

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

- Πρόλογος 6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1.- Ανατομία ωοθηκών	9
1.1.1.- Ωοθήκες	9
1.1.2.- Σύνδεσμοι	10
1.1.3.- Αγγεία και νεύρα	10
1.2.- Φυσιολογία ωοθηκών	10
1.2.1.- Ωρίμανση ωοθυλακίου	11
1.2.2.- Ωριμο ωοθυλάκιο	12
1.2.3.- Στάδια ωοθηκικού κύκλου	12
1.2.4.- Ωοθυλακιορρηξία	13
1.2.5.- Ωχρο σωματίο	13
1.3.- Επιδημιολογικά στοιχεία	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1.- Ιστολογική ταξινόμηση	15
2.1.1.- Επιθηλιακοί όγκοι	15
2.1.2.- Όγκοι της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των μονάδων ή μεσεγχυματικοί όγκοι	19
2.1.3.- Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα	19
2.1.4.- Γοναδοβλάστωμα	21
2.1.5.- Αταξινόμητοι όγκοι	22
2.1.6.- Μεταστατικοί όγκοι	22
2.2.- Σταδιοποίηση των κακοήθων όγκων των ωοθηκών	24
2.2.1.- Σταδιοποίηση κατά F.I.G.O.	24
2.2.2.- Σταδιοποίηση κατά T.N.M.	26
2.3.- Μετάσταση του καρκίνου των ωοθηκών	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1.- Αιτιολογία – Παράγοντες κινδύνου	30
3.1.1.- Αιτιολογία	30
3.1.2.- Παράγοντες κινδύνου	31
3.2.- Κλινική εικόνα του καρκίνου των ωοθηκών	33
3.2.1.- Κλινικά χαρακτηριστικά	33
3.2.2.- Αντικειμενικά ευρήματα	35
3.3.- Διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών	36
3.3.1.- Κλινική διάγνωση	36
3.3.2.- Διαγνωστικές εξετάσεις	37
3.3.2.1.- Γυναικολογική εξέταση	37
3.3.2.2.- Κυτταρολογική εξέταση	37
3.3.2.3.- Διαγνωστική απόξεση της μήτρας	38
3.3.2.4.- Υστεροσκόπηση – Ορθοσκόπηση	38
3.3.2.5.- Ακτινολογικός Έλεγχος	38
3.3.2.6.- Ενδοφλέβια πυελογραφία	38
3.3.2.7.- Σπινθηρογράφημα	38
3.3.2.8.- Τεχνικές απεικόνισης της πυέλου	38
3.3.2.9.- Λαπαροσκοπικός έλεγχος	39
3.3.2.10.- Εξετάσεις αίματος	39
3.3.3.- Νεοπλασματικοί δείκτες στον καρκίνο των ωοθηκών	39
3.4.- Διαφορική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1.- Θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών ανά στάδιο	43
4.2.- Χειρουργική θεραπεία	44
4.2.1.- Λαπαροτομία	45
4.2.1.1.- Δεύτερη Λαπαροτομία	45
4.3.- Χημειοθεραπεία	45
4.3.1.- Μεθοδολογία χορηγήσεως των χημειοθεραπευτικών	47
4.3.1.1.- Συστηματική χημειοθεραπεία	47
4.3.1.2.- Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία	48
4.4.- Ακτινοθεραπεία	48
4.4.1.- Τεχνικές ακτινοθεραπείας	49

4.4.1.1.- Εξωτερική ακτινοβολία	49
4.4.1.2.- Ενδοπεριτοναϊκά Ραδιοϊσότοπα	50
4.5.- Ανοσοθεραπεία	50
4.6.- Ορμονοθεραπεία	51
4.7.- Παρηγορητική θεραπεία	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1.- Παρακολούθηση μετά την θεραπεία	53
5.2.- Πρόγνωση	53

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1.- Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την χειρουργική θεραπεία	57
6.1.1.- Προεγχειρητική ψυχοκοινωνική εκτίμηση και παρεμβάσεις	57
6.1.2.- Προεγχειρητική εκπαίδευση του αρρώστου	59
6.1.3.- Προεγχειρητική παρέμβαση	62
6.2.- Διεγχειρητική παρέμβαση	64
6.3.- Μετεγχειρητική παρέμβαση	65
6.4.- Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χημειοθεραπεία	68
6.5.- Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1.- Μετεγχειρητικές επιπλοκές και νοσηλευτική παρέμβαση	73
7.2.- Επιπλοκές χημειοθεραπείας και νοσηλευτική παρέμβαση	90
7.3.- Επιπλοκές ακτινοθεραπείας και νοσηλευτική παρέμβαση	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

8.1.- Προληπτικός Έλεγχος για τον καρκίνο των ωοθηκών	101
8.1.1.- Δοκιμασίες προληπτικού ελέγχου	102
8.1.2.- Προληπτικός έλεγχος σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών	103
8.2.- Σχέση καρκίνου και διατροφής	104
8.3.- Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο	105

8.4.- Αποκατάσταση καρκινοπαθούς	106
8.5.- Ο νοσηλευτής στη φροντίδα του καρκίνου	107

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

9.1.- Πολιτική φροντίδας καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο	110
9.2.- Ηθικά και νομικά προβλήματα στη νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθών	111
9.3.- Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου	115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

10.1.- Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	116
10.1.1.- Περιστατικό Α´	118
10.1.2.- Περιστατικό Β´	126
• Επίλογος	132
• Παράρτημα	133
• Βιβλιογραφία	141

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα νεοπλασμάτα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαλήνο οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλασμάτα. Ο Johannes Muller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Όπως όλοι άλλωστε γνωρίζουμε η μέχρι σήμερα πρόοδος που επιτεύχθηκε στη μάχη κατά του καρκίνου είναι σημαντική. Νέοι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί ορίζοντες έχουν διαφανεί, φάρμακα και συνδυασμοί φαρμάκων δίνουν πραγματικά ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση ορισμένου τύπου νεοπλασιών.

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις σοβαρότερες και τις πιο πολυσυζητημένες ασθένειες στην εποχή μας. Η πιο προβληματική κακοήθεια του γεννητικού συστήματος είναι ο καρκίνος των ωοθηκών. Η δυσκολία οφείλεται στην έλλειψη κλινικών συμπτωμάτων στα αρχικά στάδια της εξέλιξης του. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μία από τις συχνότερες κακοήθειες των γυναικών και αποτελεί το 4% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασιών και αντιπροσωπεύει την τέταρτη αιτία θανάτου από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό.

Παρά τις εξελίξεις των χειρουργικών τεχνικών και της χημειοθεραπείας, δεν έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στη θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών κατά τα τελευταία 40 χρόνια, μολονότι έχει σημειωθεί αύξηση στους χρόνους επιβίωσης.

Η κατανόηση της φυσικής ιστορίας της νόσου παραμένει φτωχή, δυσκολεύοντας συνεπώς την προληπτική στρατηγική και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων μαζικού ελέγχου. Τα δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία συγκλίνουν στην άποψη ότι η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου των ωοθηκών θα συμβάλλει σημαντικά στην πρωτογενή πρόληψη.

Η ανάπτυξη της νοσηλείας του καρκίνου ως ειδικότητα θα βοηθήσει εντός του νοσοκομειακού χώρου και σε συγκεκριμένες προσπάθειες στην φροντίδα του καρκίνου. Η νοσηλευτική φροντίδα του καρκίνου είναι μία μοναδική νοσηλευτική ειδικότητα, η οποία δεν έχει επίσημα αναγνωρισθεί στην Ελλάδα. Αντλεί το υλικό της από μία βάση γνώσεων πλούσια σε έννοιες

φυσιολογίας, ιατρικής, ανατομίας, ψυχολογίας και φυσικά κοινωνιολογίας. Ασχολείται με μία νόσο η οποία εμφανίζεται σε ανθρώπους κάθε ηλικίας και των δύο φύλων.

Τόσο ο καρκίνος των ωθηκών όσο και γενικότερα οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν ένα επίκαιρο θέμα διερεύνησης για όλους τους επιστήμονες υγείας. Ο καρκίνος των ωθηκών αναμφίβολα παραμένει η πιο δύσκολη πρόκληση της γυναικολογικής ογκολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΩΟΘΗΚΩΝ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Στα έσω ανήκουν η ωοθήκη, ο ωαγωγός, η σάλπιγγα, και ο κόλπος και στα έξω δηλαδή το αιδοίο ανήκουν κυρίως η κλειτορίδα, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη. Ως όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων θεωρείται ο παρθενικός υμένας¹.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας χρησιμεύουν κυρίως στην παραγωγή των γεννητικών κυττάρων του θήλεος, δηλαδή των ωαρίων, στη γονιμοποίηση, στην έμμηνο ρύση, στην εγκυμοσύνη και στη διάπλαση του εμβρύου².

1.1.1. Ωοθήκες

Οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας ονομάζονται ωοθήκες. Έχουν σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο¹ και βρίσκονται στα πλάγια της πυελικής κοιλότητας². Το μήκος της είναι περί τα 3-6 cm και το πλάτος 1.5 – 3.5 cm. Εμφανίζει δύο επιφάνειες την έσω και την έξω, δύο άκρα το άνω και το κάτω και δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο. Η έσω επιφάνεια επικοινωνεί προς τον κώδωνα του ωαγωγού, ενώ η έξω προς τον έσω θυρεοειδή μυ, αγγεία και νεύρα. Το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης είναι πολύ σημαντικό διότι παριστά την πύλη της ωοθήκης, μέσω της οποίας διέρχονται και εξέρχονται τα αγγεία της ωοθήκης. Το οπίσθιο χείλος της επικοινωνεί προς τον κώδωνα της σάλπιγγας, τον ουρητήρα και την μητριαία αρτηρία. Η ωοθήκη διαμορφώνεται από την αδιαφοροποίητη γονάδα και κατέρχεται από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, εντός του ωοθηκικού βόθρου, ο οποίος σχηματίζεται από μια κατάδυση του περιτοναίου στο ύψος του έσω θυρεοειδούς μυός. Στη θέση αυτή η ωοθήκη στηρίζεται στο μεσοωοθήκιο, το οποίο σχηματίζεται από μια περιτοναϊκή πτυχή. Το μεσοωοθήκιο εκτείνεται από το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης μέχρι το οπίσθιο

πέταλο του πλατιού συνδέσμου της μήτρας. Με τον τρόπο αυτό το μεσοωθήκιο διαιρεί τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας σε δύο μέρη, το άνω ονομαζόμενο μεσοσαλπίγγιο, στο οποίο εγκαθίσταται η σάλπιγγα και το κάτω – μεσομήτριο, το οποίο επεκτείνεται προς τη μήτρα¹.

1.1.2. Σύνδεσμοι

Οι σύνδεσμοι της ωθήκης είναι ο κρεμαστήρας και ο ίδιος σύνδεσμος ή μητρωθηκικός. Ο πρώτος εκτείνεται από τη λαγόνιο περιτονία μέχρι το άνω άκρο της ωθήκης και εντός αυτού πορεύονται τα ωθηκικά αγγεία. Ο ίδιος σύνδεσμος της ωθήκης ή μητρωθηκικός εκφύεται από το πλάγιο μέρος του πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο άνω άκρο της ωθήκης.

1.1.3. Αγγεία και νεύρα

Τα αιμοφόρα αγγεία της ωθήκης είναι οι ωθηκικές αρτηρίες και οι φλέβες. Οι αρτηρίες δεξιά προέρχονται κατευθείαν από την αόρατη και αριστερά από την νεφρική αρτηρία. Οι φλέβες εκβάλλουν δεξιά στην κάτω κοίλη φλέβα και αριστερά στην νεφρική φλέβα. Στην αιμάτωση της ωθήκης συντελεί και ο ωθηκικός κλάδος της μητριάς αρτηρίας, ο οποίος αναστομώνεται με τους κλάδους των σπερματικών. Τα λεμφαγγεία της ωθήκης καταλήγουν στα οσφυϊκά λεμφογάγγλια. Η ωθήκη νευρώνεται από τα γεννητικά γάγγλια, τα οποία βρίσκονται παραπλευρώς της κοιλιακής αορτής και εισέρχονται στην ωθήκη επίσης μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου μαζί με τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία. Μερικοί τέλος νερικοί κλάδοι ενώνονται με το τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauser¹.

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΩΘΗΚΩΝ

Όσα συμβαίνουν στις ωθήκες από τη μία εμμηνορρυσία ως την άλλη, δηλαδή στη διάρκεια ενός γεννητικού κύκλου, αναφέρονται ως ωθηκικός κύκλος. Αυτός κρατάει 28 μέρες με αποκλίσεις 21-34 ημέρες.

Στον ωθηκικό κύκλο ανήκει η ωρίμανση του άωρου ωθυλακίου, η ωθυλακιορρηξία και ο σχηματισμός ωχρού σωματίου³.

1.2.1. Ωρίμανση ωοθηλακίου

Μετά τη γέννηση της γυναίκας, ο αριθμός των ωοθυλακίων της φτάνει τα 2.000.000 και όταν φτάσει στην ήβη, τις 300.000. Αυτά τα ωοθυλάκια θα αποτελέσουν το απόθεμα από το οποίο θα προσέλθουν τα ώριμα ωοθυλάκια. Ο αριθμός των ωοθυλακίων, που ωριμάζουν στη διάρκεια της γενετησιακής ηλικίας της γυναίκας, είναι σταθερός.

Η πορεία ενός άωρου ωοθυλακίου στην ωρίμανση του σε τέλειο ωοθυλάκιο είναι η έξης : Τα ωάρια αποκτούν ένα στίχο κοκκιωδών κυττάρων γύρω από αυτά και γίνονται αρχέγονα ωοθυλάκια. Αυτά άγνωστο γιατί, απωθούνται από την περιφέρεια της ωοθήκης, που βρίσκονται, μέσα στο στρώμα της.

Τα αρχέγονα ωοθυλάκια μεγαλώνουν και μαζί τους και το ωάριο. που περικλείουν, και αποκτάνε περισσότερους στίχους κοκκιωδών κυττάρων. Τότε γίνονται πρωτογενή ωοθυλάκια.

Τα πρωτογενή ωοθυλάκια μεγαλώνουν και από 125 μ διάμετρο φτάνουν τα 200 μ περίπου. Στη διάρκεια αυτή εμφανίζουν ειδικούς υποδοχείς για την ωοθυλακιότροπο ορμόνη, τις οιστρογόνες ορμόνες και την τεστοστερόνη.

Τα πρωτογενή ωοθυλάκια αναπτύσσονται στην επιφάνεια του φλοιού, αλλά, όταν φτάσουν σε μέγεθος 150-200 μ, κατεβαίνουν βαθύτερα προς τη μυελώδη ουσία της ωοθήκης, όπου υπάρχει καλύτερη αγγείωση. Εκεί, δημιουργούν γύρω τους την εσωτερική θήκη, δηλαδή ιστό από αγγειοβριθές δίκτυο, κύτταρα και συνδετικό υπόστρωμα. Επίσης, με τη μετακίνηση των κοκκιωδών κυττάρων στην περιφέρεια του ωοθυλακίου σχηματίζουν μικρή κοιλότητα, που λέγεται ωοθυλακική ή άντρο. Μέσα στην κοιλότητα αυτή υπάρχει υγρό, το ωοθυλακικό υγρό. Τότε, τα πρωτογενή ωοθυλάκια γίνονται δευτερογενή ωοθυλάκια.

Τα δευτερογενή ωοθυλάκια, κάτω από την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης, μεγαλώνουν την ωοθυλακική τους κοιλότητα, και ωριμάζουν τα μορφολογικά τους στοιχεία. Τότε τα δευτερογενή ωοθυλάκια γίνονται ώριμα ωοθυλάκια ή γραφιανά (από τον Graaf, που πρώτος τα παρατήρησε)³.

1.2.2. Ωριμο ωοθηλάκιο

Κάθε ώριμο ωοθυλάκιο αποτελείται από τα έξω προς τα μέσα.

Εξωτερική θήκη. Αυτή αποτελεί ινώδη στιβάδα που παραμένει αδιάφορη στα ορμονικά ερεθίσματα, εκτός από παθολογικές καταστάσεις.

Εσωτερική θήκη. Αυτή βρίσκεται εσωτερικά της πρώτης και αποτελείται από κύτταρα και αγγεία.

Κοκκιώδης στιβάδα. Αυτή βρίσκεται εσωτερικά της εσωτερικής θήκης και αποτελείται από πολλούς στίχους κυττάρων, που εμφανίζουν άφθονες μιτώσεις.

Ωοθυλακική κοιλότητα ή άντρο. Αυτή βρίσκεται στο κέντρο του ωοθυλακίου και περιέχει το ωοθυλακικό υγρό. Το ωοθυλακικό υγρό αυξάνεται όσο προχωρεί η ωρίμανση του ωοθυλακίου και περιέχει ότι και το πλάσμα του αίματος.

Ωάριο ή ωοκύτταρο. Με την ωρίμανση του ωοθυλακίου ωριμάζει και το ωάριο και είναι έτοιμο να ελευθερωθεί, όταν συμβεί ωοθυλακιορρηξία³.

1.2.3. Στάδια ωοθηκικού κύκλου

Στο πρώτο στάδιο, που αρχίζει τη 2^η και τελειώνει την 6^η ημέρα του ωοθηκικού κύκλου, αρχίζει η ανάπτυξη του ωοθυλακίου και η προοδευτική αύξηση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης. Μαζί με την έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης αρχίζει και η έκκριση της ωχρινοτρόπου. Και οι δύο μαζί δρουν σε ορισμένο αριθμό ωοθυλακίων από αυτά που αναπτύσσονται.

Στο δεύτερο στάδιο, που αρχίζει από την 7^η και τελειώνει την 10^η ημέρα του ωοθηκικού κύκλου, το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται όλο και περισσότερο κάτω από την επίδραση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης. Όσο προχωρεί η ανάπτυξη του, τόσο περισσότεροι υποδοχείς για τις γοναδοτρόπες ορμόνες δημιουργούνται. Στην προοδευτική ωρίμανση του ωοθυλακίου δημιουργείται το πρώτο πολικό σωματίο, διαγράφεται καλύτερα η εσωτερική και η εξωτερική θήκη του ωοθυλακίου, εμφανίζεται το άντρο και το ωοθυλακικό υγρό μέσα σ' αυτό, υπερπλάσσονται τα κύτταρα της κοκκιώδους

στιβάδας και σχηματίζονται ο ωφόρος δίσκος, ο ακτινωτός στέφανος και η διαφανής ζώνη.

Στο τρίτο στάδιο, που αρχίζει τη 10^η και τελειώνει τη 14^η ημέρα του ωθηκικού κύκλου, αυξάνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών και ελαττώνονται τα επίπεδα της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης. Το ωοθυλάκιο από 8 χιλ. φτάνει τα 12-15 χιλ. και σχηματίζει στην επιφάνεια της ωοθήκης έπαρμα, το στίγμα. Η κοκκιώδης στιβάδα απωθείται στην περιφέρεια, συμβαίνει δεύτερη μειωτική διαίρεση του ωαρίου και αποβολή του δεύτερου πολικού σωματίου, λεπταίνεται η εσωτερική θήκη, αποσπάται το ωάριο μαζί με τον ακτινωτό του στέφανο από την κοκκιώδη στιβάδα και κολυμπάει μέσα στο ωοθυλακικό υγρό, έτοιμο να βγει μόλις συμβεί η ωοθυλακιορρηξία³.

1.2.4 Ωοθηλακιορρηξία

Στη μέση του ωθηκικού κύκλου και στο σημείο της επιφάνειας της ωοθήκης, που υπάρχει το στίγμα, το ωοθυλάκιο σπάζει και απελευθερώνεται το ωάριο μαζί με 3.000-4.000 κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας. Αν δεν συμβεί ωοθυλακιορρηξία σ' ένα ωοθηκικό κύκλο, τότε ο κύκλος λέγεται ανωοθυλακιορρηκτικός ή μονοφασικός, γιατί δεν ακολουθεί τη δεύτερη φάση.

Τα ωοθυλάκια, που ξεκινάνε να ωριμάσουν φτάνουν τα έξι ή περισσότερα, αλλά ένα μόνο θα φτάσει σε ωοθυλακιορρηξία. Τα υπόλοιπα, σε κάποιο στάδιο της ωρίμανσης τους θα σταματήσουν τη διεργασία τους. Αυτά τα ωοθυλάκια τα λέμε άτρητα³.

1.2.5. Ωχρο σωματίο

Ύστερα από την ωοθυλακιορρηξία και την απελευθέρωση του ωαρίου, τα τοιχώματα του αδειανού ωοθυλακίου συμπιπτουν. Στο σημείο της ρήξης συμβαίνει μικρή αιμορραγία και σχηματίζεται το ερυθρό σωματίο.

Το ωχρο σωματίο έχει κιτρινωπό χρώμα, τα κύτταρα του μοιάζουν με τα κύτταρα της φλοιώδους ουσίας των επινεφριδίων, διακρίνεται με γυμνό μάτι και παράγει προγεστερόνη ή ωχρίνη, οιστρογόνες ορμόνες και ανδρογόνες ορμόνες.

Αν δεν συμβεί γονιμοποίηση, το ωχρό σωμάτιο καταστρέφεται. Δηλαδή, τα κύτταρα του παθαίνουν λιποειδική εκφύλιση και ατροφία και το μετατρέπουν σε λευκό σωμάτιο.

Αν συμβεί εγκυμοσύνη, η ωχρινολυτική διαδικασία αναστέλλεται από την έκκριση της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης από την 9^η ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία³.

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

Το μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου των ωοθηκών αποτελούν οι επιθηλιακοί καρκίνοι⁴ οι οποίοι είναι σπάνιοι πριν την έναρξη της εμμηνορρυσίας⁵, ενώ τα νεοπλάσματα από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα καθώς και του στρώματος και της γεννητικής ταινίας είναι σπάνια⁴, και παρατηρούνται συχνότερα σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες⁵.

Ο καρκίνος αυτός έχει τη μεγαλύτερη θνητότητα μεταξύ των γυναικολογικών καρκίνων, γεγονός το οποίο αποδίδεται στο ότι η διάγνωση γίνεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Ο καρκίνος των ωοθηκών εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες 45-64 ετών, λευκής φυλής κατοίκους της Βορειοδυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, όπου οι προτυπωμένοι για την ηλικία δείκτες κυμαίνονται από 8-15 ανά 100.000 σε αντίθεση με δείκτες της τάξης του 2-5 ανά 100.000 στον κινέζικο και γιαπωνέζικο πληθυσμό.

Η θνησιμότητα από καρκίνο της ωοθήκης στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά παρουσιάζει μια αυξητική πορεία διαχρονικά με ρυθμό αύξησης περίπου 2% ανά έτος ενώ είναι συχνότερη στις αστικές περιοχές σε σύγκριση με τις αγροτικές⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ωοθήκη είναι η μοναδική ως προς την έκταση και την ποικιλία των όγκων, που αναπτύσσονται από την ίδια, αλλά και ως προς το μεγάλο αριθμό των κακοηθών όγκων που μεθίστανται από άλλες πρωτοπαθείς εστίες⁶.

Η κατάταξη γίνεται σύμφωνα με τον ιστολογικό χαρακτήρα του ιστού που προέχει στον όγκο. Επομένως, η κατάταξη γίνεται ευκολότερη όταν τα τμήματα του όγκου είναι μεγάλα. Δυσκολίες ανακύπτουν σε μικτές μορφές όγκων ή σε βιοψίες ανεγχειρήτων περιπτώσεων, όταν το τμήμα του όγκου που αφαιρείται είναι μικρό.

Μεταξύ των καλοηθών όγκων και των διηθητικών καρκίνων διαχωρίζεται, τα τελευταία χρόνια, μια ενδιάμεση ομάδα, που χαρακτηρίζεται από κυτταρική ατυπία, αυξημένο ποσοστό μιτώσεων, χωρίς όμως διηθητική τάση στο στρώμα. Η ομάδα χαρακτηρίζεται ως « χαμηλής κακοήθειας » (= Χ.Κ.) (Low Malignant Potential). Οι όγκοι αυτοί έχουν σαφώς καλύτερη πρόγνωση και ο χαρακτήρας της χαμηλής κακοήθειας διατηρείται ακόμη και με την πάροδο πολλών ετών.

Στις δυτικές βιομηχανικές χώρες το 80-90% όλων των ωοθηκικών νεοπλασιών είναι επιθηλιακού τύπου και υποκαθιστούν ουσιαστικά τον όρο « καρκίνος της ωοθήκης ». οι κακοήθεις νεοπλασίες εκ του στρώματος αποτελούν το 2-8% και οι κακοήθεις όγκοι των γεννητικών κυττάρων το 2-6% όλων των καρκίνων της ωοθήκης. Ο επιθηλιακός καρκίνος εμφανίζεται σε προχωρημένη ηλικία, ενώ ο καρκίνος των γεννητικών κυττάρων προτιμά τις νεαρές ηλικίες⁷.

2.1.1. Επιθηλιακοί όγκοι

1. Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Το ορώδες θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα είναι ο συνηθέστερος κακοήθης επιθηλιακός όγκος, δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει το 50% όλων των επιθηλιακών καρκίνων της ωοθήκης. Αντιπροσωπεύει επίσης το 45% όλων των κακοηθών ωοθηκικών

όγκων. Προέρχεται από το ορώδες θηλώδες κυσταδένωμα, το οποίο υφίσταται κακοήγη εξαλλαγή στο 15% περίπου των περιπτώσεων, αλλά μπορεί να είναι κακόηθες από την αρχή.

Μακροσκοπικά εμφανίζεται ως κυστικός και πολύχωρος όγκος, με ορισμένες συμπαγείς περιοχές. Η διάμετρός του υπερβαίνει τα 15εκ. στο 50% των περιπτώσεων. Το κυστικό περιεχόμενό του είναι συνήθως θολερό ή αιματηρό. Είναι αμφοτερόπλευρος στο 30% των περιπτώσεων στο στάδιο I και στο 50% των περιπτώσεων σε προχωρημένα στάδια.

Ιστολογικά τα κυσταδενοκαρκινώματα είναι πάντοτε του θηλώδους τύπου. Ο όγκος χαρακτηρίζεται από την ταχεία ανάπτυξη και την πρώιμη περιτοναϊκή διασπορά. Επεκτείνεται προς την πύελο και τα γεννητικά όργανα και στη συνέχεια εμφυτεύεται στο περιτόναιο της ευρύτερης περιτοναϊκής κοιλότητας, προκαλώντας ασκίτη, συχνά αιματηρό^{6,7,8}.

2. Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Το βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 15% όλων των κακοηθών επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Προέρχεται από το βλεννώδες κυσταδένωμα, το οποίο υφίσταται κακοήγη εξαλλαγή στο 5-10% περίπου των περιπτώσεων, σε μικρότερη δηλαδή αναλογία ως προς το ορώδες κυσταδένωμα.

Μακροσκοπικά, τα βλεννώδη κυσταδενοκαρκινώματα είναι κυστικά και πολύχωρα, με ορισμένες συμπαγείς περιοχές. Το κυστικό περιεχόμενο ποικίλει στη σύσταση μεταξύ υδαρούς και ζελατινώδους. Είναι συνήθως μεγαλύτερα από τους ορώδεις όγκους και σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν διάμετρο μέχρι και τα 50 εκατοστά, είναι δε αμφοτερόπλευρα σε λιγότερο από 25% των περιπτώσεων.

Μικροσκοπικά, το νεοπλασματικό επιθήλιο μοιάζει με το επιθήλιο του παχέος εντέρου, ή σπανιότερα του ενδοτραχήλου, και μπορεί εύκολα να εκληφθεί ως καρκίνωμα του παχέος εντέρου. Η κακοήθεια δεν αφορά στο σύνολο του όγκου, επειδή ένα μέρος του μπορεί να είναι κακόηθες και το άλλο καλοήθες. Κατά τη διατομή της κακοήθους κύστης διαπιστώνεται συνήθως η παρουσία του αδενοκαρκινώματος σε μια περιοχή με μορφή συμπαγούς λευκωπής μάζας.

Ο όγκος διηθεί την κάψα και στη συνέχεια διασπείρεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, αλλά επεκτείνεται και μέσω των λεμφικών αγγείων^{6,7,8}.

3. Ενδομητριοειδές καρκίνωμα (endometrioid carcinoma). Ο όρος « ενδομητριοειδές καρκίνωμα » αναφέρεται στον καρκίνο της ωοθήκης, που χαρακτηρίζεται από αδενωματώδη δομή του καρκινικού επιθηλίου. Ο όγκος αντιπροσωπεύει το 10-15% όλων των κακοηθών επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Αναπτύσσεται πρωτοπαθώς στις ωοθήκες, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί και πάνω σε εστίες ωοθηκικής ενδομήτρωσης ή σε ενδομητρίωμα, στο 30% των περιπτώσεων. Είναι συνήθως ετερόπλευρος (10% αμφοτερόπλευρος), επεκτείνεται τοπικά και εμφανίζει καθυστερημένη ενδοπεριτοναϊκή διασπορά.

Μακροσκοπικά είναι συνήθως κυστικός με σοκολατοειδές περιεχόμενο, αλλά συχνά εμφανίζει στερεά στοιχεία, που γεμίζουν μερικώς την κοιλότητα.

Μικροσκοπικά, το νεοπλασματικό επιθήλιο μοιάζει με το επιθήλιο του τυπικού αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου και μπορεί κατά συνέπεια να προσλάβει τη μορφή καλώς διαφοροποιημένου αδενοκαρκινώματος, αδενοακανθώματος ή καρκινώματος από διαυγή κύτταρα. Μπορεί να συνυπάρχει με το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου, στο 20% των περιπτώσεων, αλλά στην περίπτωση αυτή οι δύο όγκοι θεωρούνται ως πρωτοπαθείς μάλλον όγκοι παρά ως μεταστατικοί.^{6,7,8}

4. Καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα ή μεσονεφροειδές καρκίνωμα (clear cell carcinoma). Το καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα αντιπροσωπεύει το 5% όλων των κακοηθών επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης και συμπεριφέρεται όπως οποιοσδήποτε συμπαγής καρκίνος, αλλά είναι αμφίβολο εάν υπάρχει ως ξεχωριστή οντότητα. Διαυγή κύτταρα μπορεί να βρεθούν σε οποιοδήποτε ωοθηκικό καρκίνωμα, όπως π.χ. υπάρχουν όγκοι με διαυγή κύτταρα που θυμίζουν κύτταρα νεφρικού όγκου (μεσονέφρωμα). Συνδέεται με την ενδομητρίωση στο 50% των περιπτώσεων.

Μακροσκοπικά, αποτελείται από ένα μίγμα κυστικών και συμπαγών περιοχών, όπως τα περισσότερα ωοθηκικά νεοπλάσματα, και η εξωτερική του επιφάνεια είναι ομαλή.

Μικροσκοπικά, τα κύτταρα του νεοπλασματικού επιθηλίου μοιάζουν με κύτταρα μεσονεφρικής προέλευσης, είναι διαυγή γεμάτα γλυκογόνο και διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς παρόμοιους με τα νεφρικά σπειράματα. Συχνά το νεοπλασματικό επιθήλιο είναι αναμιγμένο και με

στοιχεία άλλων επιθηλιακών όγκων, κυρίως ενδομητριοειδούς και ορώδους καρκινώματος.

Ο όγκος είναι αμφοτερόπλευρος στο 40% των περιπτώσεων, επεκτείνεται τοπικά και αναπτύσσει καθυστερημένη περιτοναϊκή διασπορά. Έχει χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άλλους επιθηλιακούς καρκίνους των ωοθηκών.^{6,7,8}

5. Όγκος του Brenner. Ο όγκος του Brenner είναι μικρός και συμπαγής όγκος, που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 χρονών. Είναι καλοήθης και σπανίως κακοήθης όγκος (σε λιγότερο από 2% των περιπτώσεων). Ο κακοήθης όγκος του Brenner είναι εξαιρετικά σπάνιος και αντιπροσωπεύει μόλις το 0.1% όλων των κακοηθών επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Πιθανολογείται ότι προέρχεται από τα επιθηλιακά υπόλοιπα, που βρίσκονται φυσιολογικά στην επιφάνεια της ωοθήκης.

