλες αυτές οι ομάδες πρέπει να υποβληθούν στην κατάλληλη γενετική καθοδήγηση και να υποβάλλονται σε προληπτική αφαίρεση ωοθηκών όταν ολοκληρωθεί η τεκνοποιία. Οι γυναίκες πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι η προφυλακτική ωοθηκεκτομή δεν προσφέρει απόλυτη προστασία, επειδή τα περιτοναϊκά καρκινώματα εμφανίζονται περιστασιακά μετά από αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή. Η αξία του CA125 για την πρόληψη και του ενδοκοιλιακού υπέρηχου σε αυτές τις γυναίκες δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί.

VI. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει περιληπτικά τα εξής :

✘ Χειρουργική αντιμετώπιση

Ο όγκος πρέπει να αφαιρεθεί αν είναι δυνατόν ανέπαφος και να σταλεί για βιοψία

Εάν υπάρχει ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό αυτό πρέπει να σταλεί για κυτταρολογική εξέταση.

- ✘ Χημειοθεραπεία
Αφορά το προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών. Βάση όλων των χημειοθεραπευτικών σχημάτων αποτελεί η CIS πλατίνα, η οποία μπορεί να αντικατασταθεί και από την καρβοπλατίνα.

- ✘ Ακτινοθεραπεία
Αυτή φαίνεται χρήσιμη ως εναλλακτική λύση έναντι της χημειοθεραπείας σε ασθενής με καλύτερη πρόγνωση νόσου.

- ✘ Ανακουφιστική χειρουργική αντιμετώπιση
Αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίες εμφανίζουν απόφραξη εντέρου και ανθεκτικότητα της νόσου στην χημειοθεραπεία.

- ✘ Παρακολούθηση της ασθενούς μετά την θεραπεία
Αυτή είναι κατά κύριο λόγο κλινική. Η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα δεν φαίνεται να είναι τόσο ευαίσθητες μέθοδοι. Βασική είναι η παρακολούθηση των επιπέδων CA125.

ΛΟΙΠΟΙ ΟΓΚΟΙ ΩΟΘΗΚΩΝ

Σε αυτούς υπάγονται:

- Οι περιτοναϊκοί όγκοι του Muller
- Όγκοι εκ γεννητικών κυττάρων (π.χ δυσγερμινώματα, τερατώματα, χοριοκαρκινώματα κ.λ.π.)

Ειδικότερα οι όγκοι αυτοί αποτελούν το 20%-25% όλων των νεοπλασμάτων των ωοθηκών, αλλά μόνο το 3%αυτών είναι κακοήθεις.

Οι όγκοι αυτοί αναπτύσσονται ταχέως και συχνά εμφανίζονται με ένα ήπιο πόνο και πίεση στην πυελική χώρα και διαταραχές του κύκλου. Τα οξεία συμπτώματα αφορούν συστροφή, ρήξη του και συχνά συγχέονται με οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Η διάγνωση στηρίζεται στην μέτρηση της β-HCG και της α-FP μαζί με συνήθη αιματολογικό έλεγχο. Απαραίτητος κρίνεται ένας καρυώτυπος, διότι συχνά οι όγκοι αυτοί προκύπτουν από δυσγενεσία των γονάδων.

Τέλος απαιτείται και ακτινογραφία θώρακος, γιατί οι όγκοι αυτοί συχνά μεθίστανται στους πνεύμονες και στο μεσοθωράκιο.

- Όγκοι προερχόμενοι εκ του ινώδους χιτώνος του ομφάλιου λώρου (π.χ όγκοι εκ κυττάρων sertoli-leyding).
- Σπάνιοι όγκοι (όπως σαρκώματα ωοθηκών).

ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Επιπλοκές εξ αιτίας αποφράξεων.

Τέτοιες είναι η απόφραξη του εντέρου, των ουρητήρων ή η δυσπαρεύνεια.

Αντιμετωπίζονται συνήθως με χημειοθεραπεία αρχικά ή τοπική ακτινοβολία.

2. Εγκυμοσύνη και καρκίνος των ωοθηκών.

Σπάνια η εγκυμοσύνη επιπλέκεται από την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των εγκυμονούντων με καρκίνο των ωοθηκών είναι ίδια με αυτή των μη εγκυμονούντων.

MEPOZ AEBTEPO

1. Ιστορικό υγείας

- α) Ηλικία
- β) Συζυγική κατάσταση
- γ) Εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- δ) Ατομικές υγιεινές συνήθειες
- ε) Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
- στ) Χρήση κολλικών αντιβιοτικών
- ζ) Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολλικού επίχρισματος κατά Παπανικολάου (Pa-test)
- η) Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

2. Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

- α) Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα
- β) Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολλικό ή τραχηλικό βλεννογόνο

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α) Κολλικό επίχρισμα
- β) Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
- γ) Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς, που είναι εύθρυπτοι
- δ) Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη
- ε) Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση.
- στ) Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα ευρήματα Pap-test.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ

1. Άμεσοι

- α) Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης
- β) Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

2. Μακροπρόθεσμοι

- α) Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου
- β) Μείωση κινδύνου υποτροπής

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Προεγχειρητική παρέμβαση

- α) Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- β) Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.

