

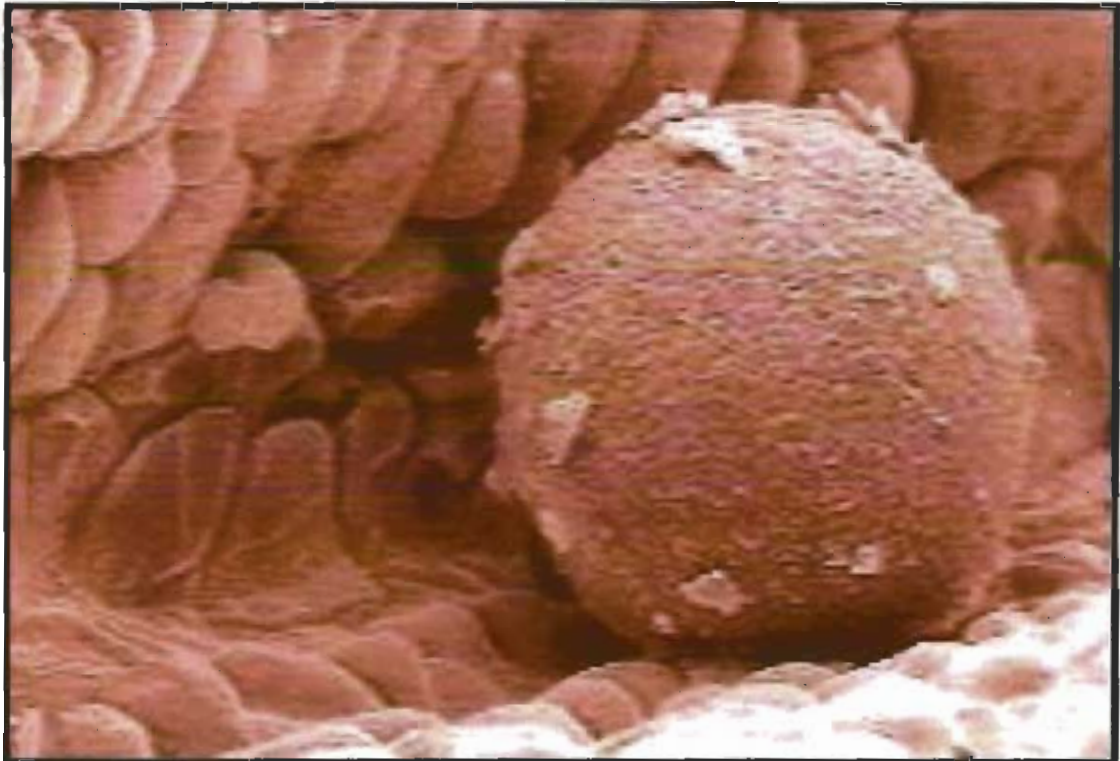


**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΘΟΘΗΚΩΝ - ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ***



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΩΡΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Μ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ



ΠΑΤΡΑ 2006

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4150
----------------------	------

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>	Σελ.
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	7
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
<u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</u>	8
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.</u>	9
<u>1.1</u> Έξω γεννητικά όργανα	9
<u>1.2</u> Έσω γεννητικά όργανα	12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.</u>	14
2.1 Εισαγωγή	14
2.2 Εξέλιξη των γεννητικών κυττάρων	14
2.3 Κατασκευή ωθήκης	15
2.4 Ιστολογία της ωθήκης	15
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	16
<u>ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΘΗΚΩΝ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Καρκίνος των ωθηκών.</u>	17
3.1 Εισαγωγή	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Επιδημιολογία του καρκίνου των ωθηκών.</u>	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Συμπτώματα που προκαλούν καρκίνο ωθηκών.</u>	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Παράγοντες που προκαλούν καρκίνο ωθηκών.</u>	20
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο Γενετική προδιάθεση για καρκίνο ωθηκών.</u>	21