Μακροσκοπικά, η επιφάνεια τομής των όγκων αυτών θυμίζει ίνωμα της ωοθήκης, αλλά εμφανίζει περισσότερο κιτρινωπή απόχρωση. Οι όγκοι είναι συμπαγείς και μερικώς κυστικοί. Το κυστικό στοιχείο περιέχει συνήθως πολυποειδείς μάζες.

Μικροσκοπικά, ο όγκος αποτελείται από άφθονο ινώδη ιστό.^{6,7,8}

6. Μικτοί επιθηλιακοί όγκοι. Αντιπροσωπεύουν το 10% όλων των ωοθηκικών όγκων. Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό της ιστολογικής διαφοροποίησης.^{6,7,8}

7. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα. Είναι ένα συμπαγές καρκίνωμα της ωοθήκης (solid carcinoma), που αντιπροσωπεύει το 10% του πρωτοπαθούς καρκινώματος. Είναι συνήθως αμφοτερόπλευρο, αν και ο όγκος είναι συνήθως μεγαλύτερος στη μια πλευρά σε σχέση με την άλλη. Στην αρχή, διατηρείται το σχήμα της ωοθήκης, αλλά σύντομα ο όγκος καθλώνεται, εμφανίζοντας δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο στομάχι και αναπτύσσεται ασκίτης. Είναι ένα πολύ επιθετικό καρκίνωμα με πολύ φτωχή πρόγνωση.

Μικροσκοπικά, μπορεί να έχει τη μορφή αδenoκαρκινώματος, αλλά συνηθέστερα αποτελείται από αναπλαστικά (αδιαφοροποίητα) κύτταρα μέσα σε ινώδες στρώμα.^{6,7,8}

8. Οριακής κακοήθειας επιθηλιακοί όγκοι (Border – line tumors). Οι όγκοι αυτοί είναι ιστολογικά οροθηλώδους ή βλεννώδους τύπου. Χαρακτηρίζονται από κυτταροβρίθεια, χωρίς στρωματική διήθηση.^{6,7,8}

9. Ενδοπεριτοναϊκό μυλλέριο αδενοκαρκίνωμα. Ιστολογικά μοιάζει με το ωθηκικό καρκίνωμα, και μάλιστα το ορώδες, αλλά προέρχεται από τις περιτοναϊκές επιφάνειες και όχι από την ωθήκη. Για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει οι ωθήκες, το ενδομήτριο και οι σάλπιγγες να είναι φυσιολογικά. Έχει την ίδια πρόγνωση με τους ωθηκικούς επιθηλιακούς καρκίνους.^{6,7,8}

2.1.2. Ογκοί της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων ή μεσεγχυματικοί όγκοι.

1. Κοκκιοκυτταρικοί όγκοι (granulose cell tumors).

Αναπτύσσονται συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση, αλλά κι κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ή και της παιδικής ηλικίας. Είναι οι συνηθέστεροι από τους ορμονοπαραγωγούς όγκους, με συχνότητα περίπου 3% στο σύνολο των συμπαγών ωθηκικών όγκων.

Ιστολογικά, αποτελούνται από κυβοειδή ή στρογγυλά κύτταρα με λίγο κυτταρόπλασμα και υπερχρωματικούς πυρήνες σε σχήμα καρπών καφέ.

Μακροσκοπικά, εμφανίζονται ως συμπαγείς όγκοι με κίτρινο προς γκριζοκίτρινο χρώμα, ετερόπλευροι, σπανίως μεγάλοι και συνήθως καλοήθεις. Κακοήθεια εμφανίζεται σε αναλογία 25% περίπου των όγκων.^{6,7,8}

2. Ανδροβλάστωμα ή αρρενοβλάστωμα (Sertoli cell tumor, Sertoli – Leydig cell tumor). Το ανδροβλάστωμα είναι πολύ σπάνιος όγκος, που εμφανίζεται σε αναλογία μικρότερη από 1% στο σύνολο των πρωτοπαθών ωθηκικών όγκων. Αναπτύσσεται σε νέες γυναίκες μεταξύ 20 και 30 χρονών και εκκρίνει τεστοστερόνη σε ποσότητες επαρκείς για να επιφέρουν αρρενοποιητικές αλλαγές, όπως αμηνόρροια, ανδρικού τύπου υπερτρίχωση, παλινδρόμηση της ανάπτυξης των μαστών και μεγέθυνση της κλειτορίδας. Το ανδροβλάστωμα είναι μικρός συμπαγής όγκος, και μπορεί να περιέχει σχηματισμούς όμοιους με ατελή ορχικά σωληνάρια.^{6,7,8}

2.1.3. Όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα

1. Δυσγερμίνωμα ή δυσγονίωμα. Το δυσγερμίνωμα είναι σπάνιος κακοήθης όγκος των ωθηκών, αλλά και ο συχνότερος μεταξύ των όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει το 40% όλων

των καρκίνων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Είναι αμφοτερόπλευρο στο 15-30% των περιπτώσεων και παρατηρείται στο 755 των περιπτώσεων σε νέες γυναίκες, κάτω από τα 30, αλλά και σε παιδιά, ενώ είναι σπάνιο μετά τα 35.

Μακροσκοπικά, αποτελείται από ομάδες μεγάλων επιθηλιόμορφων βαθυχρωματικών κυττάρων. Επεκτείνεται όπως και οι επιθηλιακοί όγκοι, αλλά εμφανίζει μεγαλύτερη τάση λεμφογενούς διασποράς. Αναπτύσσεται μετά από πολλά χρόνια υποτροπές σε απομακρυσμένες περιοχές, όπως στους πνεύμονες, στο συκώτι και στον εγκέφαλο, αλλά και στους μεσοθωράκιους και υπερκλειδίους λεμφαδένες^{6,7,8}

2. Όγκοι λεκιθικού ασκού (endobermal sinus tumors). Οι όγκοι του λεκιθικού ασκού είναι εξαιρετικά κακοήθεις όγκοι, που αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά σε νέες γυναίκες με μέση ηλικία κατά τη διάγνωση τα 20 χρόνια.

Η πρόγνωση σε ασθενείς με όγκο του λεκιθικού ασκού είναι εξαιρετικά φτωχή. Χωρίς θεραπεία, οι περισσότερες άρρωστες πεθαίνουν το πολύ σε δύο χρόνια^{6,7,8}.

3.Εμβρυικό καρκίνωμα (embryonal carcinoma). Το εμβρυικό καρκίνωμα είναι υψηλής κακοήθειας ωθητικός όγκος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι τα 15 χρόνια. Οι άρρωστες με εμβρυικό καρκίνωμα συχνά εμφανίζονται με αμφίφυλη πρόωμη ήβη ή άλλες ορμονικές διαταραχές.

Μικροσκοπικά, οι όγκοι αυτοί αποτελούνται από εμβρυικά στοιχεία με επιθηλιακή εμφάνιση. Η πρόγνωση είναι όπως και στους όγκους του λεκιθικού ασκού εξαιρετικά φτωχή^{6,7,8}.

4. Πολυεμβρύωμα (polembryoma). Είναι εξαιρετικά σπάνιος όγκος και εμφανίζεται σε πολύ νέα κορίτσια, κατά την προεφηβική ηλικία. Η πρόγνωση είναι κάπως ευνοϊκή σε εντατική θεραπεία^{6,7,8}.

5.Ωθητικό χοριοκαρκίνωμα (extraembryonal cell tumor). Το αμιγές ωθητικό χοριοκαρκίνωμα είναι εξαιρετικά σπάνιο και αναπτύσσεται μόνο στην προεφηβική ηλικία. Συχνά συνδιάζεται με αμφίφυλη πρόωρη εφηβεία και, σε αντιδιαστολή προς το χοριοκαρκίνωμα της εγκυμοσύνης. Έχει την τάση αιματογενούς διασποράς σε απομακρυσμένα παρεγχυματώδη όργανα και εμφανίζει γενικά φτωχή πρόγνωση^{6,7,8}.

6.Τερατώματα i)Τα *ανώριμα τερατώματα* είναι σπάνιοι υψηλής κακοήθειας όγκοι, που αναπτύσσονται σε πολύ νεότερες γυναίκες, σε σχέση με τη δερμοειδή κύστη, και συχνά κατά την παιδική ηλικία. Αυξάνουν με ταχύ ρυθμό, για να σχηματίσουν μια μεγάλη συμπαγή μάζα, διαμέτρου 18-20 εκατοστών, με πολλούς κυστικούς χώρους. Αντιπροσωπεύουν το 20% των κακοήθων όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και έρχονται τρίτα στη σειρά μεταξύ των όγκων αυτών. Το συνηθέστερο κακόηθες στοιχείο τους είναι ο νευρικός ιστός, αλλά μπορεί να βρεθεί και μεσέγγυμα, χόνδρος και μη νευρικά επιθήλια, όπως αναπνευστικό και εντερικό επιθήλιο.

ii)Στα *ώριμα συμπαγή τερατώματα* ο ένας τύπος ιστού μπορεί να αναπτυχθεί περισσότερο και να επισκιάσει τους άλλους.

iii)Στα *ώριμα κυστικά τερατώματα* (δερμοειδής κύστη) κακοήθης εξαλλαγή επέρχεται σε αναλογία περίπου 1%, κυρίως (στο 85% περίπου των περιπτώσεων) σε γυναίκες με ηλικία μεγαλύτερη των 40 χρόνων. Τα καλοήθη τερατώματα με κακοήθη στοιχεία έχουν διάμετρο συνήθως μεγαλύτερη των 10 εκ. Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος είναι το καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα και το καρκινοειδές^{6,7,8}.

7.Μικτές μορφές καρκινώματος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Οι μικτές μορφές αντιπροσωπεύουν το 10-15% όλων των καρκίνων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και περιέχουν περισσότερα από ένα στοιχεία των νεοπλασματικών τύπων. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως συναποτελούνται από δυσγερμίνωμα ή ανώριμα τερατώματα, ανάμικτα με όγκους του λεκιθικού ασκού.

Η πρόγνωσή τους εξαρτάται από το στάδιο και τον τύπο του κακοήθους στοιχείου του όγκου^{6,7,8}.

2.1.4. Γοναδοβλάστωμα.

Εμφανίζεται ως αμιγές γοναδοβλάστωμα ή ως μικτό με δυσγερμίνωμα (germ cell tumor) ή άλλες μορφές όγκου από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, όπως οι κοκκιοστρωματικοί και τα ανδροβλαστώματα. Τα γοναδοβλαστώματα αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά σε άρρωστες με δυσγενετικές ωοθήκες.

Μικροσκοπικά, αποτελούνται από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και κύτταρα του στρώματος της γεννητικής ταινίας.

2.1.5. Αταξινόμητοι όγκοι

Αποτελούν το 10% των όγκων του στρώματος και χαρακτηρίζονται από την έλλειψη σαφούς διαφοροποίησης προς τον ανδρικό ή γυναικείο κυτταρικό τύπο. Είναι οι πιο κακοήθεις όγκοι του στρώματος της ωοθήκης⁷.

2.1.6.Μεταστατικοί όγκοι(δευτεροπαθείς)

Από τα κακοήθη νεοπλάσματα της ωοθήκης, 80% είναι πρωτοπαθείς όγκοι των ωοθηκών και μόλις 20% μεταστατικοί.

Ως προς τους μεταστατικούς όγκους, αναφέρεται ότι σχεδόν όλοι οι τύποι των καρκίνων μπορούν να εμφανίσουν μεταστάσεις στην ωοθήκη. Οι περισσότεροι κοινοί τύποι προέρχονται από το γαστρεντερικό σύστημα, τους μαστούς και τα ενδοπυελικά όργανα, ενώ λιγότερο συχνές πηγές μεταστάσεων αποτελούν το καρκινοειδές του εντέρου, το λέμφωμα και το μελάνωμα.

Ένας από τους συχνότερους μεταστατικούς όγκους των ωοθηκών είναι ο «όγκος του Krukenberg», που αναπτύσσεται σε άρρωστες με πρωτοπαθές καρκίνωμα του στομάχου.

Μακροσκοπικά, οι όγκοι του Krukenberg είναι συμπαγείς και έχουν την τάση να διατηρούν το αρχικό περίγραμμα της ωοθήκης, έτσι που το σχήμα τους γίνεται ωοειδές ή νεφροειδές. Οι όγκοι αυτοί είναι αμφοτερόπλευροι στο 50% των περιπτώσεων.

Μικροσκοπικά, ο όγκος αποτελεί ένα διηθητικό βλεννώδες καρκίνωμα με φωλιές επιθηλιακών κυττάρων^{6,7,8}.

Πίνακας 1. Κατάταξη των ωοθηκών κατά Π.Ο.Υ.

1. Κοινοί πρωτοπαθείς επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών

- *Ορώδες κυσταδένωμα
- *Βλεννώδες κυσταδένωμα
- *Ενδομητριοειδές καρκίνωμα
- *Όγκοι από διαυγή κύτταρα ή μεσонеφροειδείς όγκοι
- *Όγκοι του Brenner
- *Μικτοί επιθηλιακοί όγκοι
- *Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
- *Αταξινόμητοι επιθηλιακοί όγκοι

2. Όγκοι της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων

- *Κοκκιοστρωματικοί όγκοι
- *Ανδροβλαστώματα
- *Γυναδροβλαστώματα
- *Αταξινόμητοι όγκοι

3. Όγκοι από λιποειδή κύτταρα

4. Όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα

- *Δυσγερμίνωμα
- *Όγκοι λεκιθικού ασκού
- *Εμβρυϊκό καρκίνωμα
- *Πολυεμβρύωμα
- *Χοριοκαρκίνωμα
- *Τερατώματα
- *Μικτές μορφές

5. Γοναδοβλάστωμα

6. Όγκοι μαλακών μορίων μη ειδικοί για τις ωοθήκες

7. Αταξινόμητοι όγκοι

8. Μεταστατικοί (δευτεροπαθείς) όγκοι

2.2. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

2.2.1. Σταδιοποίηση κατά F.I.G.O.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται, σε αντίθεση με τους άλλους γυναικολογικούς καρκίνους, στη διάρκεια της εγχειρητικής διερεύνησης. Για τη σταδιοποίηση χρησιμοποιείται η σχετική κατάταξη της F.I.G.O. (Διεθνής Εταιρεία Μαιευτήρων και Γυναικολόγων) και της U.I.C.C.(Διεθνής Αντικαρκινική Εταιρεία)⁶.

Στάδιο I: Ο καρκίνος περιορίζεται στη μία ή στις δύο ωοθήκες.

➤ **Ia:** Ο καρκίνος περιορίζεται στη μία ωοθήκη. Δεν υπάρχει ασκίτης ή όγκος στην επιφάνεια της ωοθήκης. Η επιφάνεια του καρκίνου δεν έχει διαρραγεί.

➤ **Iβ:** Ο καρκίνος περιορίζεται στις δύο ωοθήκες. Δεν υπάρχει ασκίτης ή όγκος στην επιφάνεια των ωοθηκών. Οι επιφάνειες των όγκων δεν έχουν διαρραγεί.

➤ **Iγ:** Ο καρκίνος βρίσκεται στο Στάδιο Ia ή Ib, ενώ παρατηρείται και ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: ύπαρξη όγκου στην επιφάνεια της μίας ή και των δύο ωοθηκών, τουλάχιστον ο ένας από τους όγκους έχει υποστεί ρήξη, ύπαρξη ασκίτη ή ανεύρεση κακοήθων κυττάρων στα περιτοναϊκά εκπλύματα.

Πενταετής επιβίωση: Επιτυγχάνεται στο 60%-100% των ασθενών και εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό και το υποστάδιο.

Στάδιο II: Ο όγκος αφορά μία ή και δύο ωοθήκες και επεκτείνεται σε άλλα όργανα της πυέλου.

➤ **Ila:** Υπάρχει επέκταση του καρκίνου ή μεταστάσεις στη μήτρα και / ή στις σάλπιγγες.

➤ **Ilb:** Υπάρχει επέκταση στην ουροδόχο κύστη ή το ορθό.

➤ **Ily:** Ο καρκίνος βρίσκεται στο Στάδιο IIa ή το Ilb, ενώ συνυπάρχει ένα ή περισσότερα από τα εξής στοιχεία: όγκος στην επιφάνεια της μίας ή και των δύο ωοθηκών, ρήξη τουλάχιστον ενός από τους όγκους, ύπαρξη κακοήθων κυττάρων στο ασκίτικό υγρό ή στα περιτοναϊκά εκπλύματα.

Πενταετής επιβίωση: Παρατηρείται στο 60% περίπου των ασθενών.

Στάδιο III: Ο όγκος αφορά μία ή και τις δύο ωθήκες, ενώ οι εμφυτεύσεις των καρκινικών κυττάρων περιορίζονται στην κοιλιακή κοιλότητα αλλά και εκτός της πύελου, ή υπάρχει καρκίνος στους πυελικούς, παρααορτικούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες.

➤ **IIIα:** Ο όγκος είναι γενικά περιορισμένος στην πύελο και οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, αλλά υπάρχει μικροσκοπικός καρκίνος στις ενδοκοιλιακές επιφάνειες, που έχει αποδειχθεί με βιοψία.

➤ **IIIβ:** Ο όγκος αφορά τη μία ή και τις δύο ωθήκες, ενώ υπάρχουν μεταστάσεις με διάμετρο μικρότερη των 2 cm στις περιτοναϊκές επιφάνειες. Οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί.

➤ **IIIγ:** Ο όγκος αφορά τη μία ή και τις δύο ωθήκες, υπάρχουν μεταστάσεις με διάμετρο μεγαλύτερη των 2 cm στην επιφάνεια της κοιλιακής κοιλότητας, ή υπάρχει καρκίνος στους πυελικούς, παρααορτικούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες.

Πενταετής επιβίωση: Επιτυγχάνεται στο 20% περίπου των περιπτώσεων.

Στάδιο IV: Ο όγκος προσβάλλει τη μία ή τις δύο ωθήκες. Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις στο ήπαρ ή στους πνεύμονες, ή υπάρχουν κακοήθη κύτταρα μέσα στο υγρό που έχει συσσωρευτεί γύρω από τους πνεύμονες.

Πενταετής επιβίωση: 10%⁹.

2.2.2. Σταδιοποίηση κατά T.N.M.

Εκτός από τη σταδιοποίηση με το σύστημα F.I.G.O. σε χρήση είναι και η σταδιοποίηση με το σύστημα T.N.M. Οι δύο σταδιοποιήσεις έχουν αντιστοιχία μεταξύ τους, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

<u>F.I.G.O.</u>	<u>T</u>	<u>N</u>	<u>M</u>
Στάδιο Ια	$T_{1\alpha}$	N_0	M_0
Ιβ	$T_{1\beta}$	N_0	M_0
Ιγ	$T_{1\gamma}$	N_0	M_0
Στάδιο ΙΙΑ	$T_{2\alpha}$	N_0	M_0
ΙΙβ	$T_{2\beta}$	N_0	M_0
ΙΙγ	$T_{2\gamma}$	N_0	M_0
Στάδιο ΙΙΙΑ	$T_{3\alpha}$	N_0	M_0
ΙΙΙβ	$T_{3\beta}$	N_0	M_0
ΙΙΙγ	$T_{3\gamma}$	N_1	M_0
	ή T_{1-3}		
Στάδιο ΙV	T_{1-3}	N_{0-1}	M_1

Επεξήγηση συμβόλων:

T_1 : Όγκος περιορισμένος στη μία ή και στις δύο ωοθήκες.

➤ $T_{1\alpha}$: Όγκος στη μία ωοθήκη, χωρίς ρήξη της κάψας, χωρίς επιφανειακή διήθηση, χωρίς μεταστατικά κύτταρα σε τυχόν υπάρχοντα ασκίτη ή κύτταρα σε περιτοναϊκή έκπλυση.

➤ $T_{1\beta}$: Όγκος και στις δύο ωοθήκες, για τις οποίες ισχύει ό,τι και για το στάδιο $T_{1\alpha}$.

➤ **T_{1γ}**: Όγκος στη μία ή και στις δύο ωοθήκες με ένα από τα ακόλουθα: ρήξη της κάψας, διήθηση επιφανείας, καρκινικά κύτταρα στο ασκитικό υγρό ή στα περιτοναϊκά εκπλύματα.

T₂: Όγκος που εντοπίζεται στη μία ή στις δύο ωοθήκες και επεκτείνεται στην πύελο.

➤ **T_{2α}**: Επέκταση ή/και εμφυτεύσεις στη μήτρα ή/και στις σάλπιγγες, χωρίς κακοήθη κύτταρα στο ασκитικό υγρό ή τα εκπλύματα.

➤ **T_{2β}**: Επέκταση σε άλλους ιστούς της πυέλου, χωρίς κακοήθη ασκίτη και χωρίς καρκινικά κύτταρα στα εκπλύματα.

➤ **T_{2γ}**: Ό,τι στο **T_{2β}** και κακοήθη κύτταρα στο ασκитικό υγρό ή στα εκπλύματα.

T₃: Όγκος στη μία ή και τις δύο ωοθήκες, μικροσκοπικές μεταστατικές διηθήσεις στο περιτόναιο εξωπυελικά ή/και περιοχική μεταστατική αδενίτιδα.

➤ **T_{3α}**: Μικροσκοπικές μεταστάσεις πέραν τις πυέλου

➤ **T_{3β}**: Μακροσκοπικές μεταστάσεις πέραν της πυέλου, μείζονος διαμέτρου έως 2 cm.

➤ **T_{3γ}**: Μακροσκοπικές μεταστάσεις πέραν της πυέλου, μείζονος διαμέτρου μεγαλύτερης των 2 cm και διήθηση λεμφαδένων.

N₀: Χωρίς μεταστατικούς επιχώριους λεμφαδένες.

N₁: Διαπιστώνεται μεταστατική αδενίτιδα.

M₀: Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M₁: Διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις.¹⁰

2.3. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

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

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

2.Ένδοκοιλιακή διαπεριτοναϊκή διασπορά. Είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς και ακολουθεί τη ροή του ενδοπεριτοναϊκού υγρού, που κινείται προς τα δεξιά. Τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται με το ορώδες ενδοπεριτοναϊκό υγρό, ιδίως μετά τη ρήξη της κάψας των όγκων, όπου και εμφυτεύονται, και από εκεί στον υποδιαφραγματικό χώρο και στην κάψα του ήπατος.

Οι κοινοί όμως επιθηλιακοί καρκίνοι των ωοθηκών επεκτείνονται όχι μόνο διαπεριτοναϊκώς αλλά και κατά μήκος της επιφάνειας των οργάνων, χωρίς να διεισδύουν συνήθως στα όργανα. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να προσβάλλουν ιστούς στην άνω κοιλία μέχρι και την κάτω επιφάνεια του δεξιού ημιδιαφράγματος.

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

4.Αιματογενής διασπορά. Ο τρόπος αυτός διασποράς γίνεται στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου προς το ήπαρ, τα οστά, τους πνεύμονες και το ΚΝΣ. Η αιματογενής διασπορά αποτελεί βαρύ προγνωστικό στοιχείο⁶.

Οι ενδοπεριτοναϊκές και οι λεμφογενείς μεταστάσεις, παρατηρούνται σε σημαντικά ποσοστά στα αρχικά στάδια της νόσου. Έτσι υποκλινικές μεταστάσεις έχουν ανευρεθεί στα στάδια I και II (πίνακας 2)⁸.

Πίνακας 2. Υποκλινικές μεταστάσεις καρκίνου ωοθηκών

	Στάδιο I	Στάδιο II
*Στους υποδιαφραγματικούς χώρους.	11%	23%
* Στο μείζον επίπλουν	–	3%
*Στους παραορτικούς λεμφαδένες	10%	13%
*Στους πνευλικούς λεμφαδένες	–	8%
*Θετικά εκπλύματα περιτοναϊκής κοιλότητας	13%	33%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.1.1. Αιτιολογία

Πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι στην αιτιολογία και στην ανάπτυξη του καρκίνου των ωθηκών παρεμβάλλονται οι στεροειδείς και πεπτιδικές ορμόνες, καθώς και οι αυξητικοί παράγοντες και οι κυτοκινάσες, ενώ οι μεταλλάξεις που υφίστανται τα ογκοκατασταλτικά γονίδια μπορούν να οδηγήσουν σε άμεση μίτωση και κατ' επέκταση στην καρκινογένεση.

Οι στεροειδείς ορμόνες συνδέονται με ειδικούς ενδοκυττάριους υποδοχείς και διεγείρουν τη μιτωτική δραστηριότητα των φυσιολογικών κυττάρων επιφανειακού επιθηλίου της ωθήκης και κατά συνέπεια προάγουν την καρκινογένεση. Ενδεικτικό, για τη σχέση των ορμονών αυτών προς τον καρκίνο των ωθηκών, είναι το γεγονός ότι ο ωθηκικός καρκίνος εμφανίζει ιστολογικά χαρακτηριστικά όμοια προς ιστούς που αποτελούν κλασικούς δέκτες της ορμονικής επίδρασης, όπως είναι το επιθήλιο της σάλπιγγας, του ενδομητρίου και του ενδοτραχήλου.

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

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

Οι κυτοκινάσες, στις οποίες περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων TNF-alpha (tumor necrosis factor), ο διεγερτικός των μακροφάγων παράγοντας M-CSF και οι ιντερλευκίνες 1 και 6, παίζουν πιθανώς σημαντικό ρόλο στην παθογένεια του ωθηθικού καρκίνου, δεδομένου ότι επιτείνουν τον πολλαπλασιασμό ορισμένων σειρών καρκινικών κυττάρων. Ορισμένες από τις κυτοκινάσες παράγονται από τα ίδια τα ωθηθικά κύτταρα.

Οι μεταλλάξεις επίσης των ογκογονιδίων και των ογκοκατασταλτικών γονιδίων παρεμβαίνουν στην καρκινογένεση με αντιγραφή παθολογικών πρωτεϊνών. Είναι γνωστό εν προκειμένω, ότι οι μεταλλάξεις έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβούν στα διαιρούμενα κύτταρα, παρά στα ήρεμα κύτταρα. Η «ακατάπαυστη» ωθηθλακιορρηξία προκαλεί επαναλαμβανόμενα μικροτραύματα στην επιφάνεια της ωθήκης, που επουλώνονται με ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου. Αυτό έχει ως συνέπεια την επαναλαμβανόμενη και ακατάπαυστη μιτωτική δραστηριότητα στα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου, που αυξάνει την πιθανότητα μεταλλάξεων. Οι μεταλλάξεις του γενετικού υλικού μπορούν να ενεργοποιήσουν τα πρωτοογκογονίδια ή να αδρανοποιήσουν τα ογκοκατασταλτικά γονίδια⁶.

3.1.2. Παράγοντες κινδύνου

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

Από σειρά μελετών αναλυτικής επιδημιολογίας αναδεικνύεται από τη συνοχή των αντίστοιχων ευρημάτων ότι η ατεκνία, η πρώιμη εμμηναρχή και αργοπορημένη εμμηνόπαυση είναι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου ωθηκών. Αντίθετα η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες ενάντια στην εμφάνιση του καρκίνου ωθηκών. Οι παρατηρήσεις αυτές τεκμηριώνουν την υπόθεση της συνεχούς ωορρηξίας ως το βασικό μηχανισμό προαγωγής της καρκινογόνου διαδικασίας με τα συνεχή τραύματα και την επούλωση της επιφάνειας της ωθήκης. Με βάση τη θεωρία αυτή κάθε μηχανισμός αναστολής της ωορρηξίας συμβάλλει στην αναστολή της καρκινογόνου διαδικασίας.

Αντίθετα κάθε μηχανισμός πρόκλησης ωθηλακιορρηξιών μπορεί να αναδειχθεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου των ωθηκών. Ενδείξεις αύξησης του κινδύνου υπάρχουν σε σειρά μελετών ασθενών-μαρτύρων στις Η.Π.Α., αλλά τόσο ειδικά μεθοδολογικά ζητήματα όσο και ο λανθάνων χρόνος ανάπτυξης του καρκίνου δεν μπορούν ακόμη να τεκμηριώσουν την πιθανή παρόλα αυτά αυτή συσχέτιση.

Η πλούσια σε ζωϊκά λίπη διατροφή παρουσιάζεται επίσης ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου των ωθηκών. Πιθανές περιβαλλοντικές εκθέσεις σε λοιμώδεις παράγοντες και χημικές καρκινογόνες ουσίες έχουν κατά καιρούς μελετηθεί. Η έκθεση σε τάλκη με προσμίξεις ινών αμιάντου θεωρείται ως ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου των ωθηκών⁴.

Μελέτη της European Familial Breast Cancer collaborating Group συνιστά έλεγχο για τις εξής ομάδες υψηλού κινδύνου:

- α. Φορείς μεταλλάξεων BRCA1, BRCA2.
- β. Μέλη οικογενειών με σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου μαστού ωθηκών.
- γ. Μέλη οικογενειών με ιστορικό μόνο καρκίνου μαστού σε νεαρή ηλικία¹¹.

3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

3.2.1. Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι νόσος με αθόρυβη έναρξη και είναι ασύνηθες να παρουσιάσει σαφή συμπτώματα κατά τα εναρκτήρια στάδια. Αυτό οφείλεται στο ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται σε ένα χώρο μεγάλων διαστάσεων (την πύελο) και η αυξανόμενη μάζα συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Επιπλέον, καρκινικά κύτταρα αποσπώνται από την πρωτοπαθή εστία και εμφυτεύονται οπουδήποτε στην περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλώντας καρκινικές εμφυτεύσεις νωρίς, κατά την διαδικασία της νόσου. Συνηθισμένα σημεία τέτοιων εμφυτεύσεων είναι το επίπλουν και οι υποδιαφραγματικές επιφάνειες. Η τάση αυτή της πρώιμης εξάπλωσης φαίνεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των όγκων παρουσιάζεται στα στάδια 3 ή 4.

Πολλές γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών, συχνά έχουν επί μήνες ιστορικό ακαθόριστου κοιλιακού πόνου, ελαττωμένη όρεξη ή ναυτία¹², ένα αίσθημα πίεσης και τάσης των κοιλιακών τοιχωμάτων και πιο σπάνια, εάν ο όγκος πάρει μεγάλες διαστάσεις, εμφανίζεται στάση στην κυκλοφορία, οίδημα στα κάτω άκρα και κίρσοειδείς ανευρίνσεις από πίεση στα λεμφοφόρα και αιμοφόρα αγγεία. Εάν πρόκειται για όγκο με ενδοκρινική λειτουργία εμφανίζονται διαταραχές της εμμήνου ρήσεως, όπως δευτεροπαθείς αμηνόρροια και ενδεχομένως διαταραχές στους δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. Μετά την εμφάνιση των παραπάνω συμπτωμάτων η παρουσία ανορεξίας, απώλεια βάρους, ασκίτη, γενικής εξασθένησης, αναιμίας και καχεξίας οδηγεί τη σκέψη προς τη γενικευμένη καρκινωμάτωση⁸.

Συχνά εξετάζονται από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι μπορεί να μην υποψιασθούν καρκίνο, με αποτέλεσμα να καθυστερήσει περαιτέρω έλεγχος. Είναι αξιοσημείωτο ότι μερικές φορές, οι όγκοι μπορεί να αποκτήσουν τεράστιες διαστάσεις πριν οι γυναίκες προσέλθουν για εξέταση. Αναπόφευκτα ο καρκίνος μεγαλώνει ή παράγει ασκίτικό υγρό σε τέτοιο σημείο ώστε να προκαλέσει σοβαρότερα συμπτώματα που υποχρεώνουν την ασθενή να πάει στο γιατρό. Μερικές φορές υπάρχει σημαντική διάταση της κοιλιάς και

η διάγνωση μπορεί να είναι εμφανής , ενώ άλλες φορές πιθανών να μην υπάρχει εμφανής ενδοκοιλιακός όγκος.