- γ) Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- δ) Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
- ε) Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.
- στ) Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- ζ) Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο
- Ⓞ Εξέταση αιμοσφαιρίνης αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει.
 - Ⓞ Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
 - Ⓞ Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
 - Ⓞ Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
 - Ⓞ Ακτινογραφία θώρακα.
 - Ⓞ Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.
 - Ⓞ Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.
 - Ⓞ Καθαρισμός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία).
 - Ⓞ Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου.

2. Μετεγχειρητική παρέμβαση

- α) Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κοιλική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- β) Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- γ) Ανακούφιση από τον πόνο.
- δ) Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- ε) Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

❶ Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).

❷ Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

❸ Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

στ) Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

⊕ Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

⊕ Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.

⊕ Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.

⊕ Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

- ⊕ Διαπίστωση υπολείμματος, η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

ζ) Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης

- ✎ Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
- ✎ Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- ✎ Ακρόαση της κοιλίας για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- ✎ Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

η) Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

- ✎ Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- ✎ Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.
- ✎ Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους, σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών, η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.
- ✎ Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
- ✎ Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών, προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
- ✎ Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.

- θ) Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- ι) Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
- ια) Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.
- ιβ) Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Röntgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο – 60.
- ιγ) Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία

- ❑ Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- ❑ Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή/σαλπινγεκτομή.
- ❑ Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:

⇒ Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα (μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.

⇒ Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.

⇒ Να αποφεύγει τη συνουσία για 6 – 8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

- ω Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κολπική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.
- ω Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- ω Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- ω Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κλπ.
- ω Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.
- ω Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικό-εργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιλεγεί όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι η ίαση, όπως στον καρκίνο των όρχεων, εντοπισμένους καρκίνους κεφαλής και λαιμού και καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο κακοήθους νόσου ή προφυλακτικά. Παρηγορητική ακτινοβολία χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να μειώσει συμπτώματα μεταστατικής νόσου, ειδικά όταν αυτή αφορά εγκέφαλο, οστά και μαλακούς ιστούς. Η ακτινοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της γυναικολογικής κακοήθειας. Στη θεραπεία καρκίνου του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα είναι συχνά η θεραπεία εκλογής, ανάλογα με το στάδιο. Στην οριστική θεραπεία καρκίνου του τραχήλου χρησιμοποιείται συνδυασμός εξωτερικής πυελικής ακτινοβολίας και εσωτερικής ενδοτραχηλικής ακτινοβολίας. Μόνο στο πιο πρώιμο μικροδισευδικό του τραχήλου χρησιμοποιείται μόνον η ενδοτραχηλική ακτινοβολία.

Εξωτερική Ακτινοθεραπεία

Στην εξωτερική ακτινοθεραπεία ελευθερώνονται υψηλές δόσεις ακτινοβολίας βαθιά μέσα στην πύελο σε μια προσπάθεια να ανασταλεί η επέκταση του καρκίνου μέσω του λεμφικού συστήματος. Η θεραπεία εξατομικεύεται με βάση το στάδιο της νόσου και την αντίδραση της άρρωστης στην ακτινοβολία.

Ενδοτραχηλική ακτινοβολία

Τα ραδιενεργά στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην ενδοτραχηλική ακτινοβολία είναι το ράδιο και το καίσιο. Το καίσιο πλεονεκτεί έναντι του ραδίου επειδή έχει χρόνο υποδιπλασιασμού και δεν δημιουργεί αέρια παραπροϊόντα, όπως αυτό. Στο

χειρουργείο κάτω από γενική αναισθησία, γίνεται εξέταση της άρρωστης και εισάγονται ειδικοί υποδοχείς (κεντρικός σωλήνας και ωοειδείς θήκες) χωρίς καισίο. Μετά από ακτινολογικό έλεγχο για να προσδιοριστεί η ακριβής σχέση των υποδοχέων με τη φυσιολογική πυελική ανατομία και τον όγκο, ο ακτινοθεραπευτής φορτίζει τους υποδοχείς με την προκαθορισμένη ποσότητα καισίου. Η όλη διαδικασία ονομάζεται μεταφόρτιση και επιτρέπει τον ακριβή έλεγχο έκθεσης στην ακτινοβολία που δέχεται η άρρωστη και ελαχιστοποιεί την έκθεση στην ακτινοβολία του προσωπικού φροντίδας υγείας.

α) Ετοιμασία της άρρωστης για εφαρμογή καισίου

- Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.
- Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις (μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- Ετοιμασία της άρρωστης για διαδικασία προφόρτισης.

β) Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση του καισίου

Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα αποβλέπουν στη διατήρηση των υποδοχέων καισίου στη θέση τους και στη λήψη μέτρων για πρόληψη παρεκτόπισής τους.

- Δίαιτα μικρού υπολείμματος για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς.
- Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διατεταμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, εμετοί, αύξηση θερμοκρασίας.

- ✿ Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.
- ✿ Χορήγηση χυμών με βιταμίνη C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών.
- ✿ Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30°.
- ✿ Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σ' αυτή.
- ✿ Ανακούφιση της άρρωστης από άγχος και φόβο, με συνετή χρησιμοποίηση του χρόνου παραμονής κοντά της. Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.
- ✿ Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας, ώστε να μην εκτοπιστούν οι υποδοχείς καισίου.