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο Η σωματική εξάσκηση σαν βασικός παράγοντας στην καταπολέμηση του καρκίνου των ωοθηκών.</u>	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο Ταξινόμηση των καλοθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών.</u>	28
9.1 Ορισμός	28
9.2 Όγκοι ωοθηκών	28
9.3 Μορφές	29
9.4 Συμπτώματα καλοθών όγκων	32
9.5 Διάγνωση των καλοθών όγκων	33
9.6 Διαφορική Διάγνωση	35
9.7 Επιπλοκές	35
9.8 Θεραπεία	37
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο Ταξινόμηση των κακοθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών.</u>	39
10.1 Ορισμός	39
10.2 Γενικότητες	39
10.3 Βιολογικοί Δείκτες	40
10.4 Μεταστάσεις	41
10.5 Συχνότητα	42
10.6 Όγκοι ωοθηκών	42
10.7 Συχνότητα	43
10.8 Προδιάθεση	43
10.9 Ηλικία	43
10.10 Ταξινόμηση	43
10.11 Μορφές	47
10.12 Συμπτώματα	51
10.13 Διάγνωση	52

10.14 Διαφορική Διάγνωση	53
10.15 Στάδια	53
10.16 Μεταστάσεις	55
10.17 Θεραπεία	56
10.18 Πρόγνωση	61
10.19 Παρακολούθηση	63
<u>ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ</u>	64
<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις</u>	65
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο Νοσηλευτική κατά την χειρουργική θεραπεία.</u>	71
12.1 Προεγχειρητική Παρέμβαση	71
12.2 Μετεγχειρητική Παρέμβαση	72
12.3 Σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία	74
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία.</u>	75
13.1 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.	75
13.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.	76
13.3 Προετοιμασία κυτταροστατικών φαρμάκων προς έγχυση και μέτρα προφύλαξης του υγειονομικού προσωπικού.	82
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία.</u>	84
14.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.	
14.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών – επιπλοκών της ακτινοθεραπείας.	85

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο και νοσηλευτική παρέμβαση.</u>	87
15.1 Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο.	87
15.2 Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.	89
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα.</u>	90
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17^ο Η κατ' οίκον νοσηλεία στον ογκολογικό ασθενή.</u>	92
17.1 Η κατ' οίκον νοσηλεία.	92
17.2 Νοσηλευτικά προβλήματα στην κατ' οίκον νοσηλεία του ογκολογικού ασθενούς.	96
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18^ο Διατροφικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο – Νοσηλευτική παρέμβαση.</u>	98
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19^ο Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των κακοηθών νεοπλασμάτων.</u>	100
19.1 Πρωτογενή πρόληψη	101
19.2 Δευτερογενή πρόληψη	101
19.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου.	102
19.4 Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου των ωθηκών.	102
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20^ο Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο των ωθηκών και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.</u>	103
20.1 Α Περιστατικό.	103
20.2 Β Περιστατικό.	106
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.</u>	110

y

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επιστήμη αλλά και τέχνη, θεωρία αλλά και πράξη, η Νοσηλευτική είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου, καθώς του παρέχει φροντίδα κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας, ζωτικής σημασίας, όπως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπισή του σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας (αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών), υποστήριξη αρρώστων και των οικογενειών τους.

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση για τους νοσηλευτές, όπως και για όλους τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου, διότι αποτελούν ειδική ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Πρωταρχικός σκοπός των νοσηλευτών πρέπει να είναι η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, καθώς και ο έλεγχος του πόνου και η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών σε όλα τα στάδια της νόσου.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναφερθούν όλοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο των ωοθηκών, η σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων, οι θεραπευτικές επιλογές, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται και να εφαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ **ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ** **ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1 Έξω γεννητικά όργανα.