Παρόμοια συμπτώματα, σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Θα πρέπει να εγείρουν την υποψία καρκίνου των ωοθηκών και οπωσδήποτε πρέπει να γίνεται γυναικολογική εξέταση. Συχνά η τελευταία θα αποκαλύψει μάζα στο δουλάσειο χώρο η οποία μπορεί να είναι σχεδόν διαγνωστική του καρκίνου της ωοθήκης. Συχνά υπάρχει μάζα εξορμώμενη από την πύελο που συνιστά ωοθηκικό όγκο. Οι περιφερικοί λεμφαδένες συνήθως δεν είναι προσβεβλημένοι. Λόγω του ότι τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό μπορεί να προεξάρχουν, συνήθως η ασθενής επιδιώκει εξέταση από γαστρεντερολόγο ή γενικό χειρουργό και η διερεύνηση κατευθύνεται προς το γαστρεντερικό σωλήνα, ενώ μία απλή γυναικολογική εξέταση είναι αυτό που θα χρειαζόταν, για να κάνει σχεδόν βέβαιη τη διάγνωση¹².

Παρατίθεται πίνακας που αναφέρεται η συχνότητα των ωοθηκικών όγκων και τα ποσοστά κακοήθους εξαλλαγής τους (πίνακας 3).

Οξέα συμπτώματα δίνουν οι παρακάτω επιπλοκές των ωοθηκικών όγκων.

- α) Περιστροφή γύρω από το μίσχο.
- β) Ρήξη.
- γ) Αιμορραγία.
- δ) Φλεγμονή⁸.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Συχνότητα και κακοήθεια όγκων ωοθήκης

Τύπος όγκου	Ποσοστό	Αμφοτερόπλευρη εντόπιση	Συχνότητα κακοήθειας
Ορώδες κυσταδένωμα	20%	20% στις καλοήθεις μορφές 50% στις κακοήθεις μορφές	50%
Βλεννώδες κυσταδένωμα	10 – 18%	5% στις καλοήθεις μορφές 23% στις κακοήθεις μορφές	12 – 15%
Όγκος Brenner	1,7%	Πολύ σπάνια	Πολύ σπάνια
Όγκοι κοκκιώδους στιβάδας	1 – 3%	5%	10 – 30%
Θήκωμα	1 – 2 %	-	1%
Αρρενοβλάστωμα	Πολύ σπάνια	5%	20 – 25%
Δυσγερμίνωμα	Πολύ σπάνια	17%	Πάντα
Δερμοειδής κύστη	15%	25%	1 – 3 %
Κακοήθεις τεράτωμα	0,01%	-	Κακοήθεις
Ίνωμα	1 – 5%	10%	Λιγότερο από 1%
Καρκίνος ωοθηκών	15%	33%	Κακοήθεις

3.2.2 Αντικειμενικά ευρήματα

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

Στα **αρχικά στάδια** ο κατώτερος γεννητικός σωλήνας είναι συνήθως φυσιολογικός, ενώ αργότερα βρίσκεται μια εξαρτηματική μάζα με ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κακοήθειας, όπως είναι η **αμφίπλευρη εντόπιση, η καθήλωση, το ανώμαλο περίγραμμα και η σκληρή σύσταση**. Ενίοτε, μπορούν να ψηλαφηθούν **οζώδεις μάζες στο δουγλάσειο** ή στα **παραμήτρια**.

Στα **προχωρημένα στάδια**, ο ασκίτης είναι πολύ συχνό συνοδό αντικείμενο εύρημα του καρκίνου των ωοθηκών. Η μεγάλη κοιλιακή ή πυελική

μάζας χωρίς συνοδό ασκίτη δεν θεωρείται ύποπτη για κακοήθεια των ωοθηκών, αλλά συνήθως αντιπροσωπεύει πρωτοπαθή γαστρεντερικό όγκο ή καλοήγη όγκο των ωοθηκών. Σε μερικές περιπτώσεις, το κυρίαρχο σύμπτωμα της κακοήθειας είναι η **θρομβοφλεβίτιδα**, ιδίως στον όγκο από διαυγή κύτταρα, αλλά θρομβοφλεβίτιδα μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε μεγάλο όγκο που προκαλεί μερική απόφραξη της φλεβικής ροής. Στα προχωρημένα στάδια, επίσης, η άρρωση εμφανίζεται καχεκτική και με **προσωπείο χρόνιας νόσου**. Ενίοτε, μπορούν να ψηλαφηθούν **μεταστάσεις** στο επίπλου, με την μορφή των οζωδών μαζών, ή μεταστάσεις στους υπερκλειδίους ή βουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ συχνά εμφανίζεται οίδημα στα κάτω άκρα⁶.

3.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

3.3.1. Κλινική διάγνωση

Η πρώιμη κλινική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι αποτέλεσμα τύχης και όχι εφαρμογής οποιασδήποτε επιστημονικής μεθοδολογίας, επειδή ακριβώς ο καρκίνος είναι από την άποψη της κλινικής εικόνας «ύπουλος» και «σιωπηλός». Δεν είναι επομένως αδύνητες γεγονόσ, ότι η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται στα προχωρημένα στάδια του μόνον από τον ασκίτη και για το λόγο αυτό είναι ουσιαστικό να διερευνάται η νόσος σε όλες τις γυναίκες με ηλικίας μεγαλύτερη των 40 χρόνων, που έχουν ιστορικό ωοθηκικής δυσλειτουργίας και ανεξήγητων μη ειδικών γαστρεντερικών ενοχλημάτων.

Η κλινική διερεύνηση πρέπει να κατευθύνεται στις περιπτώσεις αυτές σε όλες τις περιοχές του σώματος, στις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί μεταστατική ή πρωτοπαθής νόσος. Έτσι, πρέπει να εξετάζονται:

- 1.- Η γενική εμφάνιση της άρρωστης, από την άποψη της λειτουργικής κατάστασης και της κατάστασης θρέψης.
- 2.- Οι υπερκλείδιοι και βουβωνικοί λεμφαδένες, για ενδείξεις διήθησης.
- 3.- Η πύελος, με αμφίχειρη γυναικολογική ψηλάφηση, για την αναζήτηση ωοθηκικών μαζών, κινητών ή καθηλωμένων,

4.- Η κοιλιά, για την καταγραφή διάτασης, ευαισθησία, μαζών, ανώμαλων εντερικών ήχων και ασκίτη,

5.- Τα κάτω άκρα, για ενδείξεις οιδήματος ή θρομβοφλεβίτιδας,

6.- Οι πνεύμονες, για ταχύπνοια ή αμβλύτητα κατά την επίκρουση, που είναι ενδεικτική συμπίεσης από πλευρικό εξίδρωμα και οι μαστοί, για την αναζήτηση μαζών (πιθανή ωθηκική μεταστατική νόσος).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ψηλάφηση της ωθήκης στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα δεν αποτελεί αναμενόμενο φυσιολογική εύρημα και επιβάλλει την άμεση διερεύνηση. Δεν πρέπει εξάλλου να λησμονείται πως ό,τι ερμηνεύεται ως φυσιολογική μήτρα ή φυσιολογική ωθήκη στην αναπαραγωγική ηλικία, αντιπροσωπεύει πιθανό όγκο της μήτρας ή ωθηκικό όγκο στην μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

Η οριστική διάγνωση του καρκίνου των ωθηκών βασίζεται στα ευρήματα της εγχειρητικής διερεύνησης.

3.3.2. Διαγνωστικές εξετάσεις

Η εργαστηριακή και παρακλινική συνεπώς διερεύνηση είναι απαραίτητη κυρίως για την διάγνωση, αλλά και για τον ακριβή προσδιορισμό του είδους της εγχειρητικής αγωγής.

Η έρευνα αυτή γίνεται με την εφαρμογή των παρακάτω διαγνωστικών τεχνικών:

3.3.2.1 Γυναικολογική εξέταση. Η συχνή προσεκτική ψηλάφηση των ωθηκών παραμένει, ακόμα και σήμερα, το πιο αποτελεσματικό μέσο για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου της ωθήκης. Σε γυναίκες άνω των 45 ετών, διόγκωση των ωθηκών, ψηλάφηση ογκιδίων στο δουλάσειο ή στους ιερομητρικούς συνδέσμους πρέπει πάντοτε να εγείρουν την υποψία για καρκίνο της ωθήκης.

Στις νεαρότερες ηλικίες, ακόμα και στις παιδικές, σε κάθε ωθηκική διόγκωση θα πρέπει να αποκλείεται η κακοήθεια.

3.3.2.2. Κυτταρολογική εξέταση ασκίτικού υγρού (παρακέντηση κοιλίας ή δουλασειού). Η μέθοδος έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην παρακολούθηση των αρρώστων, οι οποίες θεραπεύονται για καρκίνο των ωθηκών και οι οποίες δεν εμφανίζουν κλινική ένδειξη νόσου. Ατυχώς η μέθοδος δίνει συχνά ψευδώς αρνητικά ευρήματα και μπορεί να οδηγήσει στην

μετεμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά μήκος της διαδρομής της βελόνας, με την οποία γίνεται η παρακέντηση.

3.3.2.3. Διαγνωστική απόξεση μήτρας και ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων, όταν συνυπάρχει μητρορραγία από μετάσταση ή πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου.

3.3.2.4. Υστεροσκόπηση ή και Ορθοσκόπηση. Είναι χρήσιμες εξετάσεις για τον πληρέστερο έλεγχο περιοχών, που θεωρήθηκαν ύποπτες από την ακτινολογική εξέταση.

3.3.2.5. Ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και οστών για την αναζήτηση υγρού και μεταστάσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα ή στα οστά, καθώς και **μαστογραφία** για την αναζήτηση μεταστατικής εστίας στους μαστούς από πρωτοπαθή καρκίνο των ωοθηκών ή, αντίστροφα, πιθανής πρωτοπαθούς εστίας στους μαστούς σε περίπτωση ωοθηκικής μεταστατικής νόσου.

3.3.2.6. Ενδοφλέβια πυελογραφία και διάβαση του εντέρου. Οι εξετάσεις αυτές είναι αναγκαίες για να προσδιορισθεί η έκταση της προγραμματιζόμενης κυτταρομειωτικής εγχείρησης. Η ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί μεταξύ άλλων να καταδείξει την παρουσία έκτοπου νεφρού ή διπλού ουρητήρα.

3.3.2.7. Σπινθηρογράφημα ήπατος και οστών. Σπανίως ενδείκνυνται στην αρχική έρευνα αρρώστων με ύποπτες περιοχές ωοθηκικού καρκίνου, επειδή η νόσος δεν προσβάλλει το συκώτι και τα οστά στα αρχικά στάδια.

3.3.2.8. Τεχνικές απεικόνισης της πυέλου. (USG, CAT, & MRI.) Οι απεικονιστικές τεχνικές που περιλαμβάνουν την **υπερηχογραφία** (USG – Ultra Sono Graphy), την **αξονική τομογραφία** (CAT – Computerized Axial Tomography) και την **Μαγνητική τομογραφία** (MRI – Magnetic Resonance Imaging), έχουν καταδειχθεί χρήσιμες στην προεγχειρητική εκτίμηση των αρρώστων με ωοθηκικούς καρκίνους. Πολύ αξιόλογη μέθοδο υπερηχογραφικού ελέγχου θεωρείται τελευταία το έγχρωμο διακολλπικό Doppler, που επέχει θέση αγγειογραφίας και ωοθηκών. Όλες όμως οι τεχνικές αυτές δεν βοηθούν σημαντικά στην κατάδειξη προσβολής του εντέρου ή μικρών μεταστάσεων στο περιτόναιο, στο επίπλουον και στους λεμφαδένες. Ειδικότερα, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία είναι αξιόπιστες στην

εντόπιση ενδοπεριτοναϊκής και οπισθοπεριτοναϊκής νόσου, αλλά έχουν το βασικό μειονέκτημα ότι δεν μπορούν να εντοπίσουν λεπτές πλάκες όγκου στις περιτοναϊκές επιφάνειες και στο διάφραγμα και γενικά εστίες μικρότερες των 15 χιλιοστών.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η εγχείρηση θεωρείται αναγκαία και εκτελείται, όταν διαπιστωθεί η παρουσία μιας πυελικής μάζας, ενώ η κλινική εξέταση είναι συνήθως επαρκής για να προλεχθεί το καλοήθες ή το κακόηθες της πάθησης⁶.

3.3.2.9. Λαπαροσκοπικός έλεγχος. Η λαπαροσκόπηση χρησιμοποιείται ευρέως για να προσδιορίσει την καλοήθεια ή κακοήθεια μιας μάζας των ωοθηκών. Αυτή η πληροφορία είναι χρήσιμη για το διαχωρισμό των ασθενών και το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Βέβαια η ρήξη του όγκου μπορεί έστω και σπάνια να συμβεί από τους λαπαροσκοπικούς χειρισμούς, γεγονός που θεωρείται από πολλούς επιβαρυντικός παράγων στις περιπτώσεις κακοήθειας.

Η λαπαροσκόπηση έχει θέση στον προχωρημένο καρκίνο της ωοθήκης με σκοπό μόνο την διάγνωση και την ακριβή εκτίμηση του βαθμού μόνο την διάγνωση και την ακριβή εκτίμηση του βαθμού επέκτασης της νόσου. Έτσι διευκολύνεται το είδος της περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής (χειρουργική – χημειοθεραπεία ή συνδυασμός αυτών).

Με την λαπαροσκόπηση όμως είναι αδύνατη η ψηλάφηση των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων γεγονός που αποτελεί μειονέκτημα της μεθόδου¹³.

3.3.2.10. Εξετάσεις αίματος. Γενικές και βιοχημικές εξετάσεις και ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος³.

3.3.3. Νεοπλασματικοί δείκτες στον καρκίνο των ωοθηκών

Η δυνατότητα αναγνώρισης και ανακάλυψης μερικών νεοπλασματικών δεικτών (tumor markers) σε άρρωστες με ωοθηκικό καρκίνο έχει αποτελέσει από καιρό τη μεγάλη ελπίδα της ιατρικής επιστήμης για την διάγνωση του καρκίνου στα αρχικά του στάδια. Μέχρι σήμερα έχουν ερευνηθεί πολλοί και διαφορετικοί τύποι δυνητικών νεοπλασματικών δεικτών, με ποικίλη προέλευση

και δράση, όπως 1) τα πρωτεϊνικής σύστασης ογκοεξαρτώμενα αντιγόνα CA 125, OCAA και NB/70k, 2) τα ογκοεμβρυϊκά αντιγόνα CEA και AFP, 3) τα υδατανθρακικά παράγωγα CA 19 – 9 και CA 15 – 3, 4) οι ορμόνες hCG, AFP, ινχιμπίνη και MIS, 5) αυξητικοί παράγοντες και κυτοκινάσες, 6) ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια, 7) μεταβολίτες και ορισμένα ένζυμα, και 8) ορισμένα μονοκλωνικά αντισώματα (ανοσοσφαιρίνες), όπως το αντίσωμα OC 125 (ανοσοσφαιρίνη IgG1)⁶.

1. ΑΝΤΙΓΟΝΟ CA 125 ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Είναι πρωτεϊνικής σύστασης αντιγόνο του ορού που ανακαλύφθηκε το 1981¹². Το αντιγόνο CA 125 χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της επιδείνωσης ή της ύφεσης της καρκινικής διεργασίας, επειδή τα επίπεδά του στον ορό μεταβάλλονται ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου. Τα επίπεδα του CA 125 προσδιορίζονται στα προγράμματα προληπτικού και μετεγχειρητικού ελέγχου (screening test) με συνεχείς ανά τρίμηνο εξετάσεις και προσμετρώνται μαζί με τα αποτελέσματα της πνευλικής εξέτασης, τη διακολπική υπερηχογραφία (έγχρωμο διακολπικό Doppler) και τους μονοκλωνικούς δείκτες CA 15 – 3 ή TAG 72, 3.

Το CA 125 βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στο 85% των αρρώστων με καρκίνων των ωοθηκών.

2. ΚΑΡΚΙΝΟΕΜΒΡΥΪΚΟ ΑΝΤΙΓΟΝΟ (CEA).

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρίσκεται, εκτός από τον καρκίνο των ωοθηκών, και σε άλλους μη νεοπλασματικούς ιστούς, όπως παρατηρείται και με ορισμένους άλλους δέκτες. Τα επίπεδά του είναι αυξημένα στους καρκίνους των ωοθηκών (βλεννώδη καρκινώματα), των πνευμόνων και του παχέος εντέρου, αλλά και σε πολλές καλοήθειες καταστάσεις.

3. ΑΝΤΙΓΟΝΑ CA 19 – 9 ΚΑΙ CA 15 – 3.

Τα υδατανθρακικά παράγωγα CA 19 – 9 και CA 15 – 3 βρίσκονται στον καρκίνων των ωοθηκών (CA 19 – 9) και στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών (CA 15 – 3).

4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.

Οι ορμονικοί δείκτες AFP (α – εμβρυϊκή πρωτεΐνη), hCG, ινχιμπίνη και MIS (mullerian inhibiting substance) παράγονται από τα ίδια τα κύτταρα του νεοπλασματος, έχουν δηλαδή **καρκινική προέλευση**. Αυτό ισχύει κυρίως για ορισμένους όγκους από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, όπως είναι το χοριοκαρκίνωμα (hCG), οι όγκοι του λεκιθικού ασκού (endodermal sinus tumor) και εμβρυϊκά καρκινώματα (AFP), καθώς και για ορισμένους όγκους του στρώματος των γονάδων (ινχιμπίνη και MIS).

Οι δείκτες AFP και hCG χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της πορείας της νόσου, επειδή χαρακτηρίζονται από υψηλή εξειδίκευση.

5. ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΥΤΟΚΙΝΕΣ.

Τα καρκινικά κύτταρα παράγουν διάφορους αυξητικούς παράγοντες και κυτοκίνες, όπως τον M – CSF, τον GM – CSF, την IL – 1, τον TNF – α και την IL – 6.

Είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί ως νεοπλασματικός δείκτης, επειδή δεν είναι εύκολο να διαχωρισθεί από την IL – 6, που παράγεται από τα κύτταρα του αναστοπιακού συστήματος.

6. ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΓΟΝΙΔΙΑ.

Από τα διάφορα ογκογονίδια, το HER – 2/neu βρίσκεται αυξημένο στο 30% των κακοηθών νεοπλασμάτων της ωοθήκης και είναι ενδεικτικό κακής πρόγνωσης και φτωχής επιβίωσης. Το HER – 2/neu μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης του ωοθητικού καρκίνου. Άλλο ογκογονίδιο, που ανιχνεύεται σε ωοθηκικούς καρκίνους, είναι ο υποδοχέας c – fms του αυξητικού παράγοντα M – CSF.

Από τα κατασταλτικά των όγκων γονίδια, το p53 ανιχνεύεται (και υφίσταται μετάλλαξη) στο 30 – 50% των ωοθηκικών καρκίνων⁶.

Πίνακας 4 – Καρκινικοί δείκτες στον καρκίνων της ωοθήκης⁷

Καρκινικός δείκτης	Φυσιολογικές τιμές ng/ml	Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με καρκίνο ωοθηκών και αυξημένες τιμές καρκινικού δείκτη
Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)	2,5	Επιθηλ. Καρκ. 26% - μυξώδες καρκ. 70% - κυστικός καρκ. 35%
α – εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP)	20	Καρκ. Εκ. γεννητ. Κυττάρων (όγκοι του λεκιθικού σάκου)
Ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG)	10	Επιθηλ. Καρκ. 26% - τροφοβλαστικός όγκος 100% - καρκ. εκ γεννητ. κυττάρων 85%
Ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο (hPL)	1,5	Επιθηλ. Καρκ. 76% - Τροφοβλαστικοί όγκοι
Αντιγ. του ωοθηκ. κυσταδενοκαρκινώματος (OCAAA)	10	Επιθηλιακός καρκίνος 60%
Αντιγ. του ωοθηκ. καρκίνου (OCA)	1,8	Ορώδης καρκίνος 52%
Μονοκλωνικό αντίσωμα	20	Ορώδης καρκίνος 70%

3.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τα λειομύωματα, την εγκυμοσύνη, τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη, την εξαρτηματίτιδα, τη νεφρόπτωση κλπ. Σε ύπαρξη ασκίτη πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την πυλαία υπέρταση, τη νέφρωση, την καρδιακή ανεπάρκεια και από το σύνδρομο Meigs, από το ιστορικό της άρρωστης^{3, 14}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Η θεραπεία μπορεί ανάλογα με το στάδιο να προσδιοριστεί ως ακολούθως.

➤ **Στάδιο I :** Σε άρρωστες με καρκίνο ωοθηκών σταδίου Ia και Ib με μέτρια ή υψηλή διαφοροποίηση η νόσος θεραπεύεται με ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπιγγωοθηκεκτομή. Οι όγκοι πρέπει να εξαιρούνται ακέραιοι κατά το δυνατόν. Σε όγκους σταδίου Ia και Ib χαμηλής διαφοροποίησης χορηγούνται και κυτταροστατικά.^{6,9}

Για τους οριακούς, καλά διαφοροποιημένους όγκους (βαθμός 1) γυναικών που θέλουν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα, η θεραπεία εκλογής περιλαμβάνει την αφαίρεση της καρκινοματώδους ωοθήκης και της γειτονικής σάλπιγγας (πρέπει παρόλα αυτά να γίνεται βιοψία και της άλλης φαινομενικά υγιούς ωοθήκης), μερική αφαίρεση του επιπλόου και βιοψίες των πνευλικών και παρααορτικών λεμφαδένων.⁹

Στο στάδιο Iγ γίνεται, επιπλέον της ολικής υστερεκτομής και της αμφοτερόπλευρης σαλπιγγωοθηκεκτομής, μερική εκτομή τού επιπλόου και σκωληκοειδεκτομή και ακολουθεί θεραπεία με κυτταροστατικά.^{6,9,15}

Ακολουθεί και βιοψία των πνευλικών και παρααορτικών λεμφαδένων. Ζωτική σημασία έχει η προσεκτική έρευνα των υπόλοιπων ενδοκοιλιακών επιφανειών. Πρέπει να παίρνουμε βιοψίες από ύποπτες βλάβες και περιτοναϊκά εκπλύματα για να ελέγχουμε αν υπάρχουν κακοήθη κύτταρα.⁹

➤ **Στάδιο II :** Η εγχειρητική θεραπεία είναι όμοια με τη θεραπεία του σταδίου Iγ⁶ πάλι με βιοψία από κάθε ύποπτη λαβή και περιτοναϊκά εκπλύματα για να ελεγχθεί αν υπάρχουν κακοήθη κύτταρα.⁹

➤ **Στάδιο III και IV :** Πλήρης εξαίρεση του όγκου είναι συνήθως αδύνατη, αλλά καλό είναι να εξαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος νεοπλασματικός ιστός (κυτταρομειωτική επέμβαση). Η θεραπεία εκλογής είναι η χημειοθεραπεία. Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο στάδιο IV.^{6,9} Λαμβάνοντας επίσης βιοψίες από τους πνευλικούς και παρααορτικούς λεμφαδένες.⁹

4.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών είναι κατεξοχήν χειρουργική. Η εγχείρηση όμως αποτελεί τη βασική μέθοδο όχι μόνο για τη θεραπεία, αλλά και για την οριστική διάγνωση των ωοθηκικών όγκων. Η εγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει συντηρητικές μεθόδους, την ολική υστερεκτομή και την αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκεκτομή, καθώς και τη ριζικότερη «κυτταρομειωτική» εγχείρηση. Η επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου βασίζεται σε ορισμένες γενικότερες αρχές, η εφαρμογή των οποίων κρίνεται απαραίτητη προκειμένου η θεραπεία να αποβεί κατά το δυνατόν περισσότερο επωφελής για την άρρωση.

Όλοι οι ωοθηκικοί όγκοι που έχουν μέγεθος μεγαλύτερο των 5 εκ. πρέπει να εξαιρούνται αμέσως, λόγω του δυνητικού κακοήθειας ή επιπλοκών. ανεξάρτητα από τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης και το στάδιο της νόσου.⁶

Σε γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου όγκου, η λεγόμενη επέμβαση αποσυμφόρησης του όγκου. Εφόσον είναι εφικτό, αφαιρούνται η μήτρα, οι σάλπιγγες, οι ωοθήκες, το επίπλου και όσο γίνεται μεγαλύτερο τμήμα από τον ορατό καρκίνο.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το 25% - 35% των γυναικών με καρκίνο ωοθηκών θα χρειαστούν εγχείρηση στο γαστρεντερικό ή ουροποιητικό σύστημα για να επιτευχθεί όσο γίνεται καλύτερη αποσυμφόρηση του όγκου (να μη μείνει δηλαδή στην ασθενή μετάσταση του όγκου με διάμετρο μεγαλύτερη των 2 cm). Μερικές φορές μπορεί να είναι απαραίτητη η μόνιμη κολοστομία, η οποία πάντως είναι σπάνια σε γυναίκες που έκαναν προεγχειρητική προετοιμασία εντέρου – δηλαδή έλαβαν αντιβιοτικά από το στόμα και υπέστησαν καθαρισμό του εντέρου με κλύσματα και καθαρτικά.⁹

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

Η παρακέντηση των κύστεων σε ύποπτο για κακοήθεια όγκο δε δικαιολογείται, για το φόβο διασποράς καρκινικών κυττάρων.⁶

4.2.1 Λαπαροτομία

Η λαπαροτομία αποτελεί το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο της ωοθήκης. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι ο καρκίνος της ωοθήκης αποτελεί τον μοναδικό καρκίνο που η σταδιοποίηση του γίνεται χειρουργικά. Για τους λόγους αυτούς η επιτυχής εκτέλεση της πρώτης λαπαροτομίας επισφραγίζει οριστικά τη θεραπεία και την πρόγνωση της ασθενούς.⁷

Λαπαροτομία πρέπει να διενεργείται, όταν στα παραμήτρια ψηλαφώνται μάζες, που δεν είναι δυνατό να προσδιορισθούν εάν αντιπροσωπεύουν ινομύωμα ή καρκίνο, ή όταν στην μετεμμηνοπαυστική γυναίκα η μήτρα έχει « φυσιολογικό μέγεθος ».⁶

4.2.1.1. Δεύτερη λαπαροτομία

Οι ενδείξεις για μια δεύτερη εγχείρηση στον καρκίνο της ωοθήκης είναι:

- I. Ως συμπλήρωση μιας ατελούς πρώτης επεμβάσεως.
- II. Ως εγχειρητική προσπάθεια ενός ανεγχείρητου καρκίνου ωοθήκης μετά από ακτίνο ή χημειοθεραπεία.
- III. Για την επιβεβαίωση της υποχώρησης της νόσου (second look).
- IV. Για την διάγνωση και θεραπεία της υποτροπής (second look).
- V. Στην οξεία κοιλία συνέπεια ειλεού.

Οι κίνδυνοι μιας δεύτερης εγχείρησης είναι μεγαλύτεροι από ότι γενικώς πιστεύεται και κυρίως συνίσταται σε τραυματισμούς των γειτονικών οργάνων, εμβολικά και καρδιακά συμβάντα καθώς και επιπλοκές από τη χειρουργική τομή.⁷

4.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο καρκίνος της ωοθήκης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όχι μόνο λόγω της μεγάλης συχνότητας, αλλά επειδή διαθέτουμε πολλά αντικαρκινικά φάρμακα, των οποίων η σωστή χρησιμοποίηση προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα.¹⁶ Ο καρκίνος των ωοθηκών από χημειοθεραπευτική άποψη ανήκει στους όγκους, που παρουσιάζουν από μέτρια μέχρι μεγάλη ευαισθησία στα κυτταροστατικά.⁸ Τα

χημειοθεραπευτικά ή κυτταροστατικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών ήδη από το 1950.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στους αλκυλιωτικούς παράγοντες, στα αντιμιτωτικά αντιβιοτικά, στους αντιμεταβολίτες, στα αλκαλοειδή της νίνσα και σε άλλους μη αλκυλιωτικούς παράγοντες. Οι κυριότεροι από τους αλκυλιωτικούς παράγοντες είναι η κυκλοφωσφαμίδη και ακολουθούν η χλωραμβουκίλη και η μελφαλάνη. Στα αντιμιτωτικά αντιβιοτικά περιλαμβάνονται κυρίως η ακτινομυκίνη D, η δοξορουμπικίνη και η μπλεομυκίνη. Στους αντιμεταβολίτες ανήκουν η μεθοτρεξάτη και η φθοριοουρακίλη. Στην τέταρτη ομάδα, στα αλκαλοειδή της νίνσα περιλαμβάνονται η βινκριστίνη, η βιντεσίνη και η βινπλαστίνη. Και στην τελευταία ομάδα ανήκουν κυρίως η σισπλατίνη, η καρβοπλατίνη, η ετοποσίδη και η πακλιταξέλη.

Η χαμηλή μέση επιβίωση πολλών αρρώστων με προχωρημένο καρκίνο αποτελεί σαφή ένδειξη της αναγκαιότητας πρόσθετης θεραπευτικής αγωγής, μετά την αρχική θεραπεία, με κυτταροστατικά ή ακτινοθεραπεία.⁶

Πριν την χορήγηση χημειοθεραπείας απαραίτητη είναι η εκτίμηση ορισμένων επιβαρυντικών παραγόντων εκ των οποίων μπορούμε και την πρόγνωση να εκτιμήσουμε και τη χορήγηση της χημειοθεραπείας να αποφασίσουμε.

α) Εκτίμηση του σταδίου της νόσου: Η σωστή στάδιοποίηση της νόσου είναι δύσκολη, επειδή αρκετές φορές διαφεύγει στο χειρουργό – γυναικολόγο να ελέγξει θέσεις εντοπίσεως της νόσου και συνήθως το 1/3 των ασθενών υποσταδιοποιούνται.

β) Η υπολειπόμενη νόσος έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Έτσι ασθενείς με όγκους $\leq 2\text{cm}$ έχουν πιθανότητα 56% να ανταποκριθούν πλήρως εν αντιθέσει με το 11% για τις ασθενείς με όγκους $\geq 2\text{cm}$.

γ) Βαθμός διαφοροποίησεως (grade) του καρκινικού κυττάρου. Καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος (grade I) έχει σαφώς καλύτερη πρόγνωση από τον χαμηλής διαφοροποίησεως καρκίνο (grade II).

δ) Το είδος του όγκου. Ο μεγάλος αριθμός των όγκων των ωοθηκών δεν επιτρέπει μελέτη του κάθε είδους χωριστά.

ε) Η ηλικία επίσης μας καθορίζει την πρόγνωση αλλά και το κατά πόσο επιθετικοί πρέπει να είμαστε. Μια ηλικιωμένη ασθενής θα αντιμετωπισθεί κατά τρόπο πολύ ηπιώτερο από μια νεαρή γυναίκα.