γ) Αφαίρεση καισίου

- ✿ Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για αφαίρεση του καισίου.
- ✿ Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
- ✿ Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.
- ✿ Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
- ✿ Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

- ☛ Ναυτία και εμετοί μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Μπορούν να χορηγηθούν ηρεμιστικά, αντί εμετικά και αντιισταμινικά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να λαμβάνει υγρά. Χορηγούνται μικρά, συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας. Τέλος, σημειώνονται οι αντιδράσεις του αρρώστου.
- ☛ Διατήρηση του δέρματος της άρρωστης στεγνού. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα. Παροχή συμβούλων στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες επιθέματα και λευκοπλάστη Ag υπάρχει ιατρική οδηγία, η λύση με ουδέτερο και χλιαρό νερό. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία χρήση υδροκορτιζόνης, σπρέι και γαζών Lanettwax.
- ☛ Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου (διάρροια), αναφέρονται μόλις εμφανιστούν χορηγούνται αντιδιαρροϊκά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και χορηγείται διαίτα με μικρό υπόλειμμα.
- ☛ Τονισμός της σπουδαιότητας ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο. Κυτταρολογικά επιχρίσματα θετικά, σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση. Αν τα κυτταρολογικά επιχρίσματα είναι αρνητικά και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στον γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα, σε εξαμηνιαία βάση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα. Η άρρωστη:

- α) Βιώνει μειωμένο άγχος
- β) Αποδέχεται τον εαυτό της όπως είναι τώρα
- γ) Βιώνει ελάχιστο πόνο και δυσχέρεια
- δ) Δεν εμφανίζει επιπλοκές
- ε) Έχει αποκτήσει τις απαραίτητες για την αυτοφροντίδα της γνώσεις

2. Επιπλοκές.

Υποτροπή: Κολπικός θόλος

α) Εκτίμηση

- Υποπτο Pap-test (κλάση III)
- Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια.
- Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.
- Άγχος, φόβος.

β) Παρέμβαση

- Ενημέρωση της άρρωστης. Ετοιμασία για πυελική ακτινοθεραπεία.
- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας για μείωση του άγχους.
- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος
- Προαγωγή ανάπαυσης
- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες
- Παρότρυνση για συχνή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση

Υποτροπή: Κόστη

α) Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια
- Αιματουρία

β) Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, πχ. ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό.
- Ετοιμασία άρρωστης για πυελική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια)

⇒ Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με:

- ❖ Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης
- ❖ Προεγχειρητικές διαδικασίες
- ❖ Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία
- ❖ Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων

⇒ Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

⇒ Προετοιμασία εντέρου για χειρουργείο με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλίας.

⇒ Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.

- ⇒ Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.
 - ⇒ Βοήθεια άρρωστης ώστε να αποδεχθεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.
 - ⇒ Μέτρα για μείωση πόνου, άγχους και δυσχέρειας.
 - ⇒ Μετεγχειρητική διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα ουρητηροστομίας.
 - ⇒ Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης, ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.
 - ⇒ Εξασφάλιση συνέχισης της φροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης.
- ❖ Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοδοκομειακή παρακολούθηση.
 - ❖ Παρακολούθηση συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.
 - ❖ Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια αν το επιθυμούν.

Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

α) Εκτίμηση

- Πόνος στη ράχη
- Απώλεια βάρους, κόπωση
- Κατάθλιψη, απογοήτευση.

β) Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για χημειοθεραπεία
- ❖ Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης
- ❖ Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας.
- ❖ Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη.

- Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, πχ. πόνου, ναυτίας, εμετών, αιμορραγίας βλεννογόνου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας.
- Μείωση κινδύνου λοίμωξης
- Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία για έκφραση συναισθημάτων.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθηθούν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοηθών νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100% των κακοηθών κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας, ωστόσο είναι να καταστρέψει αρκετά κακοήθη κύτταρα, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν από:

1. Το στόμα
2. Ενδοφλέβια, σε μεγαλύτερες δόσεις
3. Ενδαρτηριακά
4. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στον όγκο
4. Ενδοϋπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται όταν χορηγούνται ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά φάρμακα που προκαλούν εκδορά. Τα φάρμακα αυτά όταν εναποθέτονται μέσα στον υποδόριο ιστό (έξοδος από τη φλέβα) προκαλούν νέκρωσή και βλάβη των υποκείμενων τενόντων, νεύρων και αγγείων. Η πλήρης έκταση της ιστικής βλάβης φαίνεται μετά από αρκετές εβδομάδες. Στη χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να εμπλέκονται μόνον ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί και νοσηλεύτες. Βασικής σημασίας είναι η προστατευτική επιλογή της περιφερικής φλέβας η επιδέξια φλεβοκέντηση και η προσεχτική χορήγηση του φαρμάκου.

Σε υποψία εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα, σταματά αμέσως η χορήγηση και εφαρμόζεται πάγος στην περιοχή. Ο γιατρός μπορεί να αναρροφήσει το φάρμακο από τους ιστούς και να ενέσει σ' αυτούς εξουδετερωτικό διάλυμα για να ελαττώσει τη βλάβη τους.

ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η τοξικότητα που συνδέεται με χημειοθεραπεία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Κύτταρα με ταχείς ρυθμούς ανάπτυξης είναι τα περισσότερο επιρρεπή σε βλάβη. Ωστόσο, μπορεί να επηρεαστούν και ορισμένα συστήματα του οργανισμού.