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

Στα **μεγάλα χείλη** καταλήγουν οι τελικές ίνες των στρογγυλών συνδέσμων. Ο ινολιπώδης ιστός των μεγάλων χειλέων, που συνεχεται με το λιπώδη ιστό του βουβωνικού πόρου, είναι αγγειοβριθής με πολλά λεμφικά αγγεία. Η αιματική παροχή προέρχεται από την έξω και την έσω αιδοϊκή αρτηρία.

Τα **μικρά χείλη** βρίσκονται μεταξύ των μεγάλων χειλέων και αποτελούν επίσης δύο δερματικές πτυχές που περιέχουν συνεκτικό ιστό και λίγο ή καθόλου λιπώδη ιστό. Τα μικρά χείλη έχουν μήκος 4-5 εκ. και πάχος 0,5 εκ., αλλά σε μερικές γυναίκες είναι περισσότερο επιμήκη και προεξέχουν μεταξύ των μεγάλων χειλέων. Προς τα εμπρός κάθε χείλος διαχωρίζεται σε δύο πτυχές, μια πάνω από την κλειτορίδα, που σχηματίζει το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη λεπτύνονται και συγχωνεύονται προς την έσω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων ή ενώνονται στο χαλινό των μικρών χειλέων. Η σχισμή μεταξύ των μικρών χειλέων αναφέρεται ως ο πρόδρομος του κολεού, στον οποίο και καταλήγουν ο κόλπος, η ουρήθρα, οι πόροι του Skene και τα στόμια των Bartholinov αδένων. Μεταξύ του χαλινού των χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ο σκαφοειδής βόθρος του αιδοίου.

Η **κλειτορίδα**, που αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, αποτελείται από δύο κυλινδρικά σφραγγώδη (στυτικά) σώματα, που καταλήγουν στη βάλανο της κλειτορίδας. Το σώμα της κλειτορίδας έχει μήκος 2 εκ. περίπου και σχηματίζεται από τη συγχώνευση των δύο σφραγγωδών σωμάτων, που είναι προσκολλημένα στο κάτω χείλος των κάτω κλάδων των ηβικών οστών, όπου και αποτελούν τα σκέλη της κλειτορίδας. Τα σκέλη αυτά καλύπτονται από τους βολβοσφραγγώδεις μύες, οι οποίοι παγιδεύουν με τη σύσπασή τους το αίμα στα σφραγγώδη σώματα και επιφέρουν τη στύση της κλειτορίδας. Η αιμάτωση της κλειτορίδας προέρχεται από έσω αιδοϊκή αρτηρία.

Η **βάλανος της κλειτορίδας** καλύπτεται από βλεννογόνο, που περιέχει πολλαπλά εξειδικευμένα νευρικά τελικά όργανα (αισθητικές απολήξεις), που προέρχονται από τα υπογάστρια και τα αιδοϊκά νεύρα, καθώς και από τα πνευρικά συμπαθητικά.

Πρόδρομος του κολεού είναι το τμήμα του αιδοίου, που εκτείνεται από την κλειτορίδα μέχρι το χαλινό των μικρών χειλέων, το τμήμα δηλαδή που γίνεται ορατό όταν διαχωρίζονται τα μικρά χείλη. Ο πρόδρομος του κολεού, στον οποίο καταλήγουν ο κόλπος, η ουρήθρα, οι πόροι του Sheke και τα στόμια των βαρθολίνειων αδένων, αντιπροσωπεύει στην ενήλικη γυναίκα την ώριμη μορφή του ουρογεννητικού κόλπου του εμβρύου και καλύπτεται από βλεννογόνο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Η αιμάτωση του προέρχεται από την έσω αιδοϊκή αρτηρία και η νεύρωση από το αιδοϊκό νεύρο.

Ο **παρθενικός υμένας** είναι μια λεπτή μεμβράνη από συνεκτικό ιστό στην είσοδο του κολεού, στο κέντρο του προδόμου του κολεού. Συνήθως έχει ένα άνοιγμα στρογγυλό ή κροσσωτό ή άλλοτε δύο-τρεις σπές ή σπανιότερα είναι άτρητος. Κατά τη συνουσία επέρχεται ρήξη του παρθενικού υμένα, του οποίου τα χείλη γίνονται ρακώδη και αποκαλούνται μύρτα του παρθενικού υμένα.