στ) Όγκος σταδίου I Aii ή Bii. Επιβάλλει σκέψη χορήγησης προφυλακτικής χημειοθεραπείας.^{6,16}

4.3.1. Μεθοδολογία χορήγησης χημειοθεραπευτικών

Η αγωγή με χημειοθεραπευτικά εφαρμόζεται είτε ως συστηματική αγωγή ή με τη μορφή της ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας.^{6,9}

4.3.1.1. Συστηματική χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά χορηγούνται ως βασική θεραπεία, όταν η εγχείρηση δεν είναι εφικτή, και ως συμπληρωματική θεραπεία μετά από επαρκή « εκριζωτική » εγχείρηση.⁶ Στις περισσότερες περιπτώσεις η χημειοθεραπεία ξεκινά μία με δύο βδομάδες μετά το χειρουργείο.⁹

Οι αλκυλιωτικοί παράγοντες χορηγούνται συνήθως από το στόμα, όπως π.χ. η μελφαλάνη, ενώ άλλα φάρμακα, όπως η σισπλατίνη και η αδριαμυκίνη, πρέπει να χορηγηθούν με ενδοφλέβια έγχυση με όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις.⁶

Η μελφαλάνη χορηγείται ως μονοθεραπεία σε ημερήσιες δόσεις των 0.2 mg/kg βάρους σώματος για 5 ημέρες, κάθε 4-6 εβδομάδες, κυρίως σε πρώιμα στάδια του καρκίνου.^{6,9}

Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία, ο συνδυασμός δηλαδή περισσότερων του ενός παραγόντων, αυξάνει την πιθανότητα καλύτερης απάντησης στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου των ωοθηκών λόγω του διαφορετικού μηχανισμού δράσης και πιθανώς των διαφορετικών τοξικών επιδράσεων.⁶

Τα παραπάνω χημειοθεραπευτικά σχήματα χορηγούνται σε 6 συνήθως κύκλους και όχι συνεχώς, σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η ανάπτυξη κλώνων αντίστασης από τον όγκο. Η θεραπεία συνεχίζεται σε μερικούς ακόμη κύκλους ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της (πλήρης ή μερική ύφεση) ή διακόπτεται για να εφαρμοσθεί θεραπεία διάσωσης, εάν παρατηρηθεί στασιμότητα ή επιδείνωση της νόσου.^{6,8,9}

4.3.1.2. Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία

Η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία γίνεται στην προσπάθεια να αυξηθεί η συγκέντρωση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στον καρκινικό ιστό, που διασπείρεται με περιτοναϊκούς εμβολιασμούς, και ταυτόχρονα να αποφευχθούν οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής χημειοθεραπείας και κυρίως της μυελοτοξικότητας.⁶ Η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία χορηγείται συνήθως κα'θε έξι μήνες.^{9,16}

Η χημειοθεραπεία με σισπλατίνη (100-200 mg/m²), μεθοτρεξάτη (1-1,5 mg/kg), φθοριο-ουρακίλη (1 gr/m² ημερισίως x 5 ημέρες) κ.λ.π., χρησιμοποιείται με τον όρο ότι οι υπλειπόμενες μάζες είναι μικρότερες των 5 χιλιοστών. Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση των φαρμάκων γίνεται με τον ειδικό καθετήρα Tenckhoff ή και με απλό καθετήρα. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η φαρμακευτική περιτονίτιδα.⁶

4.4. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια ως συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής – στις περιπτώσεις τοπικής νόσου – και ως παρηγορητική, όπου η νόσος είναι προχωρημένη. Ο ρόλος της στη θεραπεία του καρκίνου είναι δευτερεύων και αυτό οφείλεται στο ότι οι κακοήθεις όγκοι της ωθηκής δεν είναι ακτινοευαίσθητοι με εξαίρεση το δυσγονίωμα και μερικούς κακοήθεις όγκους εκ κοκκιωδών κυττάρων του στρώματος.⁷

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωθηκών αφορά μόνο την πύελο ή ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Τα εγχειρητικά ευρήματα είναι εκείνα , που θα δείξουν πως ακριβώς θα γίνει η θεραπεία. Αν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα, τότε θα ακτινοβοληθεί μόνο η πύελος. Ακτινοθεραπεία ολόκληρης της κοιλίας, θα εφαρμοσθεί στις περιπτώσεις, που η νεοπλασία έχει ξεφύγει από τα όρια της πυέλου και έχει επεκταθεί στο περιτόναιο.^{3,8}

Σκοπός είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που βρίσκονται εναποτεθειμένα στην κοιλιακή κοιλότητα και η ανατολή της πιθανότητας υποτροπής της πρωτοπαθούς εστίας.⁷

4.4.1 Τεχνικές ακτινοθεραπείας

Στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών εφαρμόζονται δύο τεχνικές ανάλογα με την έκταση της νόσου, το στάδιο και την εντόπιση. Οι τεχνικές είναι η εξωτερική ακτινοβολία και η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ραδιενεργών ισοτόπων.

4.4.1.1. Εξωτερική ακτινοβολία

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί είτε μετεγχειρητικά είτε προεγχειρητικά. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σ' όλες τις περιπτώσεις, εκτός αν υπάρχει ασκίτης που υποτροπιάζει συχνά, διότι τότε δεν αποδίδει. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχει εφαρμοσθεί στις περιπτώσεις σταδίων II και III με τοπικά προχωρημένη νόσο.⁷

Στην ακτινοθεραπεία πρέπει να περικλείεται όλη η κοιλιά, και ιδιαίτερα το διάφραγμα, και να ακολουθεί μια πρόσθετη ώση ακτινοβολίας στην πύελο. Η ακτινοθεραπεία περιορίζεται στην πύελο, όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι δόσεις στην περίπτωση αυτή είναι 450 – 600 cGy (centiGray), που χορηγούνται σε διάστημα 5-6 εβδομάδων, σε ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο πεδίο.^{6,8,9}

Όταν η νόσος έχει επεκταθεί έξω από τα όρια της πυέλου, οι ολικές δόσεις είναι μικρότερες, επειδή στο θεραπευτικό πεδίο περικλείονται το έντερο, οι νεφροί και το ήπαρ και συνεπώς οι επιπλοκές είναι συχνότερες. Η ακτινοβολία γίνεται σε ολόκληρη την κοιλιά (λουτρό κοιλιάς). Οι δόσεις ακτινοβολίας είναι 300 cGy, που χορηγούνται μέσα σε διάστημα επίσης 5-6 εβδομάδων. Με την ακτινοβολία ολόκληρης της κοιλιάς μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά, λόγω της περιορισμένης δοσολογίας, μόνο μικρού μεγέθους όγκοι με διάμετρο μικρότερη των 2 εκ.⁵ Για την εξωτερική ακτινοβολία στον καρκίνο των ωοθηκών χρησιμοποιείται συνήθως το κοβάλτιο.^{6,8}

Σήμερα χρησιμοποιείται για την ακτινοβολία όλης της κοιλιάς η μέθοδος των « μετακινούμενων ζωνών » πλάτους 2.5 εκ., από το κατώτερο μέρος της κοιλιάς προς τα πάνω. Όταν συμπληρωθεί η ακτινοβολία αυτή,

χορηγούνται επιπλέον σε διάστημα δυο εβδομάδων 200 cGy. σε παράλληλα και αντίθετα πεδία 15 x 15 εκ.^{6,7}

4.4.1.2. Ενδοπεριτοναϊκά Ραδιοϊσότοπα

Η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ραδιενεργών ισοτόπων έχει εφαρμογή όπου ο κακοήθης ασκίτης υποτροπιάζει συχνά.⁷

Ο ωοθηκικός καρκίνος διαπερνά την ωοθήκική κάψα από τα αρχικά του ακόμη στάδια και επεκτείνεται με διάχυτο εμβολιασμό των επιφανειών με καρκινικά κύτταρα σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το περοτοναϊκό υγρό και τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνονται επίσης από το λεμφικό σύστημα του διαφράγματος. Θα ήταν θεωρητικά ιδεώδες, επομένως, εάν μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα εναιώρημα ραδιενεργών σωματιδίων, που θα έλουζε όλες τις περιτοναϊκές επιφάνειες στα σημεία της πιθανής εμφύτευσης των καρκινικών κυττάρων, με δόση ακτινοβολίας, βλαπτική για τον όγκο.

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

Η έγχυση του εναιωρήματος γίνεται με καθετήρα ενδοφλεβίων εγχύσεων (No 14) ή περιτοναϊκής διάλυσης, κατά το χρόνο της εγχείρησης ή και μετεγχειρητικά.⁶

Η μέθοδος δεν είναι αποτελεσματική όπου υπάρχουν καρκινικές μάζες και επίσης για όγκους εκτός περιτοναϊκής κοιλότητας. Αντένδειξη για τη μέθοδο είναι η ύπαρξη μετεγχειρητικών συμφύσεων.⁷

4.5 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη θεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι τύποι ειδικής και μη ειδικής ανοσοθεραπείας, όπως η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ιντερφερόνης μετά από τη χημειοθεραπεία, κυρίως σε άρρωστες με επίμονο ωοθηκικό καρκίνο.⁶

Πολλές ερευνητικές παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι προκαλείται μία ανοσοποιητική αντίδραση εκ μέρους του ξενιστού σαν απόπειρα απόρριψης της νεοπλασίας. Κατά πρώτον, αρκετοί συμπαγείς όγκοι περιέχουν

ανοσοποιητικά συστατικά, τα οποία πολλές φορές θεωρούνται σαν ένας καλός προγνωστικός παράγοντας. Κατά δεύτερον, ορισμένες φορές παρατηρείται η αυτόματη ύφεση προηγμένης νόσου, περισσότερο σε ανοσογονικές κακοήθειες, όπως το μελάνωμα και ο καρκίνος του νεφρού. Τέλος, οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μία αυξημένη επίπτωση νεοπλασιών, αν και οι λεμφικές κακοήθειες υπερτερούν έναντι των καρκινωμάτων όσων αφορά στην αυξημένη επίπτωση. Η θεραπευτική προέκταση αυτών των ερευνητικών αποτελεσμάτων έχει ωριμάσει κατά την τελευταία δεκαετία, αποδίδοντας σαν καρπό τη δημιουργία της αρχής της βιολογικής ή ανοσολογικής θεραπείας του καρκίνου.

Η βιολογική θεραπεία αντιπροσωπεύει μια αλματώδη εξέλιξη, καθώς η θεραπεία δεν αποσκοπεί από μόνη της σε ένα άμεσο κυτταροστατικό αποτέλεσμα, αλλά δρα μέσω ενεργοποίησης των ανοσολογικών μηχανισμών του ασθενούς κατά της επέκτασης της νόσου.

Ολόκληρο το οικοδόμημα της βιολογικής θεραπείας κατά των συμπαγών όγκων έχει στηριχθεί μέχρι σήμερα στη συστηματική χορήγηση υψηλών δόσεων κυτταροκινών, όπως η ιντερλευκίνη-2 και η ιντερφερόνη άλφα. Οι προσπάθειες αυτές, αν και σποραδικά αναφέρθηκαν επιτυχίες, συνοδεύονται από σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμη και θανάτους.

Η ανοσοθεραπεία στοχεύει στη χειραγώγηση δύο μοναδικών χαρακτηριστικών του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή της αντιγονικής ειδικότητας και της μεγέθυνσης της ανταπόκρισης, μέσω της ειδικής ενεργοποίησης μίας ισχυρής ανοσολογικής αντίδρασης με σκοπό τη λύση των καρκινικών κυττάρων.¹⁷

4.6. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος των ωοθηκών έχει θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων σε ποσοστό 74% και θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης και οιστρογόνων σε ποσοστό 51%. Η σχέση υποδοχέων και ανταπόκρισεως σε διάφορους θεραπευτικούς χειρισμούς δεν είναι σαφής. Η χορήγηση προγεστερόνης δίνει ποσοστό ανταπόκρισεως της τάξης του 12% και των αντιστρογόνων 19%. Σε σύγκριση με τους όγκους του μαστού, του ενδομητρίου και του προστάτου, ο

ρόλος της ορμονοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών είναι περιορισμένος⁷.

Η ορμονοθεραπεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της ερωτικής διάθεσης, με τον καιρό δε και μεταβολή της εμφάνισης (τριχοφυΐα)¹⁸.

4.7. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε οποιοδήποτε καρκίνο με τόσο φτωχή επιβίωση, όπως ο καρκίνος των ωοθηκών, είναι απαραίτητο ο γιατρός να αποδεχτεί ότι οι περισσότερες γυναίκες θα καταλήξουν. Σε προχωρημένα στάδια, η μέση επιβίωση είναι περίπου 2 χρόνια. Είναι πολύ σημαντικό ο χρόνος που απομένει στην ασθενή να μην είναι βασανιστικός. Υπάρχει συνεπώς το δίλημμα της προσκόλλησης, αφενός σε επιθετική χειρουργική θεραπεία, η οποία είναι αναγκαία για την επίτευξη καλού αποτελέσματος και μεσοδιαστημάτων ελεύθερων νόσου και της τοξικότητας αφετέρου της θεραπείας, που μπορεί να καταστήσει τη ζωή μίζερη. Τελευταία έχει δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην ποιότητα ζωής και είναι αποδεκτό ότι μικρή αύξηση της επιβίωσης δεν είναι κατ' ανάγκη σημαντική εάν υποφέρουν περισσότερο.

Οι γυναίκες που έχουν καρκίνο ωοθηκών δε φοβούνται μόνο το θάνατο, αλλά φοβούνται επίσης να υποφέρουν, ιδίως κατά τα τελικά στάδια της νόσου. Σ' αυτό το σημείο είναι εξαιρετικά σπουδαίο να μην εγκαταλείπει ο θεράπων το ενδιαφέρον, επειδή δεν μπορεί να προσφέρει περαιτέρω ενεργητική θεραπεία. Η παρηγορητική φροντίδα που κατευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, καθώς και στην ψυχολογική υποστήριξη, ολοένα και περισσότερο καταλαμβάνει ζωτικό τμήμα της ογκολογίας.

Ο καρκίνος των ωοθηκών συχνά παραμένει εντοπισμένος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και δεν είναι σπάνια τα κοιλιακά άλγη, ναυτία, έμετοι και εντερική απόφραξη. Όλα αυτά απαιτούν έμπειρη και λεπτομερή επαγγελματική νοσηλεία. Δε θα πρέπει να θεωρούνται ως μία θετική συνεισφορά στην καλή κατάσταση της γυναίκας. Υποστήριξη επίσης μπορεί να χρειασθεί και από τους συντρόφους των ασθενών, πολλοί από τους οποίους το βρίσκουν πολύ δύσκολο να το αντιμετωπίσουν¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Κάθε 3 μήνες για δύο χρόνια. Κάθε 6 μήνες για πέντε χρόνια. Κάθε χρόνο για όλη τη ζωή της. Η εξέταση είναι κλινική και εργαστηριακή. Η δεύτερη περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του Ca 125 σε κάθε επίσκεψη, την αξονική ή μαγνητική τομογραφία κάθε 3 μήνες, όσο κρατάει η χημειοθεραπεία και κάθε 6 μήνες για δύο χρόνια³. Επίσης περιλαμβάνει τη λαπαροσκόπηση η οποία αποκαλύπτει τον υπολοιπούμενο όγκο και υπερηχογραφική εξέταση⁶.

5.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση για τον καρκίνο των ωοθηκών είναι κακή, εκτός αν διαγνωσθεί στα πρωιμότερα στάδια¹⁹. Καθοριστικοί παράγοντες για την πρόγνωση των καρκινωμάτων των ωοθηκών είναι (πίνακας 5) :

- α) Το κλινικό στάδιο που ευρίσκεται ο όγκος
- β) Ο ιστολογικός τύπος του καρκινώματος.
- γ) Ο βαθμός κακοήθειας του όγκου.
- δ) Η ηλικία της ασθενούς.

Γενικά παρά τις προόδους στις νεότερες θεραπευτικές μεθόδους, η πρόγνωση παραμένει όπως και παλαιότερα κακή^{20,21}.

Πίνακας 5. Καρκίνος ωοθήκης: Προγνωστικοί παράγοντες.

<u>Χαρακτηριστικά</u>	<u>Προγνωστικοί παράγοντες</u>
*Ασθένειας:	Έκταση νόσου (στάδια)
*Ασθενούς:	Ηλικία – Γενική κατάσταση
*Όγκου:	Ιστολογικός τύπος - Διαφοροποίηση κυττάρων
*Χειρουργικής αγωγής :	Υπολειμματική νόσος -- Επανεγχείρηση ελέγχου

Η πενταετής επιβίωση για όλα τα στάδια ανέρχεται μόλις στο 30%, όσον αφορά δε στο κάθε στάδιο μεμονωμένα κυμαίνεται ως εξής:

Στάδιο I	80%
Στάδιο II	45%
Στάδιο III	10%
ΣτάδιοIV	Μεμονωμένες περιπτώσεις

Η σύγκριση των πιθανοτήτων ίασης στους διάφορους ιστολογικούς τύπους καρκινωμάτων δίνει σαφείς διαφορές ανάλογα με την ιστολογική εμφάνιση του κάθε καρκινώματος. Έτσι το βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα και το δυσγονίωμα αποτελούν παράδειγμα κακοήθων ωοθηκικών όγκων με σχετικά καλές προοπτικές ίασης, ενώ αντίθετα τα αδιαφοροποίητα ωοθηκικά καρκινώματα έχουν πολύ κακή πρόγνωση. Σε περιπτώσεις ωοθηκικών καρκινωμάτων με «χαμηλό κακόηθες δυναμικό» -σύμφωνα με την ονομασία του Π.Ο.Υ. – παρατηρήθηκαν συνολικά ποσοστά πενταετούς επιβίωσης που έφθαναν το 95% και 87% αντίστοιχα²⁰.

Πρέπει να τονισθεί, πως ποτέ δεν πρέπει να είμαστε απόλυτοι σχετικά με την πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών. Υπάρχουν άρρωστες

καταδικασμένες, λόγω της έκτασης της νόσου σε λίγους μήνες ζωής. και ζουν χρόνια, και άλλες, που χάνονται γρήγορα, ενώ είχαμε προεξοφλήσει μακροχρόνια την επιβίωσή τους. Ο θάνατος επέρχεται από εντερική έμφραξη ή εντερική παράλυση ή από ασιτία και εξασθένιση³.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1.1. Προεγχειρητική Ψυχοκοινωνική Νοσηλευτική Εκτίμηση Και Παρεμβάσεις

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν την μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους.

Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσογόνος παράγοντας. Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της. Οι φόβοι για την χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με την σοβαρότητά της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

1.- Φόβος της νάρκωσης. Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης, εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

Συχνά, ο φόβος της νάρκωσης έρχεται δεύτερος από το φόβο του πόνου και του θανάτου. Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή; Και τι θα

συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού; Μήπως δεν ξυπνήσω από την νάρκωση; Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος δεν τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Μερικοί γιατροί δεν χειρουργούν αρρώστους που πιστεύουν ότι θα πεθάνουν. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με την λεπτότητα και την διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρος του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.

2.- Φόβος του αγνώστου. Είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Ο φόβος αυτός προέρχεται μερικώς από την πίστη του αρρώστου ότι δεν του είπαν «όλα» όσα αφορούν την διάγνωσή του.

3.- Φόβος της αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου. Με τη σημερινή έκφραση στ νεότητα και το «τέλειο» σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο από ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.

4.- Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.

Επιπλέον των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στεναχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της εγγύτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής, με την σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για την χειρουργική εμπειρία.

Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενειακά και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου.

Η ψυχολογική προετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει, επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους. Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον

άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Απουσία άγχους αποστερεί τον άρρωστο από το κίνητρο να ετοιμαστεί ψυχολογικά για τη στρεσογόνο εμπειρία.

Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται.

Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

- 1.- Βοηθά στη μείωση του άγχους.
- 2.- Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.
- 3.- Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.
- 4.- Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress.
- 5.- Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- 6.- Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.
- 7.- Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο²².

6.1.2. Προεγχειρητική Εκπαίδευση Αρρώστου

Η αξία της προεγχειρητικής διδασκαλίας έχει προ πολλού αναγνωριστεί, ώστε να αποτελεί σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής ετοιμασίας ενός αρρώστου.

Η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει και τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την προεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένης και της αποκατάστασης στο σπίτι.

Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ότι αφορά τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Το πρόγραμμα διδασκαλίας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται στο σωστό χρόνο, ούτε πολύ νωρίς ούτε στην άμεση

προεγχειρητική περίοδο. Ιδεωδώς, η διδασκαλία γίνεται σε αρκετά μακρύ χρόνο, για να μπορεί ο άρρωστος να αφομοιώσει το περιεχόμενό της. Συχνά, αυτή συνδυάζεται με διάφορες διαδικασίες προετοιμασίας, ώστε να γίνεται πιο εύκολη η ροή πληροφοριών.

Σε αρρώστους που εισάγονται τη μέρα της εγχείρησης, είναι απαραίτητο να γίνεται η διδασκαλία και να δίνονται απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις τους όταν αυτοί επισκέπτονται το νοσοκομείο για τις προεγχειρητικές εξετάσεις.

Οι αρχές της προεγχειρητικής διδασκαλίας είναι οι εξής:

1.- Για διατήρηση ομοιομορφίας και ακρίβειας περιεχομένου, συμβουλευτείτε το γιατρό για να προσδιορίσετε τις πληροφορίες που ήδη έχει πάρει ο άρρωστος.

2.- Καθορίστε πόση πληροφόρηση θέλει ή χρειάζεται ο άρρωστος.

3.- Μιλάτε καθαρά και χρησιμοποιείτε γλώσσα που καταλαβαίνει ο άρρωστος.

4.- Σχεδιάζετε σύντομες, συχνές συνεδρίες διδασκαλίας, ώστε να δίνετε λίγες πληροφορίες κάθε φορά.

5.- Δίνεται πάντοτε επαρκή χρόνο στον άρρωστο για υποβολή ερωτήσεων.

6.- Ρωτάτε τον άρρωστο αν καταλαβαίνει αυτό που λέτε.

7.- Αν πρόκειται για διδασκαλία, ζητάτε από τον άρρωστο να την κάνει.

8.- Επαναλαμβάνετε τις πληροφορίες αν είναι ανάγκη. Να θυμάστε ότι το προεγχειρητικό άγχος συχνά εμποδίζει τη μάθηση και τη συγκράτηση νέων πληροφοριών.

9.- Να θυμάστε ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό. Αλλάζετε τις μεθόδους διδασκαλίας, ώστε να ταιριάζουν με τις ατομικές ανάγκες.

10.- Περιλαμβάνετε στη διδασκαλία και άτομα σημαντικά για τον άρρωστο.

Ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και βήχα. Ένας από τους σκοπούς της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διδαχθεί ο άρρωστος τον τρόπο προαγωγής αερισμού των πνευμόνων για πρόληψη μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να εισπνέει αργά από τη μύτη, εκτείνοντας τους κοιλιακούς μυς και να εκπνέει από

σουρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μυς, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την τομή του τραύματος.

Αυτές οι αναπνευστικές ασκήσεις μπορεί να γίνονται πέντε με δέκα φορές κάθε ώρα στη μετεγχειρητική περίοδο ακινησίας.

Ο σκοπός των ασκήσεων βήχα είναι η κινητοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο. Για τη διέγερση του ανακλαστικού του βήχα προηγούνται βαθιές αναπνοές.

Ασκήσεις στροφής και ενεργητικής κίνησης του σώματος.

Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και για άριστη ανταλλαγή αερίων.

Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να γυρίζει από πλάγιο σε πλάγιο, καθώς και τις ασκήσεις των κάτω άκρων. Αυτές περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχίου, ενώ ο άρρωστος είναι σε θέση ημι – Fowler, και κυκλικές ασκήσεις της ποδοκνημικής άρθρωσης.

Γνωστικός έλεγχος. Για μείωση της έντασης, υπερκίνηση του άγχους και επίτευξη χαλάρωσης, ο άρρωστος:

- Διδάσκεται να συγκεντρώνει τη σκέψη του στις πιο ευχάριστες από τις πρόσφατες εμπειρίες του.
- Ενθαρρύνεται να σκέπτεται και να διηγείται κάτι που του αρέσει.
- Παροτρύνεται να λέει στον εαυτό του ότι όλα θα πάνε καλά.

Άλλες πληροφορίες. Βοηθά πολύ στην μετεγχειρητική προσαρμογή του αρρώστου αν αυτός γνωρίζει από πριν με τι συσκευές θα είναι συνδεδεμένος όταν έρθει από το χειρουργείο, ποιος είναι ο σκοπός τους και τι πρέπει να προσέχει. Επίσης, αν υπάρχει πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί αναπνευστήρας ή οξυγόνο.

Τέλος, ο άρρωστος θέλει να γνωρίζει πότε να περιμένει μέλη της οικογένειάς ή φίλους να τον επισκεφθούν και αν η οικογένεια θα διατηρείται ενήμερη για τις οξείες φάσεις της μετεγχειρητικής του εμπειρίας²².

α) Ερμηνεία του όρου «ωθηκεκτομή» 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 ωθηκεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια των ωθηκών 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 ωθηκεκτομής. 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 πνευλογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)
- Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- Καθαρτικός 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 ύπνου²³.

6.1.3. Προεγχειρητική παρέμβαση

Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου, ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Ρωτά τον άρρωστο αν έχει κάποια απορία ή αν τον απασχολεί κάτι, συνεχίζει να τον παρατηρεί για

σημεία άγχους και ενημερώνει αυτόν και τους συγγενείς του για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.

Για την ασφάλεια του αρρώστου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής, πριν από την μεταφορά του στο χειρουργείο:

1.- Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού. Μεγάλες, ωστόσο, διαφορές από τις βασικές τιμές πρέπει να αναφέρονται στο χειρουργείο.

2.- Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βελτιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη.

3.- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.

4.- Ελέγχει και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε ειδική οδηγία, όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής.

5.- Επαληθεύει ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οκτώ τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες.

6.- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Μετρά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.

7.- Αφαιρεί, καταγράφει και παραδίδει για φύλαξη δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα του αρρώστου, εκτός της βέρας, που μπορεί να παραμείνει αφού καλυφθεί με λωρίδα λευκοπλάστη.

8.- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη. Αν ο άρρωστος χρησιμοποιεί ακουστικό, ειδοποιεί το νοσηλευτή του χειρουργείου και το αφήνει στη θέση του, ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία του αρρώστου με τη χειρουργική ομάδα.

9.- Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια, για να είναι δυνατός ο έλεγχός τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.

10.- Βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.

11.- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στη σωστή ώρα.

Αν για οποιαδήποτε αιτία τα προαναισθητικά φάρμακα δεν χορηγήθηκαν την κανονική ώρα, ενημερώνεται γι' αυτό ο αναισθησιολόγος.

1.- Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο τοποθετεί στο φάκελο του αρρώστου.

2.- Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά του αρρώστου στο φορείο. συνοδεύει τον άρρωστο στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώστε να του δοθεί αναισθησία.

3.- Εξασφαλίζει τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς του αρρώστου. Τους εξηγεί πως θα είναι ο άρρωστος μετά την επέμβαση. Τους ετοιμάζει για να δουν διασωληνώσεις, ενδοφλέβιες, εγχύσεις, παροχετεύσεις²².

6.2. Διεγχειρητική παρέμβαση

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για την φροντίδα του αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί, συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια του αρρώστου. Ο χειρουργός γιατρός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης και πρέπει να είναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του άρρωστου.

Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει τη χαλάρωση μέσω αναισθησίας. Επιπλέον, πρέπει:

- α) Να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου,
- β) Να εξασφαλίζει επαρκή ανταλλαγή αερίων,
- γ) Να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες,
- δ) Να παρακολουθεί στενά την κυκλοφορία και αναπνοή του αρρώστου και

- ε) Να ενημερώνει αμέσως το χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως διαχειριστής του χειρουργείου, προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας του αρρώστου με:

- α) Εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού,

β) Έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσής του με άσηπτα εξαρτήματά του,

- γ) Εξασφάλιση εφοδίων και υλικού,
- δ) Στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική,

- ε) Ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζών,

στ) Επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια, αν το ζητήσει ο χειρουργός,

ζ) Ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δειγμάτων για εξέταση.

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει μέρος άμεσα στη χειρουργική επέμβαση. Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Βοηθά το χειρουργό και τους βοηθούς του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προβλέποντας και παρέχοντας σ' αυτούς τα απαραίτητα εργαλεία, σπόγγους κλπ. Μετρά βελόνες, εργαλεία και μεγάλες γάζες προτού κλείσει ο χειρουργός το τραύμα²².

6.3. Μετεγχειρητική Παρέμβαση

α) Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και συμβαλλόμενα, κοιλιακή εκροή, παροχέτευση τραύματος.

β) Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

γ) Ανακούφιση από τον πόνο.

δ) Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.

ε) Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρης διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

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

- Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
- Τοποθέτηση μόνιμου, καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, για 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 ή καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

ζ) Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάστασης

- 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 κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

η) Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών.

- Βοήθεια της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.
- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με την ζύγιση των γαζών αμέσως μετά από 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 υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

ι) Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή μαζών με άσηπτη τεχνική.

ια) Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

ιβ) Σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο – διδασκαλία.

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

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

2.- 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.

3.- Να αποφεύγει τη συνουσία για 6 – 8 εβδομάδες μετά την ωθηκεκτομή ή υστερεκτομή.

- Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την ωθηκεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

- Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι· γι' αυτό το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

- Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα· μετά από δύο μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο σε οδηγία του γιατρού· θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κλπ.

- 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.

- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια²³.

6.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 1.- Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- 2.- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την 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 κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- 10.- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί 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 ιστών²².

6.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια (- της) θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται:

- 1.- Στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία,
- 2.- Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για την θεραπεία.
- 3.- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και
- 4.- Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (όταν ραδιοϊότοπο θωρακισμένο εφαρμόζεται σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος, ακτίνες Χ – Τηλακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια (- της):

- Ενημερώνεται από τον φάκελο του αρρώστου για **1)** το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, **2)** την θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, **3)** το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), **4)** τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με τον γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μην βγάλει που σήμα καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί τον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων. Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής

ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

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

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

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

1.- Η περιοχή της ακτινοβολίας

1.- Διατηρείται στεγνή,

2.- πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,

3.- Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,

4.- Τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ),

5.- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κλπ.),

6.- Αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,

7.- Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2.- Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

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

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

Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους, με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από πολύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευτεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο άρρωστος έχει ανάγκης από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό θα μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή να αφαιρεθεί.

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

1.- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:

- Το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί,
- Τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη),
- Τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοιστικά),
- Την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία,
- Το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
- Τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

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

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

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

5.- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιόν θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κλπ.

6.- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα ης απομόνωσης⁴².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1.- Πόνος. Ο πόνος είναι μια από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μύς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφή ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 – 36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

α) Να εντοπίζει τον πόνο

β) Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς

γ) Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα

δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργικό και τον αναισθησιολόγο.

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητάς τους στο αίμα, διήθησής τους στους ιστούς και απέκκρισής του από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ότι στους μεσήλικες και στους νέους σε κάθε ηλικία αρρώστους.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο, με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το

τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης σφικτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κλπ. Εξάλλου, χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη, γιατί μπορεί να προκληθεί shock.

2.- Έμετος. Μετεγχειρητικά, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμετούς. Αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλσίας του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια, ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Αν η φύση της χειρουργικής επέμβασης είναι τέτοια που είναι αναπόφευκτος ο έμετος, προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας, που λειτουργεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και μετά από αυτή.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμετού. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα πιο πολλά από τα αντιεμετικά φάρμακα (συνήθως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης) προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπόσταση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Αν η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, προτιμώνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Ο έμετος που επιμένει επί 3 – 7 ημέρες οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α) Εντερική απόφραξη
- β) Οξεία διάταση του στομάχου
- γ) Ουραιμία
- δ) Αιμορραγία στις εγχειρήσεις στομάχου
- ε) Περιτονίτιδα

3.- Ανησυχία – δυσφορία. Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

- α) Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- β) Επίσχεση ούρων

γ) Μετεωρισμός και λόξυγκας

δ) Αϋπνία

Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη του αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό βοηθά να κοιμηθεί.

4.- Δίψα. Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα, οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Στις εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στην διάλυση της βλέννας του στόματος. Ακόμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέως 4% και γλυκερίνης, σε αναλογία 1:1. Γάζα υγρή, που τοποθετείται στο στόμα, βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

5.- Διάσταση του εντέρου. Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24 – 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

6.- Διάταση κύστης. Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις στο ορθό, τον πρωκτό ή τον κόλπο, σε κήλες και σε επεμβάσεις στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

7.- Δυσκοιλιότητα. Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

α) Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης

β) Τοπική φλεγμονή

γ) Περιτονίτιδα

δ) Τοπικό απόστημα

Μπορεί όμως το άτομο να έχει χρόνια δυσκοιλιότητα, την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι.