1. Γαστρεντερικό σύστημα. Οι πλέον κανείς παρενέργειες της χημειοθεραπείας, που μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά τη χορήγηση, είναι ναυτία και εμετοί. Η χρήση φαινοθειαζινών κατευναστικών, στεροειδών και αντιϊσταμινικών, μόνων ή σε συνδυασμό, είναι αποτελεσματική στη μείωση της ναυτίας και των εμετών. Μπορούν ακόμα να βοηθήσουν τεχνικές χαλάρωσης και εικόνας στη μείωση ερεθισμάτων που συνεισφέρουν στα συμπτώματα. Αλλαγές στη διαίτα του αρρώστου μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα και βαρύτητα αυτών των συμπτωμάτων.

Άλλες παρενέργειες από το γαστρεντερικό μπορεί να είναι στοματίτιδα, ανορεξία και διάρροια. Οι αντιμεταβολίτες και τα αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά είναι τα χημειοθεραπευτικά που προκαλούν φλεγμονή του γαστρεντερικού βλεννογόνου.

2. Αιμοποιητικό σύστημα. Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες καταστέλλουν τη λειτουργία του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των κυττάρων του αίματος. Έτσι, προκαλούνται λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία. Ο άρρωστος είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις και αιμορραγίες. Είναι απαραίτητη η συχνή γενική εξέταση του αίματος και η προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και κακώσεις.

3. Νεφροί. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορεί να βλάψουν τους νεφρούς εξαιτίας: (α) άμεσης επαφής με αυτούς κατά την απέκκρισή τους, και (β) συσσώρευσης σ' αυτούς τελικών προϊόντων λύσης των κυττάρων. Ιδιαίτερα τοξικά φάρμακα για τους νεφρούς είναι η μεθοτρεξάτη, η σισπλατίνη και η μιτομυκίνη. Η ταχεία λύση των κυττάρων παράγει άφθονο ουρικό οξύ, το οποίο απεκκρινόμενο από τους νεφρούς μπορεί να τους προκαλέσει βλάβη. Η στενή παρακολούθηση των επιπέδων της ουρίας του αίματος, της κρεατινίνης του ορού και της κάθαρσης κρεατινίνης είναι βασικής σημασίας. Πρόληψη βλάβης του νεφρού γίνεται επίσης με αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών, αλκαλοποίηση των ούρων και χορήγηση αλλοπουρινόλης, που παρεμποδίζουν το σχηματισμό ουρικών κρυστάλλων.

4. Καρδιά και πνεύμονες. Όταν η ολική δόση των αντινεοπλασματικών αντιβιοτικών δαουνορουβικίνης και δοξορουβικίνης φθάνει στα 550 mg/m², αυτά μπορεί να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες αθροιστικές τοξικότητες στην καρδιά. Πρέπει να παρακολουθούνται στενά κλάσμα καρδιακής εξώθησης, ΗΚΓ και ο ασθενής για σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η βλεομυκίνη και η βουσουλφάνη είναι γνωστές για τα αθροιστικά τοξικά αποτελέσματά τους στην πνευμονική λειτουργία. Αποτέλεσμα μακροχρόνιας χορήγησης αυτών των φαρμάκων μπορεί να είναι η πνευμονική ίνωση.

5. Γεννητικό σύστημα. Είναι δυνατό να επηρεαστεί η λειτουργία των όρχεων και των ωοθηκών από τη χημειοθεραπεία, με πιθανό αποτέλεσμα στειρώση. Ενώ η γεννητική ικανότητα μπορεί να αποκατασταθεί μετά τη χημειοθεραπεία, τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατό να έχουν υποστεί βλάβη που δημιουργεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες στους απογόνους. Επομένως, προτείνεται φύλαξη σπέρματος σε τράπεζα σπερμάτων για άνδρες πριν από την έναρξη χημειοθεραπείας.

6. Νευρικό σύστημα. Τα φυτικά αλκαλοειδή, ιδιαίτερα η βινκριστίνη, μπορούν να προκαλέσουν νευρική βλάβη όταν χορηγούνται σε επαναλαμβανόμενες δόσεις. Είναι δυνατό να παρουσιαστούν περιφερικές νευροπάθειες, απώλεια εν τω βάθει αντανακλαστικών και παραλυτικός ειλεός. Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως αναστρέψιμες και εξαφανίζονται μετά τη συμπλήρωση της χημειοθεραπείας.

Μέτρα προστασίας

Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι. Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροτοξικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του. Αν και όλα τα μεταλλαξιογόνα δεν είναι καρκινογόνα, έχουν την ικανότητα να προκαλούν μόνιμες κληρονομήσιμες αλλαγές στο γενετικό υλικό των κυττάρων.