Οι **βαρθολίνειοι αδένες** βρίσκονται προς τα πλάγια του στομίου του κόλπου, ένας σε κάθε πλευρά του προδόμου του κολεού, κάτω από το πίσω τμήμα μικρών χειλέων του αιδοίου. Αποτελούνται από λοβιώδεις, βοτρυοειδείς αδενικούς σχηματισμούς με πολλαπλές κυψελίδες διευθετημένες γύρω από τα τελικά άκρα των πολλαπλών αγωγών, που καταλήγουν στον πόρο του βαρθολίνειου αδένου.

Οι **βολβοί του προδόμου του κολεού** είναι ωοειδείς σχηματισμοί, που αποτελούνται από στυτικό ιστό και εντοπίζονται στο έδαφος του προδόμου, στα πλάγια του στομίου του κόλπου, ενσωματωμένοι μέσα στους βολβοσηραγγώδεις μύες. Κατά τη συνουσία οι βολβοί διογκώνονται από την παγίδευση του αίματος και στενεύουν την είσοδο του κόλπου.

Η **ουρήθρα**, που έχει μήκος 3 έως 5,5 εκ., εκτείνεται από τον αυχένα της ουροδόχου κύστης μέχρι τον πρόδρομο, λίγο εμπρός από την είσοδο του κόλπου, όπου και ανοίγει το έξω στόμιο. Οι παρ ουρηθραίοι ή περιουρηθραίοι αδένες εκβάλλουν στον αυλό της ουρήθρας, στο ύψος του στομίου της, ενώ οι μεγαλύτεροι και πιο απόμακροι από αυτούς, γνωστοί ως αδένες ή πόροι του Sheke, εκβάλλουν το έκκριμά τους στον πρόδρομο του κολεού στα πλάγια του έξω ουρηθρικού στομίου. Εάν αποφραχθούν από φλεγμονή, μπορεί να σχηματιστεί απόστημα στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, που διανοίγεται προς την ουρήθρα.

1.2 Έσω γεννητικά όργανα.

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι τα εξής:

- **Ο κόλπος:** επιμήκης σωλήνας σχήματος Η (σε εγκάρσια διατομή) με κατεύθυνση προς τα πίσω και άνω (σε όρθια γυναίκα) και με βλεννογόνο από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο χωρίς αδένες.
- **Ο τράχηλος:** κωνοειδές, σκληρό όργανο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο στην ενδοκολπική επιφάνεια και κυλινδρικό στον αυλό.
- **Σώμα της μήτρας:** μυώδες όργανο σε σχήμα ανεστραμμένου απιδιού, σε πρόσθια κλίση και κάμψη, που καλύπτεται από περιτόναιο.
- **Σάλπιγγες:** λεπτοί αγωγοί μήκους 10-12εκ., που εξορμώνται από τα κέρατα της μήτρας και διανοίγονται ελεύθερα προς την περιτοναϊκή κοιλότητα με ορογόνο χιτώνα στην εξωτερική επιφάνεια και κυβοειδές επιθήλιο στον αυλό.¹
- **Ωοθήκες:** λευκωπά, αμυγδαλοειδή όργανα με μήκος 3εκ., πλάτους 1,5 εκ. και πάχος 1 εκ.,² ωοειδή και ελαφρώς πλατιά όργανα, που στηρίζονται εγκαρσίως στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα με το μεσσωθήκιο και συνδέονται με τους «ίδιους συνδέσμους της ωοθήκης» που εκπορεύονται από το οπισθοπλάγιο τοίχωμά της, ακριβώς πίσω από τις σάλπιγγες.¹

Οι ωοθήκες έχουν δύο κύριες λειτουργίες:

1. Αποτελούν την πηγή των ώριμων ωαρίων.
2. Είναι ενδοκρινή όργανα και παράγουν στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες προετοιμάζουν το ενδομήτριο στο να υποδεχθεί και να διατηρήσει το κύημα, στην περίπτωση γονιμοποίησης του ωαρίου.