Εξάλλου, μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

8.- Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας

α) Περίσσεια νερού (σύνδρομο αραίωσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατρίαμια). Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα από την 1^η ή 2^η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στον άρρωστο μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε αποσταγμένο νερό.

Συμπτώματα της διαταραχής είναι:

- Μεταβολές στη συμπεριφορά

1.- Σύγχυση

2.- Ψευδαισθήσεις

3.- Αδυναμία προσοχής

4.- Παραλήρημα

5.- νυσταγμός

- Απότομη αύξηση βάρους του σώματος
- Υπέρπνοια
- Ψηλή ή φυσιολογική αρτηριακή πίεση
- Πλαστικότητα ιστών
- Νευρομυϊκές μεταβολές

- 1.- Αδυναμία
- 2.- Μικροί μυϊκοί σπασμοί
- 3.- Ασυντονισμός
- 4.- Σπασμοί
- 5.- Ημιπληγία

Ο νοσηλευτής θα υποπτευθεί το σύνδρομο, αν διαπιστώσει ότι υπάρχουν μερικά από αυτά τα συμπτώματα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Οι υπερήλικες και τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στα σύνδρομα αυτά. Συνήθως, τα πρώτα συμπτώματα είναι μεταβολές στη συμπεριφορά.

Η πρόληψη της τοξίκωσης με νερό απαιτεί καθημερινή μέτρηση και εκτίμηση του βάρους του σώματος. Απότομη αύξηση του βάρους την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί ένδειξη για μείωση των χορηγούμενων υγρών. Ακόμα, γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η ελαφρά περίσσεια νερού διορθώνεται με μείωση του προσλαμβανόμενου νερού. Όμως, αν η κατάσταση δεν διορθωθεί, ο άρρωστος μπορεί να καταλήξει.

β) Αναπνευστική οξέωση. Κανονικά, το CO₂ αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση (πρωτοπαθής αύξηση του ανθρακικού οξέως) συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάρους των αναπνοών ή απόφραξης του αεραγωγού. Ο χειρουργημένος άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας
- Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης.
- Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών.
- Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης της νόσου
- Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO₂ κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης. Η κυάνωση, που είναι συνήθως το κύριο κριτήριο για ανίχνευση του ανεπαρκούς αερισμού, καταργείται από την οξυγονοθεραπεία, ενώ η αναπνευστική οξέως προχωρεί. Όταν ο άρρωστος χρειάζεται οξυγόνο, δίνεται πάντοτε με κάνουλα (ποτέ με τέντα).

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της αναπνευστικής οξέως με ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει και να αναπνέει βαθιά σε κανονικά χρονικά διαστήματα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη εξαιτίας του είδους της χειρουργικής επέμβασης. Ακόμα και όταν ο βήχας αποφεύγεται όπως σε νευροχειρουργικές ή οφθαλμολογικές επεμβάσεις, ο άρρωστο ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές. Η χορήγηση ναρκωτικών απαιτεί μεγάλη προσοχή και νοσηλευτική κρίση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους αρρώστους. Το γύρισμα του αρρώστου σε κανονικά χρονικά διαστήματα βοηθά στην πρόληψη πνευμονίας και ατελεκτασίας και, επομένως, αναπνευστικής οξέωσης.

γ) Άλλες διαταραχές

- **Γαστροπληγία** μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, προτού αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύεται στο στομάχι. Ο όγκος του εξωκυττάριου υγρού μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα στην ανάπτυξη συμπτωμάτων shock (δύσπνοιας, κυάνωση, νηματοειδείς σφυγμός και ψυχρά άκρα). Άλλα συμπτώματα της γαστροπληγίας είναι παλινδρόμηση του αιμόφυρτου υγρού, άκοπος έμετος και επιγαστρική δυσφορία. Ακόμα, μπορεί ο άρρωστος να εκδηλώσει συμπτώματα μεταβολικής αλκάλωσης (πρωτοπαθής αύξηση της διττανθρακικής ρίζας) εξαιτίας της συσσώρευσης και μη επαναρρόφησης των γαστρικών εκκρίσεων μέσα στο στομάχι.

Η θεραπεία περιλαμβάνει γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση νερού και ηλεκτρολυτών και, σε μερικές περιπτώσεις, μετάγγιση αίματος. Προλαβαίνεται με γαστρεντερική αναρρόφηση, ώσπου να επανέλθει η περίσταση.

- **Ειλεός.** Σε κάποιο βαθμό ο ειλεός έχει την τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που υπέστησαν λαπαροτομία. Και εδώ παγιδεύονται

μέσα στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού και την διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η θεραπεία που συνίσταται στην αναρρόφηση του εντερικού υγρού. Σε καμία περίπτωση δεν χρησιμοποιείται σκέτο νερό για πλύση του σωλήνα διασωληνωμένων αρρώστων, όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο σημείο του παρόντος κεφαλαίου. Ορισμένες διαταραχές έχουν σχέση με απώλειες ειδικών υγρών του οργανισμού. Η μεταβολική αλκάλωση με υποχλωραιμία, καθώς και η ένδεια καλίου, στους χειρουργικούς αρρώστους, είναι αποτέλεσμα εμέτων ή γαστρικής αναρρόφησης.

Η μεταβολή οξέωση, εξάλλου, μπορεί να είναι επακόλουθο μεγάλης απώλειας εντερικού υγρού, χολής και παγκρεατικού υγρού.

9.- Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό

α) **Shock**. Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλαιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα, όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά την χειρουργική επέμβαση, καθώς και με την χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Παρέμβαση

- Τοποθέτηση αρρώστου σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση οξυγόνου.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.

- Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων, ώσπου να σταθεροποιηθούν μετά την θεραπεία.
- Χορήγηση υγρών: Ringer' s, δεξτράνης (Macrodex, Rheomacrodex) ή φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου, μέσα από ενδοφλέβιες γραμμές μεγάλης διαμέτρου, με ρυθμό που διατηρεί την πίεση στα 90 mmHg (υπογκαιμικό shock).
- Λήψη αίματος για ομάδα – διασταύρωση.
- Χορήγηση πλήρους αίματος ή πεπλυμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων, ανάλογα με τις απαντήσεις του εργαστηρίου για Hb και Hct.
- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, καλλιεργειών και ευαισθησιών, ανάλυσης ούρων, ουρίας, κρεατίνης, σαχάρου αίματος, πήξης, ροής, Hb, Hct.
- Εισαγωγή καθετήρα Foley, για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων, ειδικού βάρους, pH και έλεγχο παρουσίας αιμοσφαιρίνης ή μυοσφαιρίνης.
- Χορήγηση μεγάλων δόσεων σκευασμάτων υδροκορτιζόνης, αν υπάρχει ιατρική οδηγία.
- Λήψη 12 απαγωγών ΗΚΓ.
- Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού για το σηπτικό shock.
- Χρήση αγγειοσυσπαστικών (Levorphed ή υδροχλωρική φαινυλεφρίνη).
- Στενή παρακολούθηση ΚΦΠ και διατήρησή της μεταξύ 6 και 8 cmH₂O.
- Συχνή ακρόαση πνευμονικών ήχων κατά τη διάρκεια χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών.
- Αν το shock είναι καρδιογενές, ενδοφλέβια χορήγηση δοπαμίνης.
- Διόρθωση αρρυθμιών και πρόληψη κοιλιακής μαρμαρυγής (προφυλακτικά: λιδοκαΐνη 1 – 4 mg/min ενδοφλέβια).
- Διόρθωση οξεοβασικής διαταραχής με χορήγηση όξινου ανθρακικού νατρίου 50 ml του διαλύματος 8,4% (50 mEq).
- Αν το shock είναι σηπτικό και εμπύρετο, αύξηση των θερμίδων ως 5.000 το 24ωρο ανάλογα με τις ανάγκες.
- Χορήγηση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος και ηπαρίνης, αν υπάρχει ένδειξη διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.

- Ζήτηση βοήθειας ιερέα και κοινωνικού λειτουργού για αρρώστους με κακή πρόγνωση ή ανάλογα με τις επιθυμίες του αρρώστου ή της οικογένειάς του.
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

Αξιολόγηση

Συχνή επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην ισορροπία των ηλεκτρολυτών και την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, το ποσό των ούρων και το επίπεδο συνείδησης.

β) Αιμορραγία. Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος και κινείται συνεχώς, διψά και το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρο. Ο σφυγμός είναι συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές γίνονται συχνές και βαθιές (πεινά αέρα). Με την συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνεται η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση και ο αιματοκρίτης. Χείλη και επιφλεβικές είναι ωχροί. Βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του, ακούει να χτυπούν κουδούνια. Εξασθενεί συνεχώς ως το τέλος. Αξιοσημείωτη ρυθμιστική αντίδραση παρατηρείται όταν ο όγκος του αίματος που χάνεται ή προστίθεται στο κυκλοφορικό είναι 500 ml. Αντίθετα, αν η απώλεια ή η προσθήκη είναι μεγάλη, ο άρρωστος θα παρουσιάσει shock και πνευμονικό οίδημα. αντίστοιχα. Μελέτες κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έδειξαν ότι το ήπιο shock προκαλείται μετά απώλεια του 15 – 20% του αίματος, ενώ το βαρύ shock μετά απώλεια μεγαλύτερης ποσότητας (45% του κυκλοφορούμενου αίματος).

Παρέμβαση

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση shock
- Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος
- Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση
- Μετάγγιση αίματος
- Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατά του. φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

γ) Θρομβοφλεβίτιδα και φλεβοθρόμβωση. Παρατηρείται συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου, και κατά την πορεία βαριών σηπτικών καταστάσεων, όπως η περιτονίτιδα και η διατήρηση έλκους. Το τοίχωμα της φλέβας φλεγμαίνεται και σχηματίζεται μέσα σ' αυτή θρόμβος αίματος. Η κατάσταση μπορεί να είναι ήπια ή βαριά.

Αίτια της επιπλοκής αυτής στο χειρουργείο άρρωστο μπορεί να είναι α) βλάβη της φλέβας από εξάσκηση υπερβολικής πίεσης εξαιτίας λωρίδων πρόσδεσης ή υποστηριγμάτων, β) συμπύκνωση του αίματος και γ) επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα εξαιτίας μειωμένου μεταβολισμού και καταστολής της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση.

Αρχικό σύμπτωμα είναι ο πόνος ή κράμπα στην κνήμη. Μετά μία ή δύο ημέρες παρουσιάζεται επώδυνο οίδημα σ' όλο το κάτω άκρο, που συχνά συνοδεύεται από μικρή αύξηση της θερμοκρασίας και σπάνια από ρίγος και εφίδρωση.

Η φλέβα πολλές φορές ψηλαφάται και δίνει την εντύπωση σκληρής μάζας που μετατοπίζεται κάτω από τα δάκτυλα. Ελαφρότερη κατάσταση είναι η φλεβοθρόμβωση. Ο κίνδυνος συνίσταται στο ότι ο θρόμβος μπορεί να αποκολληθεί από το τοίχωμα της φλέβας και να προκαλέσει πνευμονική εμβολή.

Πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας ή φλεβοθρόμβωσης μπορεί να γίνει με α) επαρκή χορήγηση υγρών μετά την επέμβαση για μείωση της γλοιότητας του αίματος, β) ασκήσεις των κάτω άκρων, που διδάσκονται πριν από την επέμβαση, γ) ελαστική περίδεση, δ) έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι, ε) μη πρόσδεση του αρρώστου στο φορείο, όσο θα βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης, εφόσον υπάρχουν προφυλακτικές στο φορείο, στ) αποφυγή τοποθέτησης υποστηρίγματος κάτω από τα γόνατα του αρρώστου και καθιστής θέσης στο χείλος του κρεβατιού με κρεμασμένα τα άκρα.

Θεραπεία. Ορισμένοι χειρουργοί προχωρούν σε απολίνωση των φλεβών που προσβλήθηκαν, για να προληφθεί η πνευμονική εμβολή. Η αντιπηκτική αγωγή δίνεται τόσο για πρόληψη όσο και για θεραπεία. Η ηπαρίνη χρησιμοποιείται συχνά όταν επιθυμούμε άμεσο αποτέλεσμα.

Ο συχνός έλεγχος του χρόνου πήξης του αίματος, για ρύθμιση της δόσης της, θεωρείται τελείως απαραίτητος. Η δικουμαρόλη με τα όμοια με αυτή σε δράση φάρμακα χρησιμοποιούνται για τον ίδιο σκοπό. Δίνονται από το στόμα. Η δράση τους αρχίζει μετά από 24 ώρες. Η ημερήσια δόση ρυθμίζεται με βάση τον καθημερινό προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης του αίματος. Η ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό συγκολλητικό επίδεσμο ή ελαστικές κάλτσες, αποτελεί άριστο προφυλακτικό και θεραπευτικό μέσο. Η περίδεση εμποδίζει τη λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα και μειώνει τον πόνο.

10.- Πνευμονικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό είναι οι συχνότερες και σοβαρότερες από αυτές που αντιμετωπίζει η χειρουργική ομάδα. Οι άρρωστοι που έχουν πνευμονική πάθηση πριν από την επέμβαση αναπτύσσουν ευκολότερα βαριές επιπλοκές μετά την επέμβαση. Γι' αυτό, αν υπάρχει οξεία νόσος του αναπνευστικού, η επέμβαση αναβάλλεται, εκτός αν είναι επείγουσα.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι τα εξής:

- Λοιμώξεις στόματος, μύτης, λαιμού.
- Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού, ειδικά του αιθέρα, στο βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος, με συνέπεια την αύξηση των βλεννωδών εκκρίσεων.
- Εισρόφηση εμεσμάτων.
- Επιπόλαιες αναπνοές εξαιτίας πόνου που προκαλούν οι βαθιές αναπνοές σε περιπτώσεις όπου τα τραύματα βρίσκονται στην άνω κοιλία και το θώρακα.
- Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι.
- Παχυσαρκία ή καχεξία, πολύ μεγάλη ή πολύ μικρή ηλικία.

Οι πνευμονικές μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται σε συντομία παρακάτω.

α) **Ατελεκτασία.** Η τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο εμποδίζει τον αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται από αυτό, με αποτέλεσμα τη μη έκπτυξη του πνευμονικού ιστού. Το μέρος αυτού του

παρεγχύματος, ενώ δεν αερίζεται, αρδεύεται από αίμα, το οποίο ανοξυγόνωτο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα επιστρέφει στην αριστερή καρδιά και αναμιγνύεται με οξυγονωμένο. Μεγάλες ατελεκτασικές περιοχές δημιουργούν μια μεγάλη βαθμού παράκαμψη (shunt), με αποτέλεσμα την κεντρική κυάνωση. Οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι πολλοί και διάφοροι.

Οι προεγχειρητικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν: μικρή κίνηση του πνευμονικού παρεγχύματος εξαιτίας καταστάσεων που περιορίζουν την κινητικότητα των πλευρών ή του διαφράγματος και χρόνιες ή πρόσφατες οξείες νόσοι των πνευμόνων ή φαρυγγικές λοιμώξεις.

Οι κατά τη διάρκεια της εγχείρησης παράγοντες είναι: πολύ βαθιά αναισθησία, εισρόφηση ξένου υλικού στο βρογχικό δέντρο, ερεθισμός του διαφράγματος ή κάκωσης των κοιλιακών τοιχωμάτων από χρησιμοποίηση βαριών αγκίστρων της άνω κοιλίας, ξήρανση των εκκρίσεων εξαιτίας υπερβολικής χρήσης ατροπίνης, χρησιμοποίηση θέσης Trendelenburg, χρησιμοποίηση μυοχαλαρωτικών στην αναισθησία, που δεν εξουδετερώνονται επαρκώς μετά την επέμβαση, και, τέλος, πνευμοθώρακας ή αιμοθώρακας.

Οι μετεγχειρητικοί παράγοντες είναι: αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή εξαιτίας απρόσεκτης χρήσης μορφίνης, εισρόφηση εμεσμάτων, αίματος κλπ., πόνος, ειδικά στο θώρακα και την άνω κοιλία και μετεγχειρητική διάταση κοιλίας.

β) Βρογχίτιδα. Παρουσιάζεται συνήθως τις πρώτες 5 – 6 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι βήχας με απόχρεμψη χωρίς αξιόλογη ανύψωση της θερμοκρασίας και αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

γ) Βρογχοπνευμονία. Είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας πνευμονική επιπλοκή κατά την ατελεκτασία. Εκτός από παραγωγικό βήχα, στη θερμοκρασία παρουσιάζει αξιοσημείωτη ανύψωση και ο σφυγμός είναι συχνός.

δ) Λοβώδης πνευμονία. Είναι η πιο σπάνια μετεγχειρητική πνευμονική επιπλοκή. Συνήθως αρχίζει με ρίγη και ακολουθεί αύξηση θερμοκρασίας, συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Πιθανώς να συνυπάρχει και βήχας. Στον άρρωστο χορηγούνται αντιβιοτικά και άφθονα υγρά.

ε) Υποστατική πνευμονική συμφόρηση. Αποτελεί μια κατάσταση που εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα. Το αίμα λιμνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξαιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου στο κρεβάτι. Πολλές φορές τα συμπτώματα δεν είναι έκδηλα για αρκετό χρόνο και μπορεί να περιορίζονται σε μικρή αύξηση θερμοκρασίας, σφίξεων και αναπνοών και σε ελαφρό βήχα. Μια κλινική εξέταση, όμως, δείχνει αμβλύτητα και ρόγχους στα κατώτερα μέρη του πνευμονικού παρεγχύματος. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Αν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, πρέπει να γυρίζει συχνά στο κρεβάτι και να του χορηγούνται καρδιοτονωτικά.

στ) Πλευρίτιδα. Είναι σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή. Κύριο σύμπτωμά της είναι ένας οξύς διαξιφιστικός πόνος στον πάσχον ημιθώρακιο, που επιδεινώνεται με την βαθιά εισπνοή. Ακόμα, παρατηρείται μικρή αύξηση της θερμοκρασίας και της συχνότητας του σφυγμού, ενώ οι αναπνοές είναι γρήγορες και επιπόλαιες.

ζ) Πνευμονική εμβολή. Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος που αποσπάστηκε από το σημείο όπου πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος που φθάνει στην καρδιά από την περιφέρεια προωθείται από το αίμα μέσα στην πνευμονική αρτηρία, της οποίας αποφράσσει κάποιον κλάδο.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος, που βρίσκεται στην περίοδο ανάρρωσης, ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός γίνεται συχνός και άρρυθμος και τελικά αψηλάφητος και ο άρρωστος καταλήγει.

Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει μέσα σε 30 min, υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει.

Η επιπλοκή αυτή μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε μετά την εγχείρηση, όμως εμφανίζεται συχνότερα κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας, όταν ο άρρωστος αυξάνει τις δραστηριότητές του. Πιθανόν, θρόμβοι που σχηματίστηκαν αποσπώνται εξαιτίας της εντονότερης κίνησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Η προσεκτική παρατήρηση και φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι συνεχής όλη την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Σημεία που πρέπει να θεωρούνται σοβαρά και να αναφέρονται αμέσως είναι αύξηση θερμοκρασίας και σφίξεων, αναπνοές και συνοδεύονται από θωρακικό πόνο, δύσπνοια και βήχα, ενώ ο άρρωστος μπορεί να είναι αγχώδης και ανήσυχος.

Η προφυλακτική αγωγή στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνουν μέτρα για προαγωγή του αερισμού των πνευμόνων. Έτσι, στο σχέδιο φροντίδας του αρρώστου περιλαμβάνονται τουλάχιστο 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα. Συχνά, για την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων χρησιμοποιούνται διάφορες συσκευές, όπως προωθητικό σπιρόμετρο, φιάλη εμφύσησης ή αναπνευστήρας Abler. Το γύρισμα του αρρώστου από το ένα πλάγιο στο άλλο προκαλεί συνήθως βήχα, που απομακρύνει τις βλεννώδεις εκκρίσεις από το βρογχικό δέντρο και προάγει τον αερισμό. Τυχόν διάταση εντέρου πρέπει να αντιμετωπίζεται, για να μην επιβαρύνει την λειτουργία των πνευμόνων και της καρδιάς. Αν οι βλέννες δεν απομακρύνονται, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να χρησιμοποιηθεί αναρρόφηση μέσα από βρογχοσκόπιο. Ένα από τα αποτελεσματικότερα προφυλακτικά μέτρα κατά των πνευμονικών επιπλοκών είναι η έγκαιρη έγερση του αρρώστου και η δραστηριοποίησή του. αυτή αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό και, κατά συνέπεια, βελτιώνει τον αερισμό και όλες τις λειτουργίες του σώματος. Ο άρρωστος πρέπει να λαμβάνει πολλά υγρά, αποχρεμπτικά και αντιβιοτικά.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας είναι η εισπνοή ομίχλης ή ατμών.

Στη λοβώδη πνευμονία και βρογχοπνευμονία ο άρρωστος προτρέπεται να παίρνει υγρά, ενώ παράλληλα του χορηγούνται αποχρεμπτικά και τονωτικά φάρμακα. Οι περισσότεροι άρρωστοι θεραπεύονται αποτελεσματικά με χορήγηση αντιβιοτικών.

11.- Επιπλοκές από το πεπτικό

α) Εντερική απόφραξη. Συμβαίνει συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου και της πυέλου, ειδικά όταν είναι απαραίτητη παροχέτευση, και εκδηλώνεται την 3^η με 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Τα συμπτώματα είναι οξύς

πόνος στην κοιλιά, σαν κωλικός, με μεσοδιαστήματα ηρεμίας, των οποίων η διάρκεια μειώνεται βαθμιαία. Ο άρρωστος συνήθως παρουσιάζει πυρετό και αύξηση της συχνότητας των σφίξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται, με αποτέλεσμα διάταση του εντέρου, παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου προς το στομάχι και αποβολή του με έμετο.

Θεραπεία. Η διάταση πάνω από την απόφραξη προλαμβάνεται με συνεχή αναρρόφηση. Η φλεγμονή στο σημείο της απόφραξης μπορεί να υποχωρήσει και η απόφραξη να λυθεί. Πολλές φορές είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου. Παράλληλα, γίνεται αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που χάνονται, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

β) Λόξυγκας. Παρουσιάζεται συχνά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Μπορεί να εκδηλωθεί με ελαφρά μορφή, που υποχωρεί αυτόματα ή με απλή θεραπεία.

Ο λόξυγκας, που είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος, οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή του (μέσα στο νωτιαίο μυελό) ως τις απολήξεις του (κάτω επιφάνεια του διαφράγματος).

Ο ερεθισμός μπορεί να είναι **α) άμεσος**, όπως συμβαίνει σε διάταση στομάχου, περιτονίτιδα, υποδιαφραγματικό απόστημα, διάταση κοιλιάς, πλευρίτιδα, όγκο θώρακα και σωλήνες παροχέτευσης που πιέζουν τα νεύρα. **β) έμμεσος**, όπως συμβαίνει σε τοξιναιμία, ουραιμία κλπ., που διεγείρουν το κέντρο ή **γ) αντανακλαστικός**, όπως σε έκθεση στο ψύχος, λήψη πολύ κρύων ή πολύ ζεστών υγρών.

Αν ο λόξυγκας επιμένει, μπορεί να παρατηρηθούν συμπληρώματα έντονης δυσφορίας και σοβαρές διαταραχές, όπως έμετοι, διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας υγρών, κακή θρέψη, εξάντληση και πιθανή ρήξη τραύματος.

Θεραπεία. Πρέπει να απομακρυνθεί η αιτία που προκαλεί το λόξυγκα, πράγμα που σε πολλές περιπτώσεις είναι απλό, όπως αναρρόφηση περιεχομένων στομάχου ή εντέρου, βράχυνση ή αφαίρεση σωλήνων παροχέτευσης ή πιεστική επίδεση σε πλευρίτιδα. Σε άλλες όμως περιπτώσεις, η απομάκρυνση της αιτίας είναι δύσκολη και η θεραπεία στοχεύει στο ίδιο το λόξυγκα. Τέτοια μέσα συμπτωματικής θεραπείας είναι: λήψη μισού ποτηριού

νερού μέσα στο οποίο διαλύεται ένα κουταλάκι σόδας, κατάποση κομματιών πάγου, απομύζηση λεμονιού, λήψη ξυδιού, αλατιού ή ζάχαρης και συγκράτησης της αναπνοής με σύγχρονη λήψη κρύου νερού.

Ακόμα προτείνονται: για λίγα λεπτά πίεση των οφθαλμικών βολβών με κλειστά βλέφαρα, πρόκληση εμέτου, πλύση στομάχου, ενδοφλέβια ένεση ατροπίνης, εισπνοές CO₂, αποκλεισμός φρενικού νεύρου, απολίνωση φρενικού νεύρου, και τέλος, εισαγωγή ελαστικού καθετήρα μέσα στο φάρυγγα και σε βάθος 9 – 12 cm, για διακοπή του αντανακλαστικού τόξου που δημιουργεί το λόξυγκα.

12.- Επιπλοκές στο τραύμα

α) Αιμάτωμα. Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θόρυβος είναι μικρός, απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

β) Λοίμωξη. Για τις περισσότερες λοιμώξεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη είναι το κολοβακτηρίδιο, το πτυοκυανικό βακτηρίδιο (ψευδομονάδα), ο στρεπτόκοκκος και άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36 – 48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας. Η συχνότητα των σφίξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. Αν η φλεγμονή εντοπίζεται βαθιά, μπορεί να απουσιάζουν τα τοπικά σημεία.

Θεραπευτικά, γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης, μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια υγρού του τραύματος. Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα.

γ) Ρήξη ραμμάτων – εκσπλάχνωση. Η επιπλοκή αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων εξαιτίας λοίμωξης, βήχα και μεγάλης κοιλιακής διάταξης.

Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά, με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο, που συνήθως συνδυάζεται με έμετο. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγουν από το τραύμα βαθμιαία ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Ο νοσηλευτής πρέπει αμέσως να ειδοποιήσει το γιατρό. Αν προβάλλουν εντερικές έλικες, σκεπάζονται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

Για την πρόληψη ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος.

Η εκσπλάγχνωση είναι συχνότερη σε αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους, οι οποίοι μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμέτους, τυμπανισμό κοιλιάς ή πνευμονικές επιπλοκές.

1.3.- Επιπλοκές από το νευρικό σύστημα

Η συχνότερη επιπλοκή από το νευρικό σύστημα στο μετεγχειρητικό άρρωστο είναι το παραλήρημα (τοξικό, τραυματικό και τρομώδες).

α) Τοξικό παραλήρημα εμφανίζεται σε συνδυασμό με σημεία και συμπτώματα γενικής τοξιναιμίας. Ο άρρωστος είναι σε βαριά κατάσταση, η θερμοκρασία του είναι πολύ ψηλή, καθώς και η συχνότητα των σφίξεων του. Το πρόσωπό του είναι υπεραίμικο και τα μάτια του λαμπερά και απλανή. Είναι ανήσυχος, κινείται συνεχώς και προσπαθεί να σηκωθεί από το κρεβάτι. Τέλος, παρουσιάζει μεγάλο βαθμού διανοητική σύγχυση.

Τοξικό παραλήρημα παρουσιάζεται συχνότερα σε αρρώστους με γενικευμένη περιτονίτιδα ή άλλες σηπτικές καταστάσεις.

Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά. Ο αιτιολογικός παράγοντας καταπολεμάται με αντιβιοτικά. Παρά ταύτα, ο άρρωστος πολλές φορές δεν επιβιώνει.

β) Τραυματικό παραλήρημα παρουσιάζει μετά οποιοδήποτε τραυματισμό, ειδικά σε πολύ νευρικά άτομα. Μπορεί να εκδηλωθεί ως οξύς μανιακός παροξυσμός, απλή σύγχυση με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις ή ως μελαγχολική κατάθλιψη. Θεραπευτικά, χρησιμοποιούνται κατευναστικά φάρμακα, όπως ένυδρη χλωράλη, παραλδεύδη και μορφίνη. Η κατάσταση αυτή συνήθως αρχίζει και υποχωρεί απότομα.

γ) Τρομώδες παραλήρημα παρουσιάζεται μετεγχειρητικά σε αλκοολικούς αρρώστους. Η αιθυλική αλκοόλη βλάπτει όλα τα όργανα τόσο,

που σε μεγάλες επεμβάσεις και σε ατυχήματα οι αλκοολικοί να παρουσιάζουν πολύ μειωμένη αντίσταση συγκριτικά με τους μη αλκοολικούς. Ακόμα, τα αλκοολικά άτομα δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην αναισθησία.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται καλά για μερικές ημέρες. Όμως, η μακροχρόνια αποχή από το οινόπνευμα τον κάνει ανήσυχο, νευρικό και ευερέθιστο για ασήμαντα πράγματα. Η έκφρασή του αλλάζει τελείως, κοιμάται λίγο και συχνά ταραζεται από εφιάλτες. Όταν τον πλησιάσει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής ξυπνά απότομα και ρωτά «ποιος είσαι;» και όταν τον πληροφορήσουν ποιος είναι, φαίνεται φυσιολογικός για μικρό διάστημα.

Η δραστική αγωγή σ' αυτό το στάδιο μπορεί να προλάβει πιο βίαιο τρομώδες παραλήρημα.

Το τρομώδες παραλήρημα μπορεί να παρουσιαστεί αιφνίδια ή βαθμιαία. Αν γίνει προσπάθεια περιορισμού του αρρώστου, αυτός αγωνίζεται σαν μανιακός. Συχνά τραυματίζει τον εαυτό του και τους άλλους. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση. Μένει άπυνος, παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση και τρόμο στα κάτω άκρα και μετά από πολλές βασανιστικές ώρες, πέφτει σε λήθαργο.

Η θεραπευτική αγωγή αυτών των αρρώστων, όταν είναι δυνατό πρέπει να αρχίζει 2 – 3 ημέρες πριν από την επιχείρηση με προαγωγή της μέγιστης απέκκρισης της αιθυλικής αλκοόλης από τους νεφρούς, το έντερο και το δέρμα. Τα μέτρα αυτά πρέπει να συνεχίζονται και μετά την επέμβαση, ειδικότερα όταν εκδηλώνονται τα πρώιμα συμπτώματα της κατάστασης. Στον άρρωστο χορηγούνται κατευναστικά ή ηρεμιστικά. Κύριο αίτιο των συμπτωμάτων σε χρόνιους αλκοολικούς θεωρείται η ελάττωση των αποθεμάτων υδατανθράκων του οργανισμού και ανεπαρκής απορρόφηση βιταμινών. Γι' αυτό, χορηγούνται ενδοφλέβια γλυκόζη και βιταμίνες σε συμπυκνωμένη μορφή από το στόμα ή παρεντερικά²².

7.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1.- ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ. Παρατηρείται:

A.- Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται 1) τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, 2) η θερμοκρασία του σώματος μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, 3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

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

B.- Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται 1) αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές $200.000 - 3.000.000/\text{mm}^3$). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000/\text{mm}^3$ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, 2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχιες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο – ουλορραγίες, 3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: 1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, 2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.α., πρέπει να είναι μικράς διάρκειας, 3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α.

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

Γ.- Αναιμία

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

β) Βοηθείται ο άρρωστος με 1) διαιτολόγο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, 2) αποφυγή κόπωσης, 3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, 4) περιορισμός της απώλειας αίματος²⁴.