Αν και δεν έγιναν μακροχρόνιες μελέτες σε νοσηλευτές που χειρίζονται χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι αυτά συνδέονται με δευτεροπαθή ανάπτυξη κακοηθών όγκων και χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Έχουν ανακοινωθεί ναυτία, εμετοί, ζάλη, αλωπεκία και εξέλκωση ρινικού βλεννογόνου σε προσωπικό υγείας που χειριζόταν χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Οι οδηγίες προτείνουν τα εξής:

1. Τη χρήση ενός βιολογικού θαλάμου ασφάλειας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
2. Τη χρήση χειρουργικών γαντιών κατά το χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά.
3. Τη χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι μιας χρήσης κατά την προπαρασκευή και χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
4. Τη χρήση εξαρτημάτων Luer-Loc σε όλες τις συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης που χρησιμοποιούνται για χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.
5. Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, που είναι αδιαπέραστα από υγρά και αντέχουν σε τρυπήματα.
6. Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικίνδυνου.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΙΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νέο-πλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.

9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Χειρουργική παρέμβαση

Η εκτομή του αιδοίου είναι η θεραπεία εκλογής. Σε καρκίνωμα *in situ* (μη διηθητικό) γίνεται απλή εκτομή αιδοίου. Στο διηθητικό καρκίνωμα γίνεται ριζική εκτομή αιδοίου και αμφοτερόπλευρη αφαίρεση λεμφαδένων συχνά χρειάζεται να γίνει αφαίρεση και των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων.

Η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά απ' ό,τι η χειρουργική επέμβαση. Ακτινοβολία δεν χρησιμοποιείται γενικά, επειδή δεν γίνεται καλά ανεκτή από τους εμπλεκόμενους ιστούς. Χημειοθεραπεία δεν δίνεται, εκτός κι αν έχουν γίνει μεταστάσεις.

2. Προεγχειρητική φροντίδα

- α) Ξύρισμα περινεϊκής, ηβικής και βουβωνικής χώρας.
- β) Ενθάρρυνση της άρρωστης να μιλήσει για την κατάστασή της και να κάνει ερωτήσεις. Ο φόβος ακρωτηριασμού ή απώλειας λειτουργίας ελαχιστοποιείται, όταν η γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία πληροφορείται ότι η πιθανότητα να έχει σεξουαλικές σχέσεις είναι καλή και ότι η εγκυμοσύνη είναι ενδεχόμενη μετά από απλή εκτομή του αιδοίου. Ο

νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τι ελέχθη στην άρρωστη από το γιατρό σχετικά με αυτό το θέμα.

- γ) Πολύ καλό πλύσιμο του αιδοίου 2 ή 3 ημέρες πριν από την επέμβαση, με χρησιμοποίηση εδρόλουτρων 2 φορές την ημέρα.
- δ) Κένωση του εντερικού σωλήνα πριν από το χειρουργείο, για αποφυγή κινητικότητάς του για 2 – 3 ημέρες μετεγχειρητικά.

3. Μετεγχειρητική φροντίδα

- α) Διατήρηση καλής παροχέτευσης και συμπίεσης των ιστών.
- β) Προαγωγή άνεσης, τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση Fowler με τα γόνατα ελαφρά ανυψωμένα με ένα μαξιλάρι, για μείωση τάσης στα ράμματα.
- γ) Συχνή αλλαγή θέσης για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η τοποθέτηση μαξιλαριού ανάμεσα στα πόδια κάνει το γύρισμα της άρρωστης πιο άνετο. Η έγερση γίνεται συνήθως την 3^η με 4^η μετεγχειρητική ημέρα. Παρά την ενόχληση που προκαλεί στην άρρωστη, επιβάλλεται να γίνει για διέγερση της κυκλοφορίας.
- δ) Πλύσιμο τραύματος καθημερινά με θερμό αποστειρωμένο διάλυμα, σύμφωνα με την οδηγία (αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου, φυσιολογικό ορό, αντιμικροβιακή διάλυση), για πρόληψη λοίμωξης τραύματος και κύστης.
- ε) Για διευκόλυνση επούλωσης του τραύματος, προτιμάται από μερικούς γιατρούς η χρησιμοποίηση λάμπας θερμότητας, μέχρις ότου αφαιρεθούν τα ράμματα, η οποία ακολουθείται από περινεϊκές κομπρέσες ή εδρόλουτρα.
- στ) Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα, για αποφυγή τάσης κατά την αφόδευση και μόλυνσης του τραύματος.
- ζ) Σχολαστική φροντίδα ουρηθρικού και κολπικού στομίου για πρόληψη λοίμωξης της κύστης.
- η) Ενθάρρυνση άρρωστης για κοινωνική προσαρμογή με ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων, που θα τη βοηθήσουν να εκφράσει τις ανησυχίες της.

- θ) Συμβουλές από ειδικούς για διαπραγμάτευση με τον ακρωτηριασμό του σώματός της και την επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία.
- ι) Για προαγωγή αποκατάστασης των ιστών, μπορεί να παραγγελθούν εδρόλουτρα με διάλυμα PhisoHex μετά τη 10^η ημέρα.
- ια) Για συνέχιση της φροντίδας και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, καταρτίζεται σχέδιο μετέπειτα παρακολούθησης, που παρέχει βοήθεια στην οικογένεια, επισκέψεις από τον κοινοτικό νοσηλευτή και επισκέψεις της άρρωστης στο χειρουργό.

Αξιολόγηση

Αναμενόμενα αποτελέσματα:

- α) Η άρρωστη δείχνει προσαρμοσμένη στη χειρουργική εμπειρία.
- β) Δεν παρουσιάζει λοίμωξη και άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- γ) Συμμετέχει στο σχεδιασμό και πρακτική της αυτοφροντίδας της.