Ωοθηκικό επιθήλιο. Η επιφάνεια των ωοθηκών καλύπτεται από μονόστιβο επιθήλιο, το οποίο συνήθως είναι κυβοειδές ή χαμηλό, ενώ επιδινώνεται με την πάροδο της ηλικίας ή στις περιπτώσεις διόγκωσης της ωοθήκης για διάφορους λόγους. Το επιθήλιο συνέχεται με το πυελικό περιτόναιο στην πύλη της ωοθήκης (αν και τα κύτταρα της ωοθήκης διαφέρουν δομικά από τα περιτοναϊκά μεσοθηλιακά κύτταρα). Αυτό το ωοθηκικό επιθήλιο ονομάζεται «εσφαλμένα»βλαστικό, αφού τα επιθηλιακά κύτταρα δεν αποτελούν την πηγή των θηλυκών γαμετών. Η ελεύθερη επιφάνεια των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων φέρει μικρολάχνες και σπάνιους κροσσούς. Υπάρχουν άφθονα μιτοχόνδρια, ενώ στη δάση των μικρολαχμών βρίσκονται συνδεδεμένα πινοκυτταρικά κυστίδια.

Η ωοθηκική επιφάνεια φέρει συνήθως ακανόνιστες σχισμές, που επενδύονται από το επιφανειακό επιθήλιο. Τα επιφανειακά άκρατων σχισμών μπορεί να «σφραγιστούν» αφήνοντας νησίδα επιθηλιακών κυττάρων μέσα στο φλοιό της

ωοθήκης. Στην περίπτωση αυτή η έκκριση υγρού από τα κύτταρα, μετατρέπει τα νησίδια σε κύστες (βλαστικά κυστικά έγκλειστα), οι οποίες είναι αρκετά συνήθεις.

Τα επιθηλιακά κύτταρα της ωοθηκικής επιφάνειας δεν μεταβάλλονται ουσιαστικά κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου, αλλά το ύψος τους μπορεί να αυξηθεί κατά την εγκυμοσύνη. Στην ώριμη ωοθήκη, τα επιφανειακά κύτταρα διαχωρίζονται από το υποκείμενο ωοθηκικό ιστό με μια χαρακτηριστική βασική μεμβράνη(λευκός χιτώνας).

Στην ωοθήκη διακρίνουμε τρία τμήματα: την πύλη, το μυελό και τον έξω φλοιό. Η ωοθηκική πύλη συνέχεται με το μυελό και αποτελεί την περιοχή από την οποία εισέρχονται και εξέρχονται τα αγγεία του αίματος, τα λεμφικά αγγεία και τα νεύρα. Ο μυελός και η πύλη, εκτός από τα αγγεία του αίματος, τα λεμφικά αγγεία και τα υπολείμματα του εμβρυϊκού πόρου του Wolff, όπως και μικρά αθροίσματα πυλαίων κυττάρων. Τα υπολείμματα του πόρου του Wolff παραμένουν σαν ακανόνιστοι σωλήνες που επενδύονται από επιπεδωμένο ή κυβοειδές επιθήλιο (ωοθηκικό δίκτυο). Τα πυλαία κύτταρα είναι ιστολογικά όμοια με τα διάμεσα κύτταρα (Leydig) του όρχη. Είναι σφαιρικά ή ωοειδή, με ηωσινοφιλικό κοκκιώδες ή αφρώδες κυτταρόπλασμα και περιέχουν μία καφέ χρωστική ουσία, που μοιάζει με τη λιποφουσκίνη. Τα πυλαία κύτταρα διατάσσονται πυκνά μεταξύ τους. Μερικά πυλαία κύτταρα είναι δυνατόν να περιέχουν κρυσταλλοειδή του Reinke, ενώ άλλα να περιέχουν στρογγυλά ηωσινοφιλικά υαλοειδή σωμάτια. Τα μικρά αθροίσματα των πυλαίων κυττάρων συχνά βρίσκονται κοντά σε νεύρα και σε αιμοφόρα αγγεία.