2.- ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. Εκδηλώνονται με:

A.- Ναυτία, εμέτους

α) Παρακολουθείται 1) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, 2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και 3) η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως: 1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, 2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, 3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, 4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία, 5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, 6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, 7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, 8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, 9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρουδιά), 10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, 11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

β) Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων με 1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει

εντολή γιατρού γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμέτους του αρρώστου· πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών. 2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.α., 3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και 4) διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης^{24, 25}.

B.- Διάρροια/Συσπάση Κοιλιακών Μυών

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

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

γ) Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με 1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, 2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, 3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και 4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού²⁴.

3.- ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ – ΈΛΚΗ (ΠΛΗΓΕΣ) ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

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

β) Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με 1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξυνές) τροφές, 2) την οργάνωση προγράμματος

φροντίδας στοματικής κοιλότητας, όπως αναφέρεται στη σελ. 114 σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων και 3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.

γ) Προσφέρεται βοήθεια για την θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες)^{24, 25}.

4.- ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

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

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

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

5.- ΩΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ (ΤΟΞΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΤΩΝ ΑΥΤΩΝ)

α) Εκτίμηση η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει η θεραπεία.

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

6.- ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

α) Παρακολουθείται 1) η λειτουργία του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, 2) Η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να

προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

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

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

7.- ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

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

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

8.- ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ

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

β) Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικού μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας²⁴.

9.- ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

α) Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στέρωση^{10, 24}.

β) Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης²⁴.

10.- ΑΛΩΠΕΚΙΑ (ΠΤΩΣΗ ΜΑΛΛΙΩΝ)

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

β) Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10 – 15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

γ) Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντίλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωση να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισής της^{24, 25}.

11.- ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

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

β) Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α. αν υπάρχουν²⁴.

12.- ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τους οφθαλμούς είναι σχετικώς σπάνιες, απαιτείται όμως να τις γνωρίζουμε, να τις υποψιαζόμαστε και να προχωρούμε στη διερεύνηση κάθε αναφερόμενου προβλήματος από την όραση. Επιπλέον, είναι σκόπιμο να ελέγχουμε τα μάτια, ακόμα και απουσία συμπτωμάτων, εφόσον οι ασθενείς μας παίρνουν φάρμακα που είναι γνωστό ότι μπορεί να δώσουν, έστω και σπανίως, ανεπιθύμητες ενέργειες από τα μάτια και την όραση. Κι αυτό γιατί η βλάβη μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να είναι σοβαρή και να επιφέρει ανεπανόρθωτες βλάβες¹⁰.

13.- ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗ

Είναι πολύ εύκολο να επισυμβεί εξαγγείωση ενός κυτταροστατικού σε ασθενείς με καρκίνο, εξαιτίας των πολλών φλεβοκεντήσεων και της ενδοφλέβιας χορήγησης ορών και φαρμάκων, αλλά των οποίων είναι ερεθιστικά για το τοίχωμα των αγγείων. Πρόσθετοι παράγοντες που αυξάνουν

την πιθανότητα εξαγγείωσης είναι προηγηθείσες φλεβίτιδες, λεμφικό οίδημα. χρήση του ενός μόνο άκρου κλπ.

Εξαγγειώσεις συμβαίνουν σε κυμαινόμενο, μικρό όμως, ποσοστό ασθενών, και – αναλόγως του είδους του φαρμάκου, της ποσότητας που εκχύθηκε κλπ. – μπορεί να προκαλέσουν από απλό ερύθημα έως βαριά νέκρωση που απαιτεί πλαστική επέμβαση για αποκατάσταση.

Σε περιπτώσεις εξαγγείωσης ερεθιστικού φαρμάκου, πρέπει να γίνουν οι εξής ενέργειες:

1.- Αναρρόφηση του φαρμάκου, αν είναι δυνατόν.

2.- Τοπική διήθηση με φυσιολογικό ορό ή με διάλυμα κορτιζόνης ή άλλης ειδικής κατά περίπτωση ουσίας.

3.- Άμεση τοπική εφαρμογή πάγου, ώστε λόγω της αγγειοσυσπασσης από την ψύξη να περιοριστεί η αιμάτωση.

4.- Παρακολούθηση των τοπικών αντιδράσεων στην πρόοδο του χρόνου.

5.- Μετά την εγκατάσταση της νέκρωσης είτε γίνεται συνεχής περιποίηση έως τη σύγκλειση κατά δεύτερο σκοπό, είτε κατά πλαστική χειρουργική επέμβαση¹⁰.

14.- ΚΑΡΔΙΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Η καρδιά μπορεί να υποστεί βλάβες, είτε από ακτινοβολία (περικαρδίτις, ισχαιμία, έμφρακτο) είτε από ορισμένα κυτταροτοξικά φάρμακα (μυοκαρδιοπάθεια, περικαρδίτις) που ο γιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζουν ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσουν έγκαιρα το πρόβλημα και ενδεχομένως να το προλάβουν μειώνοντας ή διακόπτοντας το φάρμακο. Ιδιαίτερη επαγρύπνηση απαιτείται για τους ασθενείς που επιβάλλεται να υποστούν συγχρόνως χημειοθεραπεία με ανθρακυκλίνες (Αντριαμυσίνη, Επιρουβικίνη) και ακτινοβολία μεσοθωρακίου, οπότε ο κίνδυνος καρδιοτοξικότητας αυξάνεται σημαντικά.

15.- ΠΝΕΥΜΟΝΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Ορισμένα κυτταροτοξικά φάρμακα (μπλεομυσίνη, βουσουλφάνη, κυκλοφωσφαμίδη, νιτροζουρίες) μπορεί να προκαλέσουν πνευμονικές βλάβες στους καρκινοπαθείς ασθενείς²⁵.

7.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

ΠΡΩΙΜΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Αυτές είναι:

1.- ΑΚΤΙΝΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νέκρωσης) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), η επούλωσή του γίνεται πολύ αργά εφόσον άμεσα συσχετίζεται με κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (τα κύτταρα αυτά είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία, καταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική επεξεργασία της περιοχής των ιστών που νεκρώθηκαν).

Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

1.- Ερυθματώδης: Εμφανίζεται την 1^η έως 3^η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας.

2.- Φυσαλιδώδης: Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1^η και 2^η εβδομάδα.

3.- Εσχαροποιητική: Εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα – οίδημα δέρματος – φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Σπάνια, μπορεί ακόμη να παρουσιαστεί κατά την ακτινοθεραπεία ατροφία ή συρρίκνωση του δέρματος.

2.- ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΥΕΛΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

3.- ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΠΟΥ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΟΥΝΤΑΙ και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

ΏΣΙΜΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Αυτές είναι,

1.- Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

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

3.- Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί του προγόνους).

4.- Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά.

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

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- 1.- Γενική καταβολή δυνάμεων
- 2.- Ναυτία – εμέτους
- 3.- Ανορεξία
- 4.- Απώλεια βάρους
- 5.- Πυρετική δεκατική κίνηση

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν τον άρρωστο είναι παροδικά και διαρκούν λίγες ημέρες ή εβδομάδες

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε ακτινοδερματίτιδα,

- 1.- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται
- 2.- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- 3.- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό

4.- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή

5.- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα

6.- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό

7.- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

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

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

1.- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα

2.- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό δεν είναι δυνατόν – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λεύκωμα και υψηλής θερμιδικής αξίας).

3.- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.

4.- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίζει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

1.- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.

2.- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια.

3.- Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα)²⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Ο πληθυσμιακός έλεγχος (screening) μπορεί κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της νόσου εφόσον αυτή πλήρη τα κριτήρια εφαρμογής της μεθόδου. Οι καλύτερες δοκιμασίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως screening tests σήμερα είναι το διακοιλιακό υπερηχογράφημα και ο καρκινικός δείκτης CA – 125. Η συνδυασμένη προσέγγιση με την ταυτόχρονη και διαδοχική εφαρμογή αυτών των δύο μεθόδων, μπορεί να προσφέρει ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά την πρόληψη για την ανάπτυξη της νόσου στις ομάδες μέσου και υψηλού κινδύνου. Πέντε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων αναμένονται να είναι διαφωτιστικά, βρίσκονται σήμερα σε εξέλιξη στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες^{11, 26}.

Στον πίνακα 6 αναγράφονται μερικά από τα προβλήματα που αφορούν στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο των ωοθηκών.

Πίνακας 6 – Προβλήματα του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο των ωοθηκών

- Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η έγκαιρη διάγνωση μειώνει τη θνησιμότητα
- Δεν είναι γνωστά τα αίτια και ο τρόπος εξέλιξης του καρκίνου των ωοθηκών
- Καμιά δοκιμασία από μόνη της δεν αρκεί για την έγκαιρη διάγνωση. Ο συνδυασμός περισσότερων δοκιμασιών φαίνεται να δίνει κάποιες υποσχέσεις
- Δεν έχουν εκτιμηθεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου
- Δεν έχει εκτιμηθεί αν τα διαθέσιμα σήμερα μέσα για τον προληπτικό έλεγχο γίνονται αποδεκτά και σε κάποιο βαθμό από το γυναικείο πληθυσμό στο σύνολό του
- Δεν είναι εφικτό, με τις διαθέσιμες σήμερα γνώσεις, να απομονωθεί από το πληθυσμό ομάδα υψηλού κινδύνου

8.1.1 Δοκιμασίες Προληπτικού Ελέγχου

Η εξειδίκευση είτε του CA – 125 είτε του υπερηχοτομογραφήματος της πυέλου, όταν εκτελούνται ως δοκιμασίες προληπτικού ελέγχου σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, δεν ξεπερνά το 97%. Αυτά τα δεδομένα οδηγούν στην πρόβλεψη ότι, εάν επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί μια από τις δύο αυτές δοκιμασίες για προληπτικό έλεγχο, θα προέκυπταν περισσότερες από 50 ψευδώς θετικές περιπτώσεις για κάθε μια περίπτωση καρκίνου των ωοθηκών. Το CA – 125, ως δοκιμασία προληπτικού ελέγχου, έχει χαμηλή ευαισθησία και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να διαφύγουν περιπτώσεις αρχομένου καρκίνου των ωοθηκών. Συγκεκριμένα, στο στάδιο I η ευαισθησία του CA – 125 δεν ξεπερνά το 50%. Όσον αφορά στο υπερηχοτομογράφημα της πυέλου, από μόνο του, επίσης, έχει χαμηλή ευαισθησία, ίσως λίγο καλύτερη από το CA – 125. Με το υπερηχοτομογράφημα δια του κόλπου της γυναίκας επιτυγχάνονται υψηλότερα ποσοστά ευαισθησίας και εξειδίκευσης, με το επιπλέον πλεονέκτημα ότι δεν απαιτείται προηγουμένως η εξεταζόμενη να πάρει πολλά υγρά προκειμένου να διαταθεί η ουροδόχος κύστη, προϋπόθεση για τη μελέτη των ωοθηκών με το κλασικό τρόπο από το υπογάστρια. Η εξειδίκευση μπορεί να βελτιωθεί ακόμα πιο πολύ εάν χρησιμοποιηθεί το έγχρωμο Doppler ροής, στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται κάποια παθολογική κατάσταση στην πύελο με το υπερηχοτομογράφημα.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι καμιά δοκιμασία από μόνη της δεν αρκεί για προληπτικό έλεγχο. Η μόνη τακτική που έχει φανεί να εξασφαλίζει ικανοποιητικά ποσοστά θετικής προβλεπτικής αξίας είναι η διαδοχική χρησιμοποίηση του CA – 125 και των υπερήχων (Πίνακας 8.1). Ακόμα, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι με την χρησιμοποίηση πολλών δεκτών καρκίνου, επιπλέον του CA – 125, ενδεχομένως να βελτιώνεται η ευαισθησία, χωρίς να μειώνεται σημαντικά η εξειδίκευση.

Η διαδοχική χρησιμοποίηση του υπερηχοτομογραφήματος και του έγχρωμου Doppler, ως δεύτερης απεικονιστικής εξέτασης, φαίνεται να εξασφαλίζει ικανοποιητική διαγνωστική ακρίβεια, ακόμα και για τα αρχόμενα νεοπλάσματα των ωοθηκών.

Παρ' όλον ότι η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση περιλαμβάνεται στις εξετάσεις ρουτίνας, παράλληλα με τη λήψη δείγματος από τον τράχηλο, η ευαισθησία της και η εξειδίκευσή της κυμαίνονται σε, σχετικώς, χαμηλά επίπεδα (περίπου 97%), ώστε να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον προληπτικό έλεγχο (Σύνοψη 2). Ιδιαίτερα, μάλιστα, για το γυναικείο πληθυσμό που έχει έμμηνη ρύση, διαπιστώνεται υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αξιολογήσεων, όταν την εξέταση πραγματοποιούν μη ειδικοί γιατροί. Επιπλέον με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση δε φαίνεται να είναι εφικτή η έγκαιρη διάγνωση νεοπλασιών στις ωοθήκες.

8.1.2. Προληπτικός Έλεγχος Σε Γυναίκες Με Οικογενειακό Ιστορικό Καρκίνο

Οι γνώμονες των ειδικών πάνω στο συγκεκριμένο αυτό πρόβλημα είναι ότι για μεν τις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό κληρονομούμενου καρκίνου των ωοθηκών επιβάλλεται ο ετήσιος έλεγχος με υπερηχοτομογράφημα από την ηλικία των 25 χρόνων ή πέντε χρόνια πριν από την ηλικία που εμφανίστηκε καρκίνος των ωοθηκών στο νεαρότερο προσβληθέν μέλος της οικογένειας, για δε τη γυναίκα με μια μόνο συγγενή με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, οποιασδήποτε μορφής προληπτικός έλεγχος θα πρέπει να γίνεται μόνο στο πλαίσιο ερευνητικού πρωτοκόλλου²⁷.

Στον πίνακα (7) αναφέρονται ορισμένοι αποδεδειγμένοι προστατευτικοί παράγοντες για τον καρκίνο των ωοθηκών⁴.

Πίνακας 7 – Προστατευτικοί παράγοντες

Πολλές κυήσεις
Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων
Υστερεκτομία
Στεροποίηση
Ωοθηκεκτομία
Θηλασμός

8.2. Σχέση Καρκίνου Και Διατροφής

Αν και ο ρόλος της διατροφής στην αιτιολογία διαφόρων μορφών καρκίνου δεν έχει επαρκώς διευκρινιστεί, υπάρχουν πολλές ενδείξεις για μεταξύ τους συσχέτιση, θετική ή αρνητική.

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών φαίνεται να προφυλάσσει από τις περισσότερες μορφές καρκίνου. Το κόκκινο κρέας είναι στενά συνδεδεμένο με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και τα κορεσμένα λιπίδια ζωικής προέλευσης με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη και πιθανώς του παχέος εντέρου.

Υπερβολική πρόσληψη ενέργειας στα πρώτα χρόνια της ζωής, που πιθανόν αντανακλά μειωμένη φυσική δραστηριότητα, μπορεί να είναι υπεύθυνη για την επανειλημμένη διαπιστωμένη θετική σχέση μεταξύ του αναστήματος και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και νεοπλασιών άλλων εντοπίσεων. Η σωματική δραστηριότητα κατά την ενήλικη ζωή ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, πιθανόν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και ενδεχομένως άλλων εντοπίσεων. Η παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή, η οποία οφείλεται είτε σε πλεόνασμα ενεργειακής πρόσληψης ή σε μειωμένη σωματική άσκηση, σχετίζεται ισχυρά με τον καρκίνο του ενδομητρίου, το μετεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού και πιθανόν τον καρκίνο του νεφρού και της χοληδόχου κύστης. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ενδομήτρια ανάπτυξη μπορεί να σχετίζεται θετικά με ορισμένους τύπους καρκίνου στη μετέπειτα ζωή, κατεξοχήν με την παιδική λευχαιμία και τον καρκίνο του μαστού.

Από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες προστιθέμενες ουσίες, το μαγειρικό αλάτι συμβάλλει στην αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου, ενώ η κατανάλωση αλατισμένων ψαριών στη βρεφονηπιακή ηλικία, που συνηθίζεται σε ορισμένες περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας, συμβάλλει στην αιτιολογία του καρκίνου του ρινοφάρυγγα στη μετέπειτα ζωή.

Τα πολύ ζεστά ποτά έχουν ενοχοποιηθεί στην αιτιολογία του καρκίνου του οισοφάγου. Μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, σε συνέργια με το κάπνισμα, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου στο ανώτερο αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα, ενώ η αλκοολική κίρρωση του ήπατος

μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του ήπατος. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η κατανάλωση αιθανόλης, ακόμη και σε μικρές ποσότητες, ενδέχεται να αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού⁴.

8.3. Ψυχολογικά Προβλήματα Του Αρρώστου Με Καρκίνο

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί την θεραπεία και την παρακολούθησή του από το γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται κατά τον Ross με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση κατάθλιψης. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους²⁴.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει τον άνθρωπο και το περιβάλλον του και να συμβάλλει θετικά στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς απαιτείται από τον νοσηλευτή:

1.- Τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.

2.- Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και να απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.

3.- Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και την μετεγχειρητική πορεία.

4.- Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.

5.- Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του.

6.- Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μια καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου σε συνδυασμό με την φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευσή του μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτοποίηση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, που βοηθούν τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μαρτύριο της ψυχικής αναστάτωσης, είναι η πνευματική τοποθέτηση του όλου προβλήματος της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι άρρωστοι που αποδέχονται τη νόσο και τα οποιαδήποτε επακόλουθά της με πίστη, ως δοκιμασία με κάποιο πνευματικό νόημα και σκοπό, κατορθώνουν να περάσουν τις κρίσιμες αυτές φάσεις της ζωής με υπομονή, ειρηνικά και ανάλαφρα. Κάνουν απίστευτες υπερβάσεις, δραστηριοποιούνται και αποκαθίστανται επαγγελματικά γρηγορότερα, όσο το επιτρέπει η περίπτωση τους. Δεν χάνουν το θάρρος και την ελπίδα και στις δυσκολότερες στιγμές, ακόμα και όταν γνωρίζουν ότι βαδίζουν προς το τέλος της ζωής τους. Ευτυχής όποιος βρει το ισχυρό αυτό φάρμακο της πίστης, έστω και όταν τον επισκεφθεί ο καρκίνος.

8.4. Αποκατάσταση Καρκινοπαθούς

Ο όρος αποκατάσταση αναφέρεται στην επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση κατάσταση σωματικής και ψυχικο – κοινωνικής υγείας του. Και οι τρεις παράμετροι συνδέονται μεταξύ του, διότι η κάθε μία επηρεάζει και επηρεάζεται από την άλλη, έτσι που η διάκρισή τους είναι

δύσκολη. Η αποκατάσταση του αρρώστου αρχίζει από την είσοδό του στο νοσοκομείο. Βασικός σκοπός της είναι βελτίωση της ποιότητας ζωής του, προς τον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής του. Η εφαρμογή αποκατάστασης απαιτεί συνεργασία πολλών συντελεστών. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος – ανάλογα με την περίπτωση – απαιτεί ομαδική εργασία. Συχνά συνεργάζονται άρρωστος, οικογένεια, γιατρός ή γιατροί ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, τεχνικοί διαφόρων κλάδων κλπ. Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάσταση προκύπτουν από τη νόσο και τη θεραπεία.

- **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Με την εργασία το άτομο δραστηριοποιείται και καταξιώνεται στο κοινωνικό σύνολο. Και τα δύο είναι σημαντικά θέματα για το άτομο που θεραπεύτηκε από καρκίνο. Περισσότεροι από τους θεραπευμένους είναι ικανοί να συνεχίσουν την προηγούμενη εργασία τους ή να ασχοληθούν με κάτι άλλο. Μερικά άτομα, κυρίως εκείνα που το επάγγελμά τους απαιτεί σωματική κόπωση, μπορεί να έχουν προβλήματα παραμονής στο ίδιο επάγγελμα. Συχνά ευθύνεται ο ίδιος ο άρρωστος, διότι κατέχεται από μοιρολατρία για την νόσο και αίσθημα ανασφάλειας. Μπορεί ακόμα οι εργοδότες να έχουν εσφαλμένες ιδέες για την πρόγνωση. Άτομα που είναι ικανά να εργαστούν πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματά τους. Για τους παραπάνω λόγους σήμερα υπάρχει η τάση να ιδρύονται κέντρα αποκατάστασης, όπου αντιμετωπίζονται τα διάφορα προβλήματα²⁸.

8.5. Ο Νοσηλευτής Στη Φροντίδα Του Καρκίνου

Η πλέον σύγχρονη προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο είναι η Θεραπευτική – Διεπιστημονική Ομάδα, μια ομάδα Λειτουργών Υγείας διαφορετικών ρόλων και ειδικοτήτων που σχεδιάζει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου και βοηθά τον ασθενή και την οικογένειά του.

Τη Θεραπευτική Ομάδα αποτελούν:

- Ο Ιατρός

- Ο Νοσηλευτής
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός
- Ο Ψυχολόγος ή Ψυχίατρος
- ακόμα και ο Εφημέριος του Νοσοκομείου

Όλοι αυτοί που αποτελούν την ομάδα μάχονται για την καλύτερη ποιότητα νοσηλείας και την αναγνώριση των ασθενών ως ανθρώπινων όντων με μοναδικές ανάγκες.

Οι Νοσηλευτές λόγω εκπαιδευτικής κατάρτισης και θέσης μπορούν να αναλάβουν το συντονισμό της Θεραπευτικής Ομάδας και να συνεργαστούν με υπηρεσίες υποστήριξης – εστιαζόμενες στο πρόβλημα των ασθενών και των οικογενειών τους που υπόκεινται σε αλλαγές της ζωής του.

Για να καταστήσουν αυτές τις υπηρεσίες διαθέσιμες σε συνεχή βάση, οι Νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να συνεργασθούν μεταξύ τους και να έχουν διαρκή πρόσβαση σ' ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ανθρωπίνων σχέσεων. Ο Carlan πιστεύει ότι τα άτομα που ζουν κοντά στον ασθενή με καρκίνο αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματική κρίση και ένταση, που μπορούν να λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά όταν έχουν τακτική επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο το οποίο παρέχει συνεχή επικοινωνία. Εν όψει αυτής της πεποίθησης, η αμοιβαία υποστήριξη και παροχή συμβολών ανάμεσα στους Νοσηλευτές είναι ουσιαστικά στοιχεία στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Οι πολλές διαφορετικές φάσεις στη φροντίδα του καρκίνου παρέχουν στους Νοσηλευτές ευκαιρίες να αναλάβουν την ευθύνη και την έναρξη δραστηριοτήτων για την φροντίδα του ασθενούς, περισσότερο απ' ότι με άλλες ασθένειες. Για την πλειοψηφία των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο, οι Νοσηλευτές βλέπουν ότι χρειάζονται διαρκείς στρατηγικές παρακολούθησης και χειρισμού. Είναι αυτές οι στιγμές που οι Νοσηλευτές μπορούν να κάνουν εσκεμμένες μεταβολές στις προσεγγίσεις τους προς τους ασθενείς για ν' ανταποκριθούν στις ανάγκες τους για φροντίδα κατά προτεραιότητα. Παράλληλα, οι Νοσηλευτές θα αποκτήσουν μεγαλύτερη άνεση με τους ασθενείς και θ' αυξήσουν την ορατότητα των ευθυνών του ρόλου τους τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς και τους άλλους Λειτουργούς Υγείας.

Οι Νοσηλευτές πρέπει ν' αναλάβουν πραγματικά αρχηγικό ρόλο όσον αφορά την ευθύνη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκίνου. Πρέπει τώρα να προχωρήσουν στην ανάπτυξη μιας προσέγγισης ελέγχου που εστιάζεται στις πραγματικές πρακτικές των Νοσηλευτών και όχι σε ό,τι καταγράφεται στα αρχεία φροντίδας του ασθενούς με καρκίνο.

Γράφοντας για την ανάγκη νοσηλευτικής δράσης στη δημόσια αρένα, ο Aydelotte προσδιόρισε πέντε ουσιαστικές στάσεις που πρέπει ν' αναπτύξουν οι Νοσηλευτές:

1.- Σεβασμό, εμπιστοσύνη και ευρύτητα πνεύματος στη συνεργασία με άλλα άτομα.

2.- Αναγνώριση της πραγματικότητας σύγκρουσης και αντιπαράθεσης κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης αντικρουόμενων αιτημάτων.

3.- Προθυμία να μάθουν καινούργια γλωσσικά σύμβολα και αξίες στον ταχέως μεταβαλλόμενο κόσμο.

4.- Ικανότητα αλλαγής από το είδος αρχηγίας σε άλλο και ικανότητα ανταπόκρισης σε διαφορετικές καταστάσεις.

5.- Ενεργητική συνειδητοποίηση του ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη υποστήριξης και αποδοχής.

Οι Νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν την ανακατανομή των κυβερνητικών πόρων για την Υγεία, έτσι ώστε η φροντίδα και η θεραπεία να έχουν μια πιο ισοδύναμη ισορροπία ανάμεσά τους απ' ότι σήμερα. Οι Νοσηλευτές καρκίνου θα πρέπει να γίνονται όλο και πιο δραστήριοι στην πολιτική αρένα για να μπορούν να αντλήσουν πολλά από την πρακτική εμπειρία τους, όταν πληροφορούν τους πολιτικούς αρχηγούς για τις ανάγκες Υγείας διαφόρων ευπαθών πληθυσμών στην κοινωνία. Ακόμη πρέπει ν' αναζητούν ευκαιρίες να συμμετέχουν σε συντονισμούς απλών ανθρώπων για να προάγουν την ανακατανομή της προσπάθειας στη φροντίδα της Υγείας²⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

9.1. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κύριος φορέας για το σχεδιασμό πολιτικής φροντίδας ογκολογικού ασθενούς είναι το Υ.Υ.Π.Κ.Α και οφείλουμε να πούμε ότι μειονεκτεί σοβαρά από απόψεως νοσηλευτικού σχεδιασμού, που μας αφορά και που έχουμε λόγο.

Και για να γίνω πιο κατανοητή θα αναφερθώ σε βασικές αρχές που διέπουν την πολιτική νοσηλευτικής φροντίδας στις Η.Π.Α. και στην Κοινότητα (Ευρώπη) και αφορούν την περίθαλψη του ογκολογικού ασθενούς.

Στην Αμερική και με μικροδιαφορές στην Ευρώπη (όχι άξιος λόγου) η επαγγελματική εκπαίδευση είναι το Α και το Ω της σωστής νοσηλείας του ογκολογικού ασθενούς. Έτσι έχουμε στις Η.Π.Α. «Εθνικό Οργανισμό Αδελφών Ογκολογίας» (1975) και την «Εταιρία Αδελφών Παιδιατρικής Ογκολογίας». Το έτος 1978 ιδρύεται η «Κοινωνία Ογκολογικής Νοσηλευτικής» και κυκλοφορεί το περιοδικό Cancer Nursing, που στόχος του είναι η ενημέρωση σε θέματα ογκολογίας.

Ειδικότητα ογκολογίας και εξειδικευμένη εκπαίδευση σε τομείς όπως: Χ.Μ.Θ., πόνος, μετεγχειρητική περίθαλψη, φροντίδα στομίων, φροντίδα καθετήρων Hickman κλπ., ακτινοθεραπεία, κατ' οίκον νοσηλεία, χρήση Η/Υ.

Με τα προαναφερθέντα γίνεται σαφής η ανυπαρξία χάραξης ενιαίας πολιτικής φροντίδας ογκολογικού ασθενούς στην Ελλάδα.

Και ερχόμαστε να δούμε την Ελληνική πραγματικότητα και τις ηρωικές προσπάθειες των Νοσηλευτών για έναν καλύτερο αύριο. Όπως είναι γνωστό σε όλους μας ο καρκινοπαθής νοσηλεύεται στο Ειδικό αλλά και στο Γενικό Νοσοκομείο και τελευταία και στο σπίτι (με την ίδρυση της κατ' οίκον νοσηλείας). Σημειωτέον ότι τα παιδιά νοσηλεύονται στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των 2 Παιδιατρικών Νοσοκομείων της Αθήνας, παρακολούθησε το επιδοτούμενο πρόγραμμα κατάρτισης φροντίδας στο σπίτι παιδιών με καρκίνο και των οικογενειών τους με στόχο τη δημιουργία κατ' οίκον νοσηλείας παιδιών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ποικίλλει αναλόγως του χώρου εργασίας, γιατί η σωστή τοποθέτηση του νοσηλευτικού προσωπικού από το νοσηλευτική υπηρεσία είναι ουσιώδης για την καλή λειτουργία του Νοσοκομείου από τη μία πλευρά και την εξυπηρέτηση του ασθενή από την άλλη. Αυτό που λέμε ο κατάλληλος Νοσηλευτής στο κατάλληλο πόστο.

Στο Γενικό Νοσοκομείο τα πράγματα είναι πολύ διαφορετικά απ' ότι στο Ειδικό Νοσοκομείο, όσον αφορά του Ογκολογικού Ασθενή (Ο.Α.).

Εδώ το προσωπικό είναι λιγότερο ενημερωμένο ή καθόλου πολλές φορές για τις ιδιαιτερότητες του Ο.Α.

Και γεννιέται το ερώτημα: γιατί να μην υπάρχουν στα εξωτερικά ιατρείας που είναι η πρώτη επαφή του ασθενούς, εξειδικευμένοι στην Ογκολογία Νοσηλευτές; Αλλά θα μου πείτε για ποια εξειδίκευση μιλώ όταν δεν υπάρχει ειδικότητα. Εν πάση περιπτώσει έστω και Νοσηλεύτριες που να έχουν κάνει κάποια σεμιναριακά μαθήματα;

Ας έλθουμε όμως στο Ειδικό Νοσοκομείο.

Εδώ οι Νοσηλευτές – τρεις είναι κατά κανόνα άτομα που λόγω της εμπειρίας έχουν αποκτήσει την ευχέρεια χειρισμού των θεμάτων Ο.Α. χωρίς να ξεχνάμε να αναφέρουμε τις ολιγάριθμες εξαιρέσεις συναδέλφων που έχουν αποκτήσει τίτλο Εξειδίκευσης στο Εξωτερικό (πόνος, μεταμόσχευση μυελού, ΜΕΘ, κλπ)³⁰.

9.2. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης είναι το ζήτημα της ενημέρωσης του ασθενούς. Ενημέρωση του ασθενούς σημαίνει:

1^ο Δικαίωμα του ασθενούς να πληροφορηθεί για ότι αφορά στην υγεία του και

2^ο Υποχρέωση του γιατρού να διαφωτίσει τον ασθενή για την ασθένειά του και τη θεραπευτική αγωγή του.

η υποχρέωση αυτή δεν είναι μόνο δεοντολογική υποχρέωση, όπως πιστεύεται συνήθως στους ιατρικούς κύκλους, είναι και νομική υποχρέωση, της οποίας η αθέτηση (παράλειψη, κακή εκπλήρωση) αποτελεί λόγο αθέτησης των συμβατικών υποχρεώσεων του γιατρού ή και αδικαιοπραξία.

Ο γιατρός, όταν αναλαμβάνει τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έχει δύο βασικές υποχρεώσεις.

Η μία είναι η σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης εκτέλεση της ιατρικής πράξης και η άλλη είναι η υποχρέωση να ενημερωθεί ο ασθενής, ώστε να συμφωνήσει, να συναινέσει, να αποδεχθεί την ιατρική πράξη. Αθέτηση της μιας ή της άλλης υποχρέωσης έχει ως αποτέλεσμα την καταδίκη του γιατρού σε αποζημίωση ή ικανοποίηση ηθικής βλάβης.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την υποχρέωση ενημέρωσης, αφορούν κυρίως την ενημέρωση και συναίνεση ανηλίκων, την ενημέρωση και συναίνεση «κωλυόμενου» ασθενούς, δηλαδή ασθενούς που δεν έχει τις αισθήσεις του, την ενημέρωση και συναίνεση του ψυχικά ασθενούς, το δικαίωμα τρίτων για ενημέρωση, όπως π.χ. το ζήτημα αν πρέπει να ενημερώνεται ο σύζυγος του ασθενούς και για ασθένειες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα (εγκυμοσύνης, aids και άλλα μεταδοτικά νοσήματα).