Παρέμβαση

1. Εκτίμηση προηγούμενου σεξουαλικού ιστορικού και αυτοεκτίμησης της γυναίκας, για να διαπιστωθούν πιθανά προβλήματα που οφείλονται στη σεξουαλική δυσλειτουργία εξαιτίας του καρκίνου του κόλπου και/ή της χειρουργικής επέμβασης ή ακτινοθεραπείας.
2. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, που επιτρέπει στη γυναίκα να αισθάνεται άνετα συζητώντας τις σεξουαλικές της ανησυχίες.
3. Συζήτηση με την άρρωστη για τη δυνητική επίδραση της διεργασίας της νόσου και της θεραπείας στη σεξουαλικότητα.
 - α) Δυνητικά προβλήματα είναι: κόπωση, πόνος, δυσπαρέυνεια (δευτεροπαθής από την ακτινοθεραπεία), μείωση libido και/ή αλλαγή σωματικού ειδώλου.

β) Αν γίνει μερική εκτομή κόλπου (αφαίρεση του 1/3 – 1/2 του κόλπου), η γυναίκα μπορεί να συνεχίσει να απολαμβάνει την κοιλική σεξουαλική δραστηριότητα χρησιμοποιώντας μεγάλες ποσότητες λιπαντικής ουσίας και τροποποιημένες θέσεις.

γ) Για αντιμετώπιση της κόπωσης και του πόνου, η γυναίκα συμβουλεύεται να προγραμματίζει τη σεξουαλική της δραστηριότητα μετά από ανάπαυση. Επίσης, να προγραμματίζει τη λήψη αναλγητικών, έτσι ώστε η μέγιστη δράση τους να συμπίπτει με την ώρα της σεξουαλικής της δραστηριότητας. Μπορούν ακόμα να βοηθήσουν το ζεστό μπάνιο, εντριβή στη ράχη, αλλαγή θέσης ή άλλες μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, όπως τεχνικές αυτοσυγκέντρωσης και χαλάρωσης.

δ) Η άρρωστη συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί μια υδατοδιαλυτή λιπαντική ουσία κατά τη συνουσία και, ίσως, σε άλλο χρόνο, διαστολέα κόλπου για πρόληψη ίνωσης και στένωσης.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ, ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

Η νοσηλευτική παρέμβαση στο καρκίνωμα των ωοθηκών και των σαλπγγων, αφορά την ακτινοβολία και την χημειοθεραπεία, οι οποίες αναφέρθηκαν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας καθώς επίσης την ριζική υστερεκτομή, ωοθηκεκτομή και σαλπγγεκτομή, αλλά ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην κατανόηση της κατάθλιψης και της ευερεθιστότητας των γυναικών ιδίως της αναπαραγωγικής ηλικίας μετά από εγχειρήσεις όγκων ωοθήκης ή σαλπγγων. Ενθαρρύνεται η ασθενής να εκφράσει όλα όσα αισθάνεται για τη νέα κατάσταση που εγκαθίσταται μετά την χειρουργική επέμβαση. Η όλη αυτή προσέγγιση της ασθενούς συντελείται πάντα με την καθοδήγηση ειδικού ψυχιάτρου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι γενικά παραδεκτή η πρόοδος που έχει συντελέσει στην κατανόηση της νόσου και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της. Η επιτυχής αντιμετώπιση έγκειται στη διάγνωση της νόσου στα πρώιμα στάδια, ώστε να δίνεται η δυνατότητα για έγκαιρη αντιμετώπιση της, προτού επεκταθεί σε άλλα ζωτικά όργανα.

Απαραίτητος κρίνεται, ο προληπτικός έλεγχος, ο οποίος επιτρέπει τη διάγνωση του καρκίνου στα αρχικά στάδια. Παρόλα αυτά, αν και η χρησιμότητα και η αναγκαιότητα του προληπτικού ελέγχου έχει διαπιστωθεί και έχει γίνει αποδεκτή, ο καρκίνος που προσβάλλει το γεννητικό σύστημα των γυναικών αυξάνει συνεχώς το ποσοστό του, προκαλώντας ανησυχία για την εξέλιξη του καρκίνου αυτού τα επόμενα χρόνια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΙΔΙΟΚΟΠΗ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
 2000-2006
 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Οικονομική Πρωτοβουλία

Α 12

Α ΒΥΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Πλαστικό βυθολογικό (ΥΒ)	Αιχμηρό	Παχυντικό		
Μεταλλικό βυθολογικό (ΜΒ)				
Καύσιμη ύλη (ΚΥ)	ΟΒΟΠ			
Μαλακή ΟΥ				

Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα

Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1 Άσχημη Σύνθη Μεταπτώσεως (ΑΜΜ)

- | | | |
|----------------------|-----------|--|
| Μυξώδες (Μ) | Διχρωμικό | |
| Δοκίμη (Δ) | | |
| Υπερμεγέθη (ΥΕ) | | |
| Υπερκεκολλημένη (ΥΚ) | | |
| Κίτρινη Άσχημη (ΑΑ) | | |

2 ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΚΑΡΜΙΝΑ (ΥΚ)