Ο μυελός περιέχει αθροίσματα στρωματικών κυττάρων, όμοια με αυτά που καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο όγκο του φλοιού.

Ο ωοθηκικός φλοιός αποτελείται από δύο κύρια στοιχεία:α)ένα στηρικτικό στρώμα, β) δομές που παράγουν τους γαμέτες και τα παράγωγά τους. Η αναλογία και η εμφάνιση αυτών των στοιχείων σε κάθε ωοθήκη εξαρτάται από δύο παράγοντες, την ηλικία και την ορμονική διέγερση.

Το φλοιώδες στρώμα αποτελείται από πυκνά, ακανόνιστα ή σπειροειδώς ατρακτοειδή ινοβλαστικά κύτταρα. Το κυτταρόπλασμα των κυττάρων αυτών είναι πλούσιο σε ριβοσώματα, μικρονημάτια και μιτοχόνδρια, τα οποία έχουν την τάση να συγκεντρώνονται γύρω από τον πυρήνα. Κοντά στην κυτταρική τους επιφάνεια βρίσκονται μικροπυκνωτικά κυστίδια, ενώ παρατηρείται και μικρός αριθμός λιποσταγονιδίων. Ανάμεσα στα κύτταρα του στρώματος υπάρχουν δικτυωτές και κολλαγόνες ίνες, που είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικές στην περιοχή του φλοιού. Η σταδιακή εναπόθεση κολλαγόνων ινών σ' αυτή την περιοχή αρχίζει πρόωρα κατά την

αναπαραγωγική ζωή και γίνεται εντονότερη με την πάροδο του χρόνου έτσι, ώστε κατά την εμμηνόπαυση αφορά όλη την έκταση του φλοιού.

Η κυτταροβρίθεια του φλοιώδους στρώματος, όπως και το ποσό του λίπους που περιέχουν τα κύτταρα εξαρτώνται από την ορμονική διέγερση. Η αύξηση της συσσώρευσης των λιποειδών στα στρωματικά κύτταρα ονομάζεται ωχρινοποίηση των στρωματικών κυττάρων, η διεργασία αυτή είναι ιδιαίτερη εμφανής κατά την εγκυμοσύνη. Το ωθητικό στρώμα έχει τρεις κύριες λειτουργίες:

1) Προσφέρει δομική στήριξη στα αναπτυσσόμενα ωάρια.

2) Παράγει τα κύτταρα της έσω και έξω θήκης, γύρω από τα αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια.

3) Εκκρίνει στεροειδείς ορμόνες. Αν και είναι πιθανόν ότι όλα τα στρωματικά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα να παράγουν στεροειδείς ορμόνες κάτω από κατάλληλες συνθήκες, αναγνωρίζονται τρεις κυρίως τύποι στρωματικών κυττάρων που εκκρίνουν στεροειδή: α) τα κύτταρα που περιβάλλουν το ωοθυλάκιο, β) τα διάσπαρτα ωχρινικά στρωματικά κύτταρα που είναι πλούσια σε λιποειδή, γ) ένας πληθυσμός στρωματικών κυττάρων, τα οποία ονομάζονται ενζυμικά ενεργά στρωματικά κύτταρα (ΕΕΣΚ), τα οποία έχουν αξιόλογη οξειδωτική, αλλά και άλλες ενζυμικές δραστηριότητες. Τα ΕΕΣΚ είναι άφθονα, κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Είναι διασκορπισμένα σε ομάδες στο φλοιό και στο μυελό