Το παραϊατρικό και το νοσηλευτικό πρόσωπο δεν έχει ούτε υποχρέωση αλλά ούτε και δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς. Η υποχρέωση ενημέρωσης ως τμήμα της διαγνωστικής ή της θεραπευτικής αγωγής, είναι υποχρέωση του θεράποντος ιατρού. Πρόκειται για αυστηρά προσωπική υποχρέωση, η οποία δεν μπορεί να ανατεθεί σε άλλο γιατρό, που δεν είναι θεράπων, ούτε σε παραϊατρικό ή νοσηλευτικό πρόσωπο. Αυτό συμβαίνει, διότι η ενημέρωση του ασθενούς είναι πράξη. Αν η ενημέρωση είναι λανθασμένη, μπορεί να καταλήξει σε ιατρικό σφάλμα.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει και πεδίο υποχρέωσης ενημέρωσης εκ μέρους του παραϊατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού για τις νοσηλευτικές ενέργειες.

Το παραϊατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό έχει προσωπική υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για τις νοσηλευτικές του ενέργειες, π.χ. ενέσεις, μικροεπεμβάσεις, αλλαγές τραυμάτων, διαθερμίες, φυσιοθεραπευτική αγωγή, ακτινογραφίες κ.ο.κ., εφ' όσον οι ενέργειες αυτές τελούν υπό την προσωπική ευθύνη του παραϊατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού. Στις περιπτώσεις αυτές και επειδή το παραϊατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό τελεί υπό την εποπτεία του θεράποντα ιατρού ή κατά περίπτωση του νοσοκομείου, η ευθύνη για μη ενημέρωση ή για πλημμελή

ενημέρωση βαρύνει και το πρόσωπο που ενήργησε τη νοσηλεία και το γιατρό ή και το νοσοκομείο.

Άλλωστε, εκτός από την τυπική ενημέρωση για τις διαδικασίες, τον τρόπο, τα αποτελέσματα και τους κινδύνους της θεραπείας ή το είδος της ασθένειας, υπάρχουν και δεοντολογικά προβλήματα απόκρυψης της ασθένειας ή του είδους της θεραπείας συνδεδεμένα με την προσωπικότητα του ασθενούς, η οποία δεν είναι σε θέση ο νοσηλευτής να επιλύσει, διότι αποτελούν τμήμα της ιατρικής πράξης, στην οποία δεν μπορεί να αναμειχθεί ούτε ο νοσηλευτής, ούτε το παραϊατρικό προσωπικό.

Η νοσηλεία όφειλε να περιοριστεί και από τα ην άποψη της ενημέρωσης στα πλαίσια που καθορίζει ο γιατρός με τις ανάγκες του ασθενούς.

Ασφαλώς αντιμετωπίζει και ο νοσηλευτής ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα ενημέρωσης του ασθενούς, το λεγόμενο όμως «θεραπευτικό προνόμιο» του γιατρού, δηλαδή το καθήκον απόκρυψης της αλήθειας από τον ασθενή χάριν του ίδιου, δεν μπορεί να επεκταθεί στον νοσηλευτή, παρά μόνο σε ότι αφορά το νοσηλευτικό έργο. Η απόκρυψη της ασθένειας, των κινδύνων από την ασθένεια και των κινδύνων από την θεραπεία ήταν συνήθης πρακτική στις περιπτώσεις καρκινοπαθών και έχει συζητηθεί εκτενέστατα από την θεωρία. Τελευταία και όσο η μάχη με τον καρκίνο γίνεται ευκολότερη, επικρατεί η άποψη ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για την ασθένειάς του, για τις πιθανότητες επιβίωσής του, για το ρόλο της ψυχικής του στάσης απέναντι στην ασθένεια, για τον τρόπο της θεραπείας του και για τις παραλλαγές της θεραπευτικής αγωγής που γνωρίζει σήμερα η επιστήμη. Τόσο ο γιατρός όσο και ο νοσηλευτής, που οφείλει να υπακούει πλήρως τη θεραπευτική και την ψυχοθεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο γιατρός, οφείλει να εκτελέσει τα νοσηλευτικά του καθήκοντα όχι μόνο νοσηλεύοντας τον ασθενή τυπικά, με γνώμονα τα από τη νοσηλευτική ενδεικνυόμενα καθήκοντα, αλλά οφείλει και να του δημιουργήσει αίσθημα ελπίδας, να τονώσει τη θέληση του ασθενούς για αποθεραπεία του και να τον απαλλάξει από μη αναγκαίους γι' αυτόν φόβους. Στην προσπάθεια, όμως, αυτή πρέπει πάντοτε να συνδυάζονται και να συνεκτιμώνται τα αλληλοσυγκρουόμενα για τον ασθενή αγαθά, που είναι η ηθική επιταγή να διαφυλαχθεί ο ασθενής από τις συνέπειες της ιατρικής αλήθειας και το δικαίωμα του ασθενούς να

αποφασίσει αυτός για τον εαυτό του, ακόμα κι όταν πρόκειται για τη ζωή ή την υγεία του.

Η ιατρική εμπειρία έχει αποδείξει ότι δεν είναι ψυχικά έτοιμοι όλοι οι ασθενείς να δεχθούν την αλήθεια, όταν πρόκειται για τη ζωή και την υγεία τους.

Και ο γιατρός και ο νοσηλευτής οφείλουν κατά περίπτωση να σταθμίζουν τις συνέπειες της ανακοίνωσης ή μη ανακοίνωσης της πραγματικής κατάστασης στον ασθενή και ιδιαίτερα στον καρκινοπαθή. Ο καρκινοπαθής συνήθως έχει αρκετό χρόνο επιβίωσης, η δε μη ενημέρωσή του για την ασθένειά του δυνατόν να τον εμποδίσει από ενέργειες στις οποίες θα επιθυμούσε να προβεί εν όψει των προσωπικών, των οικονομικών και των κληρονομικών του υποθέσεων. Για το λόγο αυτό προέχει η ενημέρωση του ασθενούς από το γιατρό και η σωστή, ελπιδοφόρα και στοργική αντιμετώπισή του από το νοσηλευτή, ο οποίος είναι πλησιέστερα στον ασθενή κι από τον θεράποντα γιατρό του.

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι από την άποψη του αστικού δικαίου, σε ότι αφορά δηλαδή την αστική ευθύνη του νοσηλευτού για αποζημίωση ή ικανοποίηση ηθικής βλάβης του ασθενούς, εφαρμόζονται οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα, είτε αμιγώς, αν πρόκειται για ιδιωτική νοσηλευτική μονάδα, είτε σε συνδυασμό με τα άρθρα 104, 105, 106 του Εισ. ΝΑΚ, αν πρόκειται για δημόσιο νοσηλευτικό φορέα. Ο νοσηλευτής είναι βοηθός εκπλήρωσης της παροχής του γιατρού, του νοσοκομείου, του Κράτους. Η ευθύνη είναι ευθύνη από κακή εκπλήρωση της σύμβασης ιατρικής αγωγής ή (παράλληλα) και ευθύνη από αδικοπραξία. Η ποινική ευθύνη συντρέχει και στις δύο περιπτώσεις, είναι όμως τεχνικώς άσχετη από την αστική ευθύνη.

Παράλληλα, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο νοσηλευτής έχει και πειθαρχική ευθύνη (όταν είναι δημόσιος υπάλληλος) απέναντι στην υπηρεσία του, αν κατά την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων του παραβεί τους καθιερωμένους γι' αυτόν κανόνες σχετικά με την ενημέρωση του ασθενούς³⁰.

9.3. ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1.- Μην καπνίζετε
- 2.- Μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
- 3.- Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
- 4.- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
- 5.- Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
- 6.- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
- 7.- Επισκεφθείτε το γιατρό σας να παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
- 8.- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
- 9.- Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
- 10.- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και – αν είναι δυνατόν– κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών³¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

10.1. Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

Ορισμός:

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογενείας του.

➤ Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
- Η πρόληψη της νόσου
- Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
- Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου

➤ Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
- Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
- Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
- Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει την αξιολόγηση του αρρώστου ως ατόμου αφενός, και της σχέσεώς του με το περιβάλλον αφετέρου.

Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον.

Η ασθένεια συνεπάγεται για τον άνθρωπο απώλειες και αλλαγές που μπορεί να είναι, όπως αναφέρθηκε, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Το άτομο ίσως χάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου, και τέλος τον έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτήν της αφόδευσης. Τα πολλά και

ειδικά προβλήματα των ασθενών και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτούν κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλευτική διεργασία με την έρευνα και αξιολόγηση των προβλημάτων συμβάλλει στον καθορισμό του βαθμού της ανάγκης για νοσηλευτική παρέμβαση³².

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής Μ. Α. ετών 57 στις 4/10/2002 εισήλθε στο περιφερειακό Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» στην Β΄ Γυναικολογική Κλινική.

Η κυρία Μ.Α. εισήλθε στην κλινική συνοδευόμενη από τον σύζυγό της και την κόρη της. Ήταν περιπατητική, παραπονιόταν όμως για έντονους πόνους στην κοιλιακή χώρα.

Όσο αφορά το ατομικό ιατρικό ιστορικό της ασθενούς πάσχει από τη νόσο Crohn και βρίσκεται υπό αγωγή με Salotalk. Αναφερόμενη δυσκοιλιότητα.

Η ασθενής είναι έγγαμη, συνταξιούχος ιδιωτικός υπάλληλος, είναι μητέρα δύο παιδιών, και στην οικογένειά της δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως ανέφερε η ίδια είχε έναρξη της εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 15 ετών και ήταν φυσιολογική. Τεκνοποίησε σε ηλικία 25 και 28 ετών και ποτέ δεν έκανε έκτρωση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ: Προ εξαμήνου η ασθενής παρατήρησε κοιλιακή αιμορραγία και πόνο κατά τις ελάχιστες σεξουαλικές επαφές που είχε αλλά και 2 – 3 φορές κατά την διάρκεια αυτού του εξαμήνου. Έτσι η ασθενής προσήλθε στο Π.Α.Ο.Ν. «Ο Άγιος Σάββας» στις 4/10/2002 στην Γυναικολογική Κλινική όπου παραπέμφθηκε στην ενδοσκοπική μονάδα του γαστρεντερολογικού τμήματος για κολονοσκόπηση. Πάρθηκαν δύο βιοψίες, μια από τον τελικό ειλεό και μία από το κατιόν. Ενδοσκοπικά ευρήματα: τελικός ειλεός παρουσιάζει εξέλκωση και οίδημα. Μικρά έλκη 4 – 5 στο ανιόν, οίδημα κατά τόπους, ορθό – σιγμοειδές – τυφλό με φυσιολογική αγγείωση. Οι βιοχημικές εξετάσεις έδειξαν αυξημένα επίπεδα γλυκόζης (136 mg/dl, Φ.Τ. 65 – 110 mg/dl), και αυξημένα JGT (58 U/L, Φ.Τ. 0 – 53 U/L), η γενική εξέταση αίματος έδειξε αυξημένα επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων (13.1/ml, Φ.Τ. 4 – 10/ml), ουδετεροφίλων (80%, Φ.Τ. 40 – 75%) και μειωμένα επίπεδα λεμφοκυττάρων (17,3%, Φ.Τ. 20 – 50%), γενική ούρων Κ.Φ. Από τους καρκινικούς δείκτες μόνο το CEA ήταν αυξημένο (5,8 mg/ml, Φ. Τ. 0 – 3).

Στις 21/10/2002 η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση. Πήρε γενική νάρκωση, δεν εστάλη δείγμα για βιοψία.

Στις 23/10/2002 η ασθενής υποβλήθηκε σε δεύτερη ερευνητική λαπαροτομία (ολική υστερεκτομή – επιπλεκτομή – συρραφή σιγμοειδούς και τμήματος του λεπτού εντέρου. Πήρε γενική νάρκωση, εστάλη δείγμα για βιοψία. Διάγνωση Ca ωοθηκών IIIa σταδίου, χορήγηση χημειοθεραπείας. Τα χημειοθεραπευτικά που της χορηγήθηκαν ήταν: Endoxan, Adriblastina, Oncovin και Delicen.

Στις 27/10/2003 η Ra θώρακος δεν έδειξε κάτι παθολογικό. Η αξονική τομογραφία (CT) κοιλίας που έγινε στις 28/10/2003 ανέδειξε δύο υπόπυκνες αλλοιώσεις στο ηπατικό παρέγχυμα, διαμέτρου 1 εκ. και 1,3 εκ. στο τμήμα 7 του δεξιού λοβού του ήπατος καθώς και μια μικρότερη υπόπυκνη αλλοίωση διαμέτρου 0,5 εκ στο τμήμα 4. Πάγκρεας, σπλήνας, επινεφρίδια, νεφροί χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας και την διεξαγωγή των απαραίτητων εξετάσεων η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο στις 7/11/2002, δόθηκαν οδηγίες στην ασθενή για παρακολούθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1.- Ανάπτυξη έντονων ψυχολογικών προβλημάτων λόγω της διάγνωσης.</p>	<p>1.- Επαναφορά της ασθενούς στην φυσιολογική της κατάσταση στα επόμενα δύο 24ωρα το μέγιστο.</p>	<p>1.- Η νοσηλεύτρια – της να υποστηρίξει ψυχολογικά την ασθενή και να τονώσει το ηθικό της</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να αναπτυχθεί διάλογος νοσηλεύτριας – τη ασθενούς προς απόκτηση εμπιστοσύνης και αποφυγή των προβλημάτων • Να ενημερωθεί το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς για την φύση της ασθένειας και την θεραπεία με λόγια απλά και κατανοητά. • Να ενημερωθεί Ψυχολόγος προκειμένου να έχει επαφή η ασθενής με πιο εξειδικευμένο άτομο 	<p>1.- Έγινε η ανακοίνωση της νόσου από τον γιατρό και η νοσηλεύτρια – της διαπίστωσε το shock της ασθενούς και ασχολήθηκε αποκλειστικά με αυτό προκειμένου να το αντιμετωπίσει και να την ενισχύσει ψυχολογικά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε συζήτηση με την ασθενή και εξέφρασε τα προβλήματα και τις ανησυχίες σε σχέση με την ασθένειά της. • Έγινε ενημέρωση της οικογένειας της ασθενούς για την φύση της ασθένειας και την θεραπεία που θα της χορηγηθεί. <p>Τονίστηκε στους συγγενείς η ανάγκη να μην αλλάξει ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στην ασθενή και φυσικά να μην την</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επαφή της ασθενούς με ψυχολόγο για να εντοπίσει πιθανό πρόβλημα που μπορεί να εμφανισθεί. 	<p>1.- Η ασθενής εμφανίστηκε πιο ήρεμη, με λιγότερο φόβο για την ασθένειά της.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νιώθει εμπιστοσύνη απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό και εκφράζεται πιο άνετα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2.- Προετοιμασία για την λαπαροσκόπηση προκειμένου να καθιερωθεί η διάγνωση.</p>	<p>2.- Να προετοιμαστεί η ασθενής ψυχολογικά αλλά και σωματικά για την επέμβαση.</p>	<p>2.- Να ρυθμιστεί το διαιτολόγιο του ασθενούς: πλούσιο σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες, και φτωχό σε λίπη.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών. • Να γίνει καθαριότητα του γαστρεντερικού σωλήνα • Να γίνει λουτρό και καθαρισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου • Να εξασφαλιστεί επαρκής ύπνος την προηγούμενη της επέμβασης • Να ληφθούν ζωτικά σημεία προ του χειρουργείου • Να γίνει εκπαίδευση της ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις • Να γίνει κένωση της ουροδόχου κύστεως • Να γίνει η κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο 	<p>2.- Έγινε ρύθμιση της διαίτας του ασθενούς. Χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη, έξι ώρες πριν το χειρουργείο, δεν πήρε τίποτα από το στόμα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια Dextrose 15% 1 x 1. • Έγινε υποκλισμός (Fleet – enema) για τον καθορισμό του γαστρεντερικού σωλήνα. • Έγινε λουτρό καθαριότητας και αντισηψία και ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου (αποτρίχωση) • Τονίσθηκε στην ασθενή η ανάγκη να κοιμηθεί νωρίς για να είναι ξεκούραστη την ημέρα της επέμβασης. • Πάρθηκαν και καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία της ασθενούς προ του χειρουργείου. ΑΠ: 110/mmHg, Θερμ: 36,8° C, Αναπνοές: 15/min • Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς για αποτελεσματικό βήχα και βαθιές αναπνοές, ασκήσεις των κάτω άκρων, σωστό τρόπο για αλλαγή θέσεως, δηλαδή με αργές κινήσεις. Ακολούθησε και επίδειξη από την ασθενή. • Ούρησε η ασθενής πριν το χειρουργείο. Έγινε η κατάλληλη ένδυση: πράσινη ρόμπα του χειρουργείου. Τοποθετήθηκε βραχιολάκι με τα στοιχεία της ασθενούς. 	<p>2.- Έγινε προαγωγή της θρέψης. Δεν πήρε τίποτα από το στόμα έξι ώρες πριν το χειρουργείο.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επαρκής θρέψη με Dextrose 15% γιατί περιέχει υδατάνθρακες. • Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή κένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι. • Έγινε καθορισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου για την πρόληψη των μολύνσεων. • Η ασθενής είχε καλό και επαρκή ύπνο. • Τα ζωτικά σημεία ήταν σε Φ. Τ. • Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες και την χρησιμότητα των ασκήσεων προκειμένου να μην υπάρξουν μετεγχειρητικές επιπλοκές από την στάση του αίματος. • Εκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για αποφυγή κένωσης επάνω στο χειρουργικό τραπέζι. • Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ρόμπα πριν το χειρουργείο για να διευκολυνθεί το χειρουργικό έργο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>3.- Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργείο.</p>	<p>3.- Έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατάλληλη θέση Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. • Απονάρκωση 	<p>3.- Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος. • Να τοποθετηθεί η ασθενής στην κατάλληλη θέση, δηλαδή: ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι. 	<p>3.- Έγινε λήψη ζωτικών σημείων. ΑΠ: 110/60mmHg, Θερμ.: 35,9° C, αναπνοές: 13 min.</p> <p>Κάθε 15 λεπτά μέχρι σταθεροποίησης των Ζ. Σ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχθηκαν οι παροχετεύσεις. Φέρει καθετήρα Folley και το τραύμα ήταν καθαρό, δεν χρειάστηκε αλλαγή των παροχετεύσεων και του τραύματος. • Τοποθετήθηκε η ασθενής στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι προς αποφυγή εισρόφησης. 	<p>Η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. • Με την αφαίρεση του μαξιλαριού έχουμε ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Η ασθενής ξύπνησε 1,5 ώρα αργότερα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4.- Ναυτία– Έμετος(Διαταραχή ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών).</p>	<p>4.- Η ασθενής να ανακουφισθεί από την ναυτία και να ελαττωθούν οι έμετοι.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να διατηρηθεί η ισοζυγία υγρών και ηλεκτρολυτών. • Πρόληψη αφυδάτωσης της ασθενούς με παρεντερική χορήγηση υγρών. 	<p>4.- Να προμηθευτεί η ασθενής με νεφροειδές.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να παίρνει βαθιές αναπνοές η άρρωστη όταν νιώθει ναυτία. • Να αλλάζει θέσεις αργά. • Να γίνεται υγιεινή της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. • Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία. • Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά για αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής ισοζυγίου υγρών. • Να ενημερωθεί η ασθενής ότι οι έμετοι και η ναυτία προέρχονται από την νάρκωση • Να τοποθετηθεί η κεφαλή της ασθενούς στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων. 	<p>4.- Έγινε η προετοιμασία του κομοδίνου της ασθενούς με νεφροειδές, ποτ – Cotton, ποτήρι με νερό και χαρτοβάμβακα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε μετά από κάθε έμετο υγιεινή της στοματικής κοιλότητας. • Χορηγήθηκαν μετά από ιατρική οδηγία αντιεμετικά. Χορηγήθηκαν 4 mg Zofrom I.V. σε αργή έγχυση. • Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά: (1000 cc N/S 0,9%) x 2 και (1500 cc D/W 5%) x 1 	<p>Η ασθενής απαλλάχθηκε το πρώτο 24ωρο από την ναυτία και τους έμετους σταδιακά.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>5.- Έντονος πόνος που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση και σε τάση στην περιοχή της επέμβασης από βήχα ή κίνηση.</p>	<p>5.- Ελάττωση του πόνου όσο το δυνατόν περισσότερο.</p>	<p>5.- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να καθοδηγηθεί η ασθενής να υποστηρίζει την κοιλιακή τομή όταν βήχει ή αλλάζει θέσεις • Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος 	<p>5.- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Romidon 1 amp. I. M. ή Aprotel 1 amp. I. M.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο για την εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος. • Έγινε καθοδήγηση της ασθενούς να υποστηρίζει την τομή της όταν βήχει ή αλλάζει θέσεις. 	<p>5.- Ο πόνος μετά την χορήγηση των αναλγητικών υποχώρησε σταδιακά στο ελάχιστο.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>6.- Κίνδυνος μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος</p>	<p>6.- Επούλωση του τραύματος Αποφυγή μόλυνσεως.</p>	<p>6.- Να γίνεται περιποίηση του τραύματος. Να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί.</p>	<p>6.- Έγινε αλλαγή και περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική. • Έγινε η αντισηψία της περιοχής του τραύματος με αποστειρωμένες γάζες και Betadine Solution. Τέλος έγινε εφαρμογή αντιβιοτικού spray Nebacetin.</p>	<p>6.- Αποφεύχθηκε η μόλυνση του τραύματος και επουλώθηκε σταδιακά.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής Μ. ΤΖ. ετών 60 στις 28/10/2002 εισήλθε στην Α' γυναικολογική κλινική του Περιφερειακού Αντικαρκινικού – Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας».

Η κυρία Μ. ΤΖ. εισήλθε στην κλινική συνοδευμένη από τον σύζυγό της και η γενική κατάστασή της δεν ήταν καλή. Είχε αρτηριακή υπέρταση και ήταν ήδη υπό αγωγή με αντιυπερτασικά, θερμοκρασία 37,2° C και σφύξεις 89/min. Ανέφερε πόνο στην κοιλιακή χώρα.

Η ασθενής είναι έγγαμη, δεν έχει τεκνοποιήσει, Αμερικανική υπήκοος, αλλά μένει τα τελευταία 8 χρόνια στην Ελλάδα.

Όσο αφορά το ατομικό ιατρικό ιστορικό της ασθενούς είχε υποβληθεί σε υστερεκτομή στην Αγγλία προ 5ετίας για αδenoκαρκίνωμα μήτρας. Στην συνέχεια παρουσίασε υποτροπή στο κοιλιακό τοίχωμα στην εγχειριρική ουλή, το οποίο αντιμετωπίστηκε με χειρουργική αφαίρεση μυϊκού ιστού και τοποθέτηση πλέγματος. Επίσης πάσχει από σακχωρώδη διαβήτη.

Όπως ανέφερε η ίδια είχε έναρξη της εμμήνου ρήσεως σε ηλικία 14 ετών και ήταν φυσιολογική. Δεν έκανε ποτέ έκτρωση, ούτε τεκνοποίησε.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Η ασθενής προ 2μήνου παρουσίασε κοιλιακή αιμορραγία και πόνο στην κοιλιακή και βουβωνική χώρα (κυρίως στην δεξιά). Επισκέφθηκε το εξωτερικό ιατρείο του Π.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» όπου εξετάσθει και έγινε η εισαγωγή στην Α' γυναικολογική κλινική στις 28/10/2002.

Στις 29/10/2002 έγινε Ro θώρακος η οποία έδειξε ελαφρά αύξηση της σκιαγράφησης του διαμέσου πνευμονικού δικτύου. Η εικόνα αυτή χρήζει παρακολούθησεως.

Στις 31/10/2002 υποβλήθηκε σε βιοχημικές εξετάσεις αίματος οι οποίες έδειξαν αυξημένα επίπεδα γλυκόζης (130 mg/dl, Φ. Τ. 65 – 110, SGPT (45 U/L, Φ. Τ. 5 – 40), και JGT (106 U/L, Φ. Τ. 0 – 53). Η γενική αίματος Κ. Φ., η γενική ούρων Κ. Φ., καρκινικοί δείκτες: CA 125 αυξημένο (37,5 U/ml, Φ. Τ. 0 – 35).

Στις 2/11/2002 η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση και εστάλη δείγμα για βιοψία. Πήρε γενική νάρκωση. Διάγνωση αδenoκαρκίνωμα ωοθηκών, στάδιο III_B.

Στις 4/11/2002 η ασθενής υποβλήθηκε σε κυτταρομειωτική εγχείρηση, όπου έγινε ωθηκεκτομή. Πήρε γενική νάρκωση.

Στη συνέχεια ακολούθησε χημειοθεραπεία. Τα χημειοθεραπευτικά που χορηγήθηκαν στην ασθενή είναι: Endoxan, Cisplatin και Adriel, έγιναν 20 χημειοθεραπείες και η ασθενής εξήλθε στις 24/11/2002, δόθηκαν οδηγίες στην ασθενή για παρακολούθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1.- Καταστολή του μυελού των οστών, που οφείλεται στην χημειοθεραπεία.</p>	<p>1.- Αποφυγή λοιμώξεων (Λόγω λευκοπενίας)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή αιμορραγιών (λόγω θρομβοπενίας) • Εξάλειψη αναιμίας εντός 20 ημερών (λόγω αναιμίας) 	<p>1.- Να παρακολουθείται η τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων, του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και των αιμοπεταλίων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να χρησιμοποιούνται άσηπτες τεχνικές για κάθε νοσηλευτική πράξη. • Να γίνεται αλλαγή των συσκευών κάθε 24 ώρες. • Να γίνεται έλεγχος στα ούρα και τα κόπρανα για αίμα. • Να περιορισθούν οι ενδομυϊκές και υποδόριες ενέσεις. • Να γίνει μετάγγιση αίματος μετά από ιατρική οδηγία. 	<p>1.- Έγιναν οι εξετάσεις αίματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αλλάχθηκαν οι συσκευές ορού και τα Soluset κάθε 24 ώρες με ασηπτική τεχνική. <p>Ρυθμίστηκε το διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και σίδηρο.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε μετάγγιση αίματος μετά από ιατρική οδηγία (300 cc). <p>Έγινε έλεγχος των ετικετών του δότη με του δέκτη για την ομάδα αίματος και το Rh, έλεγχος της ημερομηνίας λήξεως του αίματος, του αριθμού της φιάλης που ήταν ίδια με τον αριθμό διασταύρωσης, αν έχει υπογραφεί από τον γιατρό της αιμοδοσίας.</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς ΑΠ: 130/55 mmHg, Θερμ.: 36° C, Αναπνοές: 16/min.</p> <p>Έγινε σύνδεση του ασκού με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Έγινε ρύθμιση της ροής των σταγόνων (αργή έγχυση). Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και η μετάγγιση εξελίχθηκε ομαλά. 	<p>1.- Αποφεύχθηκαν οι λοιμώξεις και οι αιμορραγίες.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η τιμή του αιματοκρίτη αυξήθηκε στο 36,5%.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2.- Ερύθημα και νέκρωση του δέρματος που οφείλεται σε εξαγγείωση κυτταροστατικού φαρμάκου.	2.- Αποκατάσταση του δέρματος της ασθενούς.	2.- Να αναρροφηθεί το φάρμακο. • Περιποίηση δέρματος • Να παρακολουθούνται οι τοπικές αντιδράσεις • Να γίνει τοπική αγγειοσύσπαση • Να γίνει πλαστική χειρουργική επέμβαση εάν κρίνεται αναγκαίο από τον ιατρό.	2.- Έγινε αναρρόφηση του φαρμάκου, όσο το δυνατόν περισσότερης ποσότητας. • Τοπική διήθηση με φυσιολογικό ορό και διάλυμα κορτιζόνης. • Εφαρμόσθηκε τοπικά πάχος ώστε να συμβεί αγγειοσύσπαση. • Παρακολουθούνται τοπικές αντιδράσεις.	2.- Δεν χρειάστηκε πλαστική χειρουργική επέμβαση. Η λύση της συνεχείας του δέρματος αποκαταστάθηκε σε 2 24ώρα από την λήξη της χημειοθεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>3.- Διάρροια που οφείλεται στη χημειοθεραπεία.</p>	<p>3.- Να απαλλαγεί η ασθενής από τις διάρροιες, σε 24ώρα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών. 	<p>3.- Να παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να ενημερωθεί η ασθενής ότι η διάρροια είναι επακόλουθο της χημειοθεραπείας. • Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά και ηλεκτρολύτες προς αποφυγή αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης. • Να ρυθμιστεί το διαιτολόγιο της ασθενούς με τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα και περιορίζονται τροφές που περιέχουν κυτταρίνη. • Να χορηγηθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα, μετά από ιατρική οδηγία. • Περιποίηση της ευαίσθητης περιοχής. 	<p>3.- Ενημερώθηκε η ασθενής για την αιτιολογία της διάρροιας και ηρέμησε.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά από το στόμα. • Ρυθμίστηκε το διαιτολόγιο της ασθενούς. • Δεν χρειάστηκε η χορήγηση αντιδιαρροϊκών. • Καθημερινή περιποίηση της ευαίσθητης περιοχής με χλιαρό νερό και πράσινο σαπούνι. 	<p>3.- Η ασθενής στην διάρκεια του πρώτου 24ώρου απαλλάχθηκε σταδιακά από τις διάρροιες.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4.- Στοματίτιδα - Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας που οφείλεται στην χορήγηση των χημειοθεραπευτικών	4.- Αποφυγή στοματίτιδας στην ασθενή.	4.- Να παρατηρείται η στοματική κοιλότητα της ασθενούς αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες. • Να γίνεται καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. • Να περιλαμβάνει τροφή λευκή και χλιαρή.	4.- Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα. • Ρυθμίστηκε το διαιτολόγιο με τροφές που δεν περιέχουν καρικεύματα και σάλτσες, σε χλιαρή θερμοκρασία.	4.- Ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας δεν παρουσίασε φλεγμονή ή έλκη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Παγκόσμια Συνέδρια για τον καρκίνο και τις επιπτώσεις του, γίνονται αρκετά σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα Παγκόσμια Συνέδρια της Παγκόσμιας Ένωσης κατά του Καρκίνου (UICC) όμως που διεξάγονται κάθε 4 χρόνια αποτελούν ένα ξεχωριστό γεγονός.

Σύμφωνα με το καταστατικό της UICC στη Γενική Συνέλευση των Οργανισμών – Μελών της γίνεται ο Απολογισμός της 4ετίας και προσδιορίζονται οι νέοι στόχοι – σκοποί της Ένωσης.