Παράδειγμα

Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα	
Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα	

Γ ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- | | |
|-----------------------|--|
| Τρωχίλιση (Τ) | |
| Αζωτικό Επίφλοιο (ΑΕ) | |
| Ασβέση (Α) | |
| Κρεβάτια (Κ) | |
| Οπία (Ο) | |
| Παχυντικός (Π) | |
| Παχυντικός Φέλος (ΠΦ) | |
| Νοβοκωρύκι (Ν) | |
| Εργός (Ε) | |

Παράδειγμα

Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα	
Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα	
Υπερβολικά αβιοαντιβιοτική βιομάζα	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επιχειρησιακή Συμπεριφορά

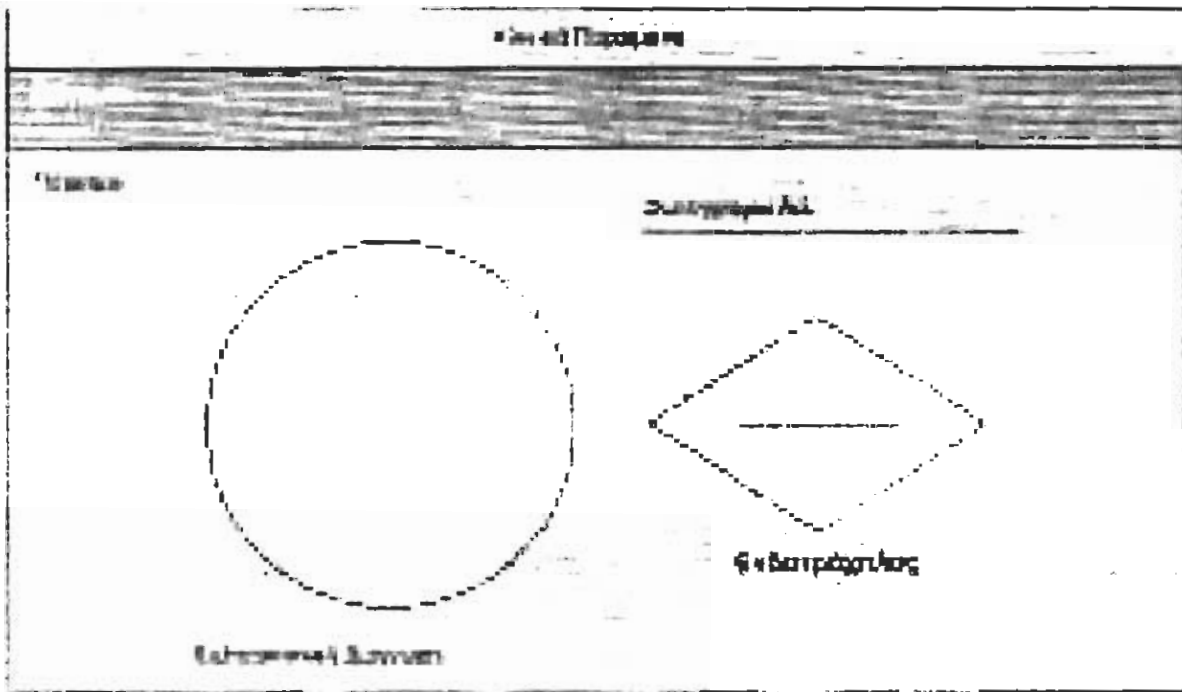
Προβλεπόμενα

Επιχειρησιακή Συμπεριφορά
Προβλεπόμενα

Συμπεριφορά

Επιχειρησιακή Συμπεριφορά

ΑΓΩΓΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Εκπαίδευση του κοιλιοσκόπου

Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν, ότι η κοιλιοσκοπηση υφαιρεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες, στην «Βασική Κοιλιοσκοπηση» και στην «Γενεσιολογική Κοιλιοσκοπηση». Ολοσχερώς απλά υπάρχει μεγάλη διαφορά για το τι είναι η βασική κοιλιοσκοπηση απρόσπαστη και η γενεσιολογική στην αλλη.

Η «βασική κοιλιοσκοπηση» περιλαμβάνει την κατανοηση των αρχών της κοιλιοσκοπησης και την προέλευση, που καθορίζει να είναι ο κοιλιοσκόπος μας με ακριβείς βασικές αρχές, όπου αφορά τις θεραπευτικές δυνατότητες που παρέχει η κοιλιοσκοπηση.

Θεωρώς θα πρέπει όλοι οι κυνηγοί να κάνουν μια βασική εκπαίδευση στην κοιλιοσκοπηση, όπως ακριβώς μάθωναν οι βετεράνοι πριν την μηχανογράφησης της κοιλιοσκοπησης και κατά την εξοικείωση της ειδικότητας τους. Οι νεότεροι στο επάγγελμα θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν την κοιλιοσκοπηση, αλλά το καλύτερο θα γινόταν να είναι και η επιρροή στην κυνηγοί να κάνει. Από την άλλη σε ολόκληρο τον κόσμο υπάρχουν πάρα πολλά ειδικευμένοι κυνηγοί, που δεν έχουν κερμιά γνώση της κοιλιοσκοπησης και θέλουν να μάθουν γι' αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) *Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου*. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 1, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2000.(σελ.180-186)
- 2) *Άννα Σαχίνη –Καρδάση , Μαρία Πάνου*. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική –Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 2 ,ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2000.(σελ.456-469)
- 3) *Ackerman I, et al*. Endometrial carcinoma: relative effectiveness of adjuvant radiation vs. therapy reserved for relapse. *Gynecol Oncol* 1996.(60:177)
- 4) *Berek JS, Hacker NF, eds*. Practical Gynecology Oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins 2000.
- 5) *Berek JS, et al*. Concurrent cisplatin and 5-fluorouracil chemotherapy and radiotherapy for advanced stage squamous carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1991.(42:197)
- 6) *Berchuck A, et al*.Role of BRCA1 mutation screening in the management of familiar ovarian cancer. *An J Obstet Gynecol* 1996.(175:738)
- 7) *Berek JS* . Interval debulking of ovarian cancer; an interim measure. *N Engl J Med* 1995.(332:675)
- 8) *Γεώργιος Σ. Κουρούνης*. Παθολογία Τραχήλου-Μήτρας-Κολποσκόπηση. Εκδότης Γεώργιος Σ. Κουρούνης.Αθήνα 1991.(σελ. 124:325)
- 9) *Carey MS, et al*. Good outcome associated with a standardized treatment protocol using selective postoperative radiation in patients with clinical stage I adenocarcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 1995.(57:138)
- 10)*Fanning J ,et al*. Prospective evaluation of the morbidity of complete lymphadenectomy in endometrial cancer.*Int J Gynecol Cancer* 1998.(8:270)
- 11)*Farias – Eisner R, Nieberg RK, Berek JS*. Synchronous primary neoplasms of the female reproductive tract.*Gynecol Oncol* 1989.(33-355)
- 12)*Farias –Eisner R, et al*. Concervative and individualized surgery for early squamous carcinoma of the vulva :the treatment of choice for stages I and II(T1-2,NO-1, MO) disease. *Gynecol Oncol* 1994.(53:55)

- 13) **Farias –Eisner R, et al.** The influence of tumor grade, distribution and extent of carcinomatosis in minimal residual epithelial ovarian cancer after optimal primary cytoreductive surgery. *Gynecol Oncol* 1994.(55:108)
- 14) **Frank TS et al.** Sequence analysis of BRCA1 AND BRCA2: correlation of mutations with family history and ovarian cancer risk. *J Clin Oncol* 1998.(16:2417)
- 15) **Garrey, Govan, Hodge, Callander.** Μαιευτική εικονογραφημένη. Εκδόσεις CHURCHILL LIVINGSTONE . Edinburg, London, Melbourne, and New York 1991.(σελ.55:70)
- 16) **Govan/Hart/Callander.** Γυναικολογία (εικονογραφημένη). Εκδότης: Δημήτριος Γιαννακόπουλος. Αθήνα 1993.(σελ.29:54, 63:76, 233:269)
- 17) **Hirsch M, Li;ford RJ, Jarvis GJ.** Adjuvant progesterone therapy for the treatment of endometrial cancer: review and metaanalysis of published, randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996.(65:201)
- 18) **Hoskins WJ, et al.** The influence of cytoreductive surgery on recurrence-free interval and survival in small volume stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecology Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 1992.(47:159)
- 19) **Jay H. Stein.** Παθολογία. Τόμος II. Ιατρικές Εκδόσεις, ΠΧ Πασχαλίδης. Αθήνα 1993. (σελ. 29:54, 63:76,233:269)
- 20) **Jones RW, Rowan DM.** Vulvar intraepithelial neoplasia. III. A clinical study of the outcome of 113 cases with relation to the later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1994.(84:741)
- 21) **McGuire WR, et al.** Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996.(334:1)
- 22) **Mohan DS, et al.** Long term outcomes of therapeutic pelvic lymphadenectomy for stage I endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998.(70:165)
- 23) **Morris M, et al.** Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and paraaortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999.(340:1137)

- 24) *NIH Consensus Development Panel on Ovarian Cancer*. Ovarian cancer: screening, treatment and follow-up. JAMA 1995.(273:491)
- 25) *N. Παπανικολάου, Α. Παπανικολάου*. Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. παρισιανός». Αθήνα 1994. (σελ. 7:23, 242:282)
- 26) *Peters WA III, et al*. Cisplatin, 5-flourouracil, plus radiation therapy are superior to radiation therapy as adjunctive therapy in high-risk early-stage carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: report of a phase III intergroup study. Gynecol Oncol 1999.(443)
- 27) *Rhodes CA, Cummings C, Shafi MI*. The management of squamous cell vulvar cancer: a population-based retrosrective study of 411 cases. Br J Obstet Gynecol 1998.(105;200)
- 28) *Robbins, Kumar, Cotran*. Παθολογοανατομία. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός, Μαρία Παρισιανού». Αθήνα 2000.(σελ. 644:665)
- 29) *Rose PG, et al*. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. N Engl J Med 1999.(340:1144)
- 30) *Sedlis A, et al*. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage 1B carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: a Gynecologic Oncology Group Study. Gynecol Oncol 1999.(73:177)
- 31) *Stock RG, Chen ASJ, Seski j*. A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. Gynecol Oncol 1995.(56:45)