Σ' αυτή τη Συνέλευση αποφασίστηκαν ορισμένες σημαντικές αλλαγές στο καταστατικό της Ένωσης, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα αποφασίστηκε η καθιέρωση τεσσάρων στρατηγικών προτεραιοτήτων στις οποίες επιλέγησαν επιφανείς επιστήμονες ως υπεύθυνοι να τις διευθύνουν. Αναλυτικότερα οι τέσσερις στρατηγικοί τομείς και οι υπεύθυνοι ηγέτες τους είναι:

A.- Ο έλεγχος του καπνού: Vassuf Saloojee (N. Αφρική)

B.- Πρόληψη και έλεγχος καρκίνου σε πληθυσμιακή βάση: Helen Sancho Garnier (Γαλλία)

Γ.- Σύνθεση, μεταφορά και διασπορά της γνώσης για τον καρκίνο: Keyneth, Nilsson (Σουηδία)

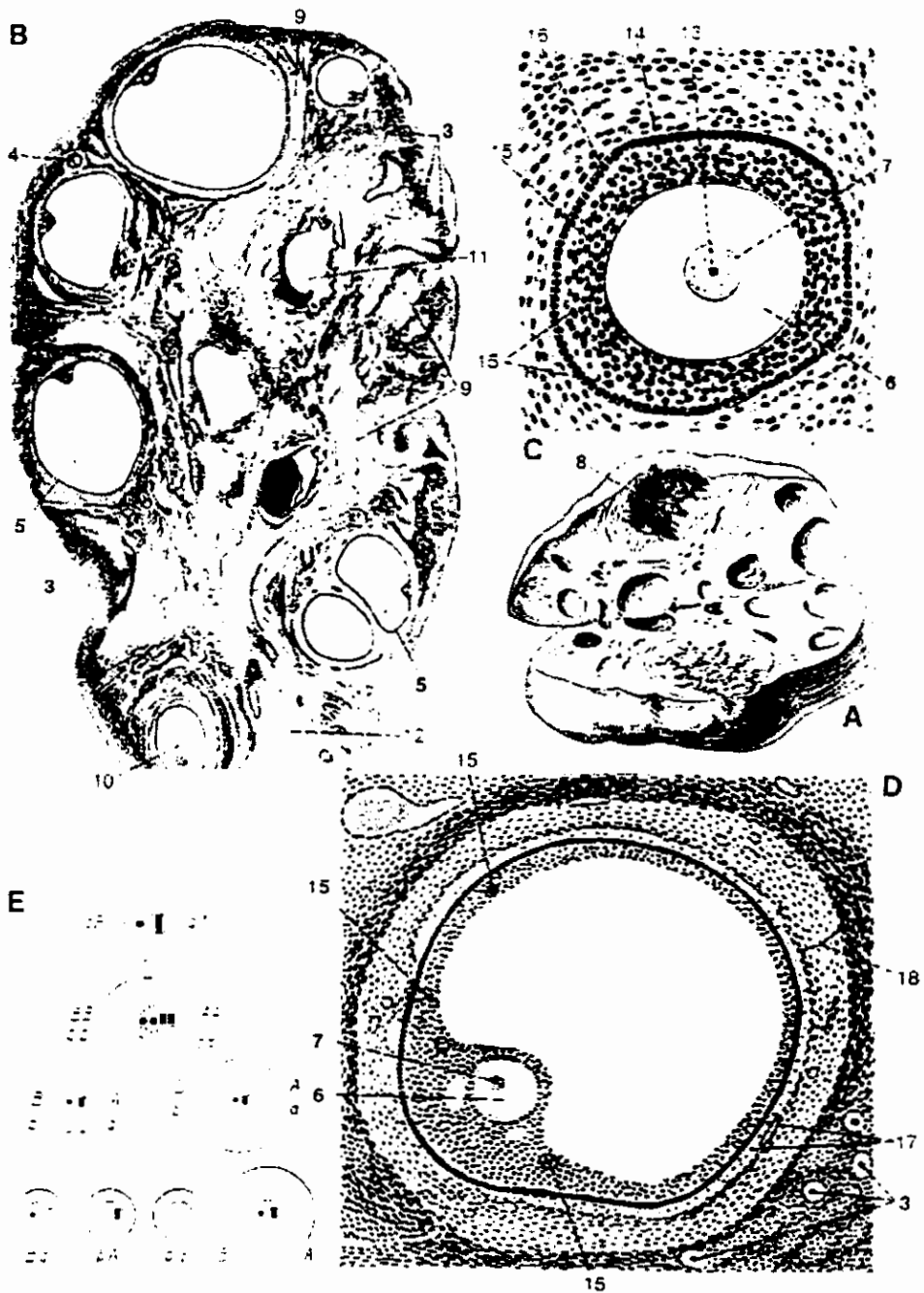
Δ.- Οικοδόμηση και δυνατότητα ελέγχου του καρκίνου: Robert Burdon (Αυστραλία)³³

Ο καρκίνος των ωοθηκών παρουσιάζει πολλές δυσκολίες στην αντιμετώπισή του, κυρίως λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης. Μια ακριβής χειρουργική και παθολογοανατομική περιγραφή της νόσου είναι σημαντική. Οι περισσότερες περιπτώσεις επιθηλιακών καρκίνων θα απαιτήσουν χημειοθεραπεία, πέραν των κυτταρομειωτικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Η χρωμοσωμιακή ανάλυση γυναικών με γενετική προδιάθεση στον καρκίνο των ωοθηκών έχει αποκαλύψει αλλαγές στο 17q χρωμόσωμα. Ενδέχεται σύντομα να υπάρξουν γονιδιακοί ανιχνευτές ακριβείας, για να αναγνωρίζουν τις γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο, όταν συγγενείς τους έχουν προσβληθεί από καρκίνο. Μαζικός, τακτικός έλεγχος για τον καρκίνο των ωοθηκών ενδέχεται να συντελέσει στην αύξηση των ποσοστών διάγνωσης σε αρχικά, θεραπεύσιμα στάδια, αλλά μέχρι στιγμής τέτοια αποδεδειγμένη στρατηγική δεν έχει αναπτυχθεί.

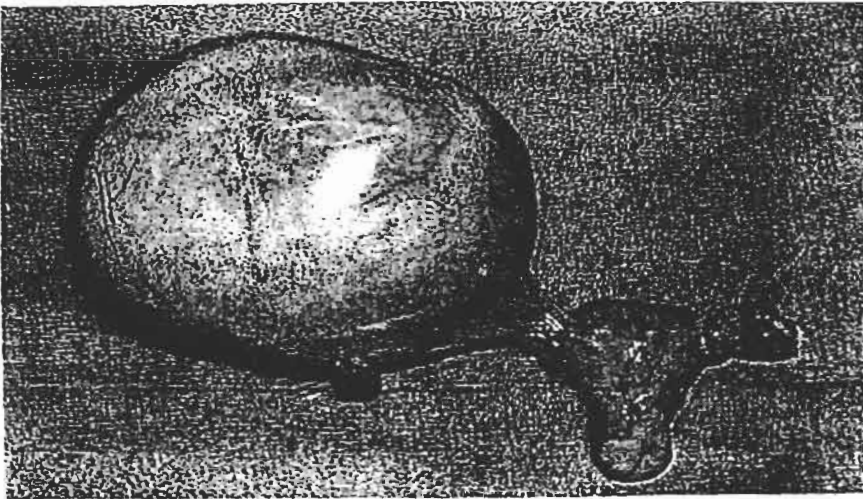
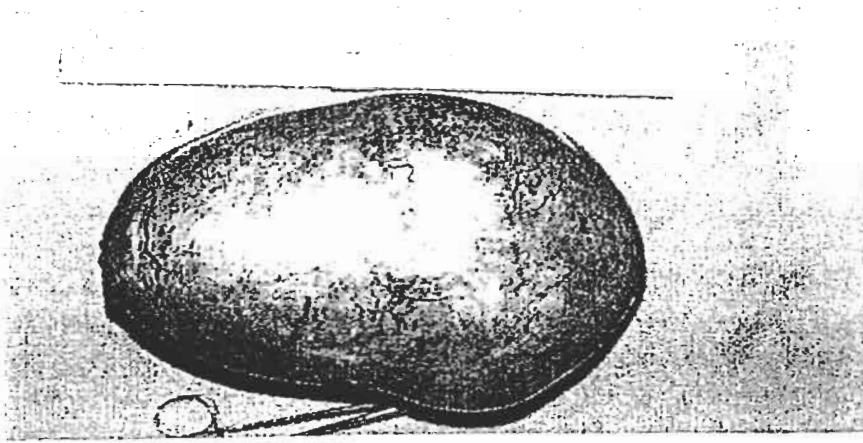
Εφόσον οι περισσότερες γυναίκες με αυτή τη νόσο τελικά θα καταλήξουν, η σημασία της καλής τελικής φροντίδας δεν μπορεί παρά να υπερονισθεί¹².

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



- 3** πρωτογενές ωοθυλάκιο
4 δευτερογενές ωοθυλάκιο
5 τριτογενές ωοθυλάκιο
6 ωάριο
7 πυρήνας (του ωαρίου)
8 ανοιγμένο ωοθυλάκιο (μετά την ωοθυλακιορρηξία)
 με αρχόμενο σχηματισμό ωχρού σωματίου

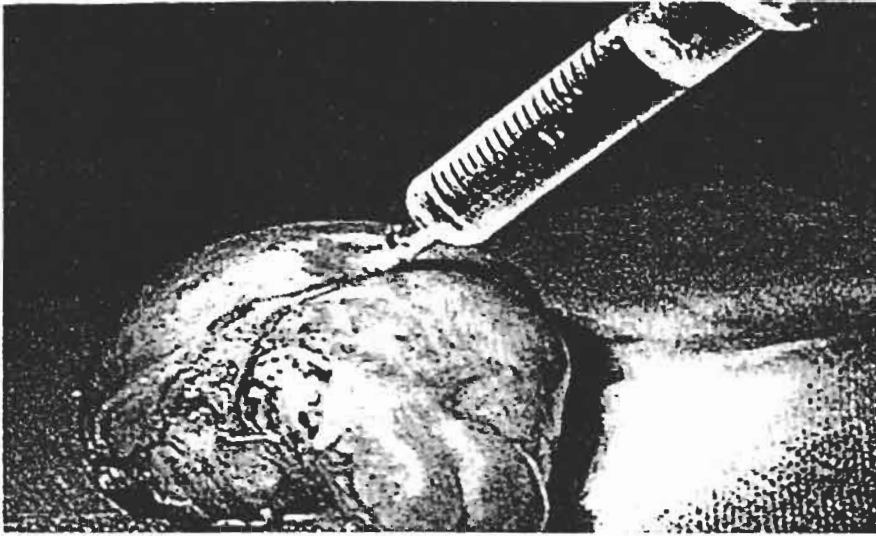
9 λευκό σωματίο (υποστραφέν ωχρό σωματίο)
10 άτρητο ωοθυλάκιο
11 φλέβα
12 υπόστρωμα της ωοθήκης
13 πυρηνίσκος
14 διαφανής ζώνη
15 κοκκώδης στιβάδα (επιθήλιο του ωοθυλακίου)
16 βασική μεμβράνη
17 έσω θήκη του ωοθυλακίου (κυτταροβριθής,
 αγγειοβριθής, παράγει ορμόνες)
18 έξω θήκη



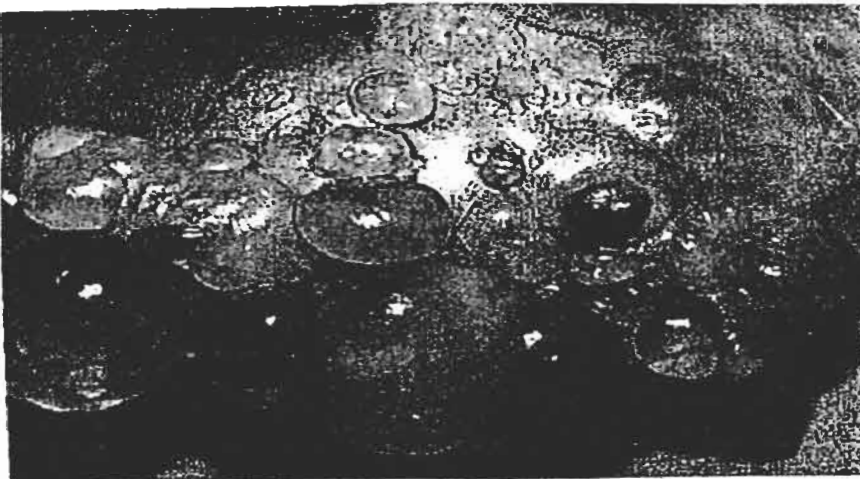
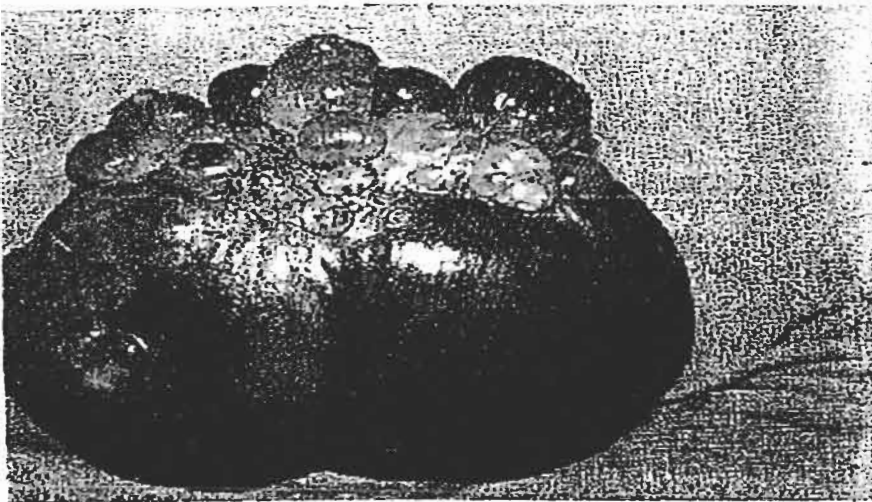
Εικόνα 1,2 Απλές ορώδεις κύστεις της ωοθήκης



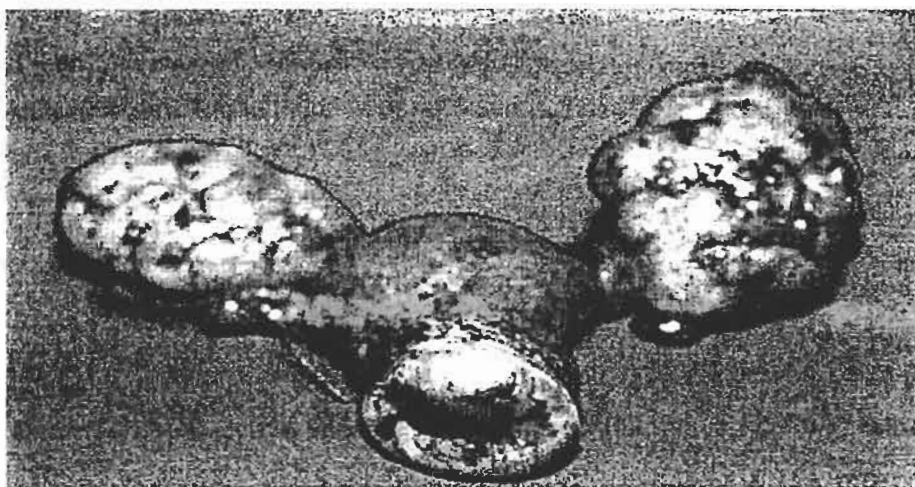
Εικόνα 3 Ορώδες κυσταδένωμα με θηλωματώδεις προσεκβολές



Εικόνα 4 Ορώδες κυσταδένωμα. Αναρρόφηση κιτρινόχρου, ορώδους υγρού



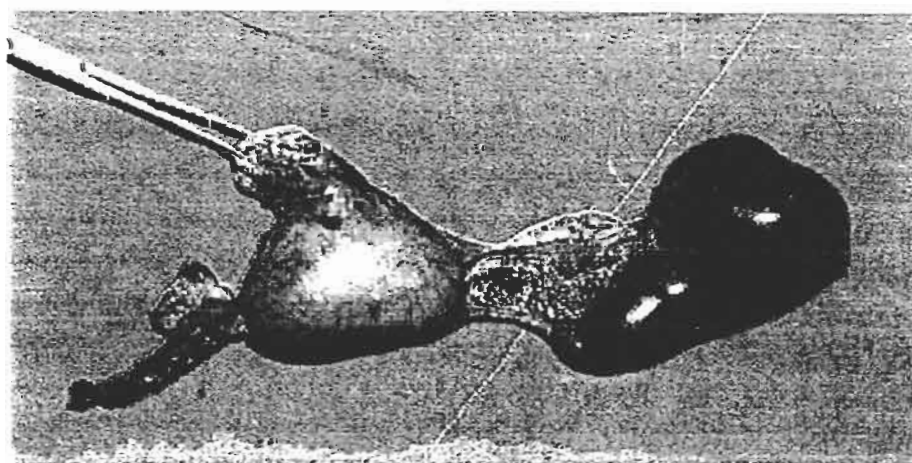
Εικόνα 5,6. Κυσταδενοκαρκίνωμα ωθήκης



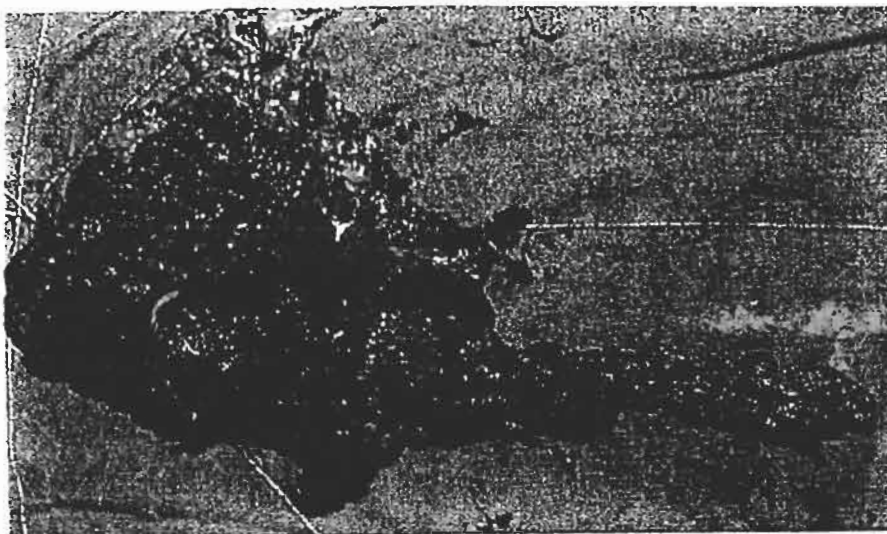
Εικόνα 7 Αρρενοβλάστωμα



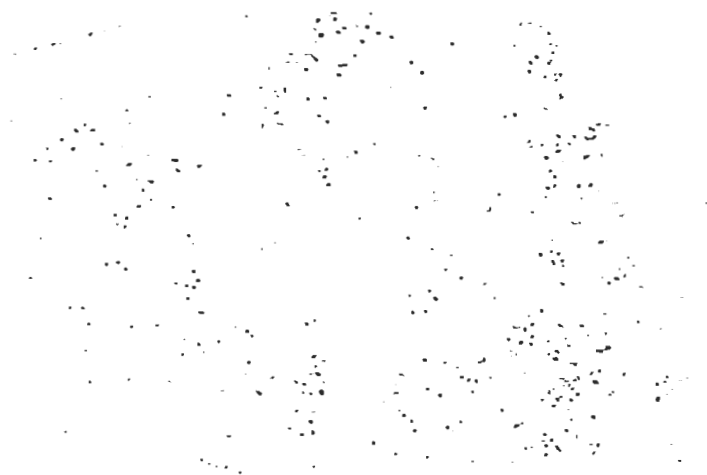
Εικόνα 8 Συστραφείσα και μερικώς νεκρωθείσα βλεννώδης κύστη της ωθήκης



Εικόνα 9 Ενδρομητριοειδής όγκος της ωθήκης



Εικόνα 10 Μετάσταση καρκίνου ωθήκης στο επίπλου



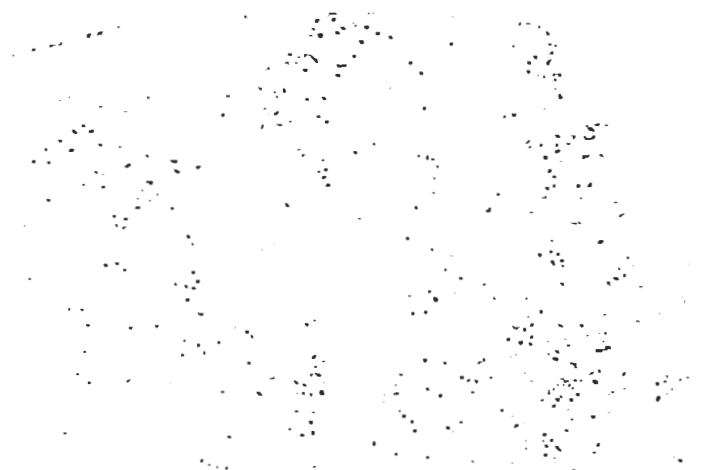
Εικόνα 11 Ορώδες κυσταδένομα (μικροσκοπική εικόνα)



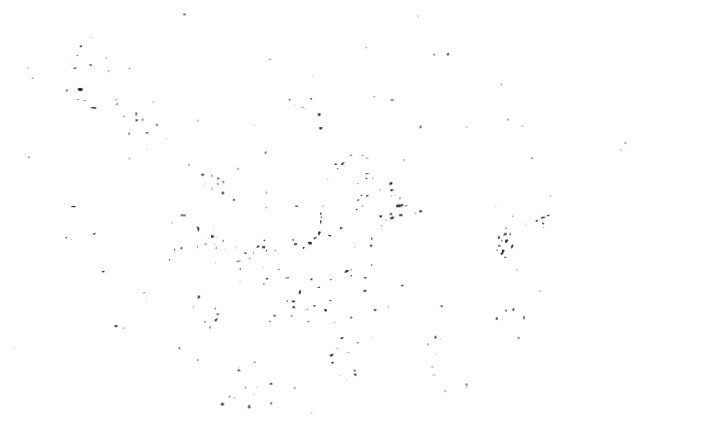
Εικόνα 12 Ιστολογική εικόνα όγκου Brenner



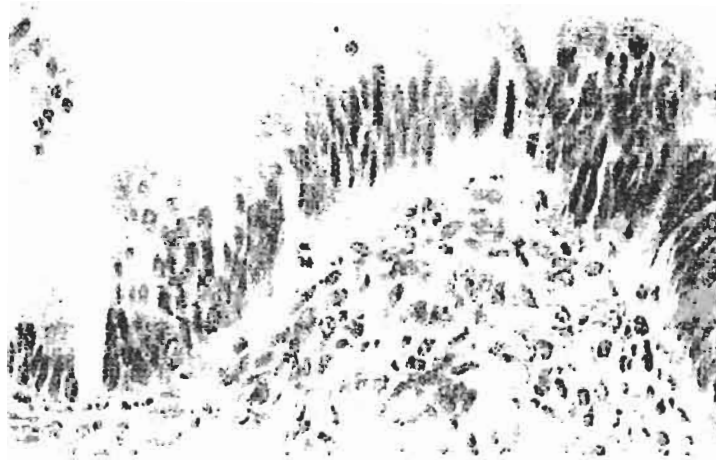
Εικόνα 10 Μετάσταση καρκίνου ωθήκης στο επίπλου



Εικόνα 11 Ορώδες κυσταδένομα (μικροσκοπική εικόνα)



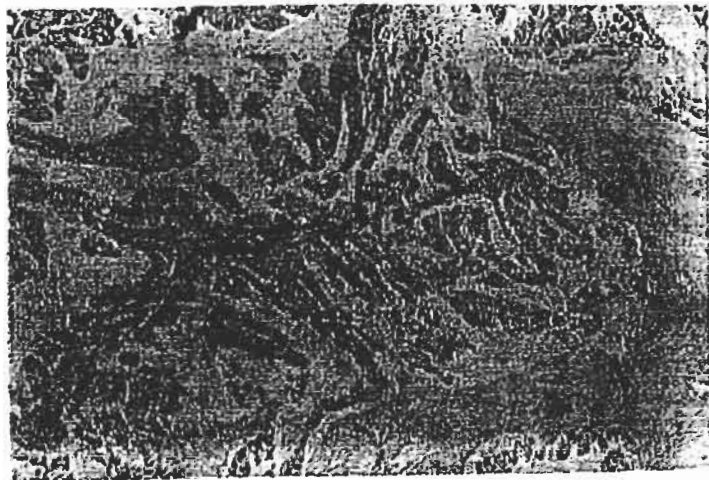
Εικόνα 12 Ιστολογική εικόνα όγκου Brenner



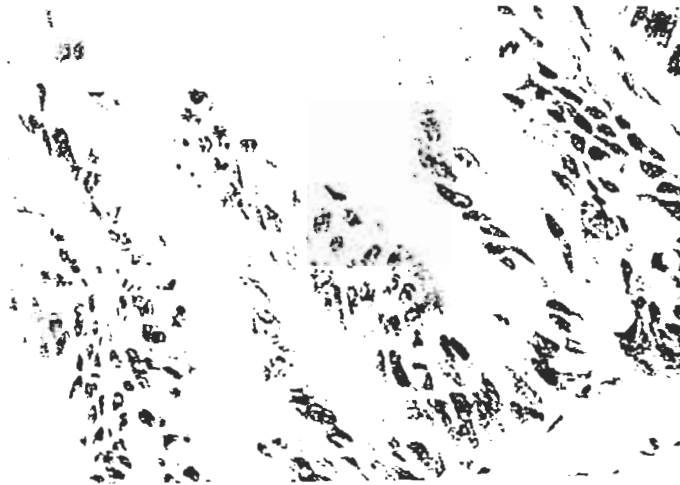
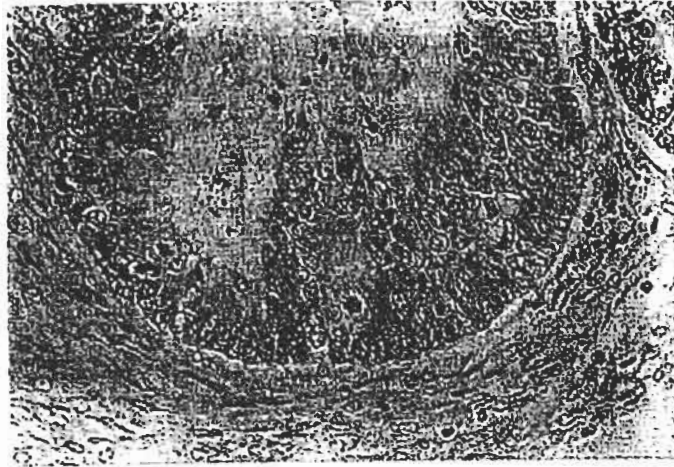
Εικόνα 13 Ιστολογική εικόνα επιθηλιακού όγκου



Εικόνα 14 Ιστολογική εικόνα κυσταδεοειδούς



Εικόνα 15 Ιστολογική εικόνα ορώδους κυσταδενοκαρκινώματος



Εικόνα 16,17 Ιστολογική εικόνα βλεννώδους αδενοκαρκινώματος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.- **Κρεατσάς Κ. Γεώργιος**, Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 8, 9.

2.- **Τσακρακλίδης Β.**, Βασική Ανατομική, 7^η έκδοση, εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1999, σελ. 202.

3.- **Παπανικολάου**, Γυναικολογία, 3^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σελ. 52 – 57, 277, 282.

4.- **Τριχοπούλου Α. – Λάγιου Π.**, Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 147, 199, 200, 202.

5.- **Ζήρας Γρ. Νικόλαος**, Διδακτορική διατριβή «Παράγοντες κινδύνου στο καρκίνο ωοθηκών», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής», Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Αθήνα 1997, σελ. 11.

6.- **Καλογερόπουλος Π. Αχιλλέας**, Γυναικολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 372, 374 – 384, 387, 405, 407 – 409.

7.- **Παπαβασιλείου Κ., Κουβάρης Ι., Γεννατάς Κ., Βώρος Δ.**, Ογκολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1991, σελ. 301, 302, 306, 309, 312, 313, 315 – 317, 320.

8.- **Μαντελανάκης Ι. Σέργιος**, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, τρίτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ. 515, 517, 52 – 525.

9.- **Dollinger Malin, M. D., Rosenbaun Ernest, M. D., Cable Greg**, Ο Καρκίνος, 1^η Έκδοση, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σελ. 527 – 530.

10.- Εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας, διεθνής εκδοτική επιτροπή **K. C. Calman, S. Eckardt – I. S. Eiseboi – D. Firat – D. K. Hossgeid – I. P. Paunier – B. Salvadori**, Ελληνική εκδοτική επιτροπή Β. Λισσαίος – Ν. Δούτας – Γ. Ασημακόπουλος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1999, σελ. 71, 72, 134, 161.

11.- **Διακομανώλης Ε.**, Πληθυσμιακός έλεγχος για την πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών, Γυναικολογικός Καρκίνος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, τόμος 2, τεύχος 1, Ιανουάριος – Ιούνιος 1999, σελ. 10, 11.

12.- Λώλης Ε. Δημήτρης, Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1995, σελ. 369, 375.

13.- Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση καρκίνου έσω γεννητικών οργάνων, **Ιπποκράτης,** τριμηνιαίο περιοδικό της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τόμος Α΄, Απρίλιος – Σεπτέμβριος 1996, σελ. 102.

14.- Goran – Hart – Callander, Γυναικολογία, εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δημήτριος, Αθήνα 1993, σελ. 327.

15.- Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο – ογκολογίας, Ε.Α.Ε., Νοέμβριος 1999 – Φεβρουάριος 2000, Αθήνα 2001, σελ. 141.

16.- Τσιλιακός Σταμάτιος, Επίκαιρα Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, τόμος IV, Αθήνα 1991, σελ. 449 – 451.

17.- Αχαϊκή Ιατρική, Τρίμηνο περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδος, τεύχος 1, τόμος 17, Ιανουάριος – Μάρτιος 1996, σελ. 32 – 34.

18.- Ρηζάτος Α. Γεράσιμος, Ψυχοκινωνική Ογκολογία, Ascent, Αθήνα 2000, σελ. 228.

19.- Schroeder – A. Steven – Tierney M. Lawrence – McPhee J. Steven – Papadakis A. Maxine – Krupp A. Marcus, Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική, τόμος Α΄ Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σελ. 841.

20.- Παπαλουκάς Χρ. Αριστοφάνης, Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, τόμος Β΄, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991, σελ. 208 – 209.

21.- Φωτίου Σ.Κ., «Προγνωστική παράγοντες στον Καρκίνο της ωοθήκης», Γυναικολογικός Καρκίνος, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, τεύχος 2, τόμος 1, Ιούλιος – Δεκέμβριος 1998, σελ. 119 – 120.

22.- Σαχίνη Καρδάση Άννα – Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 1^{ος}, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ. 107 – 109, 114 – 118, 133 – 147, 185 – 186,

23.- Σαχίνη Καρδάση Άννα – Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2^{ος}, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ. 457 – 460.

24.- Μαγλαρινού Α. Μ. – Κωνσταντινίδου Φ. Σ., Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική, τόμος Β΄, μέρος 2^ο, Αθήνα 1997, σελ. 113 – 118, 141 – 142, 144 – 148, 150 – 151, 160 – 161.

25.- Σεμινάριο Νοσηλευτριών, «Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου – Αποκατάσταση Καρκινοπαθούς, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σελ. 96 – 97.

26.- Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο – ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, σελ. 289.

27.- Βασιλόπουλος Π. Περικλής, Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1997, σελ. 115 – 118.

28.- Αθανάτου Κ. Ελευθερία, Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική έκδοση Ε΄, Αθήνα 1999, σελ. 120 – 121.

29.- Μπαρμπούνη Ε. – Κωνσταντακάτου, «Ο Νοσηλευτής στη φροντίδα του Καρκίνου», Ελληνική Ογκολογία, τεύχος 3, τόμος 35, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1999, σελ. 199 – 200.

30.- Νοσηλευτική Ογκολογία - Προβλήματα Νοσηλευτικής στον Καρκίνο, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σελ. 60.

31.- Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σελ. 60.

32.- Σαββοπούλου Γ. Γεωργία, Βασική Νοσηλευτική, Β΄ έκδοση, εκδόσεις «Η Ταβιθά» Αθήνα 1997, σελ. 141 – 142, 144.

33.- Μπεσμπέας Σ. – Κορδιολής Ν., «18^ο Παγκόσμιο Συνέδριο για τον Καρκίνο», Ογκολογική Ενημέρωση, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, τεύχος 3, τόμος 4, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2002, σελ. 188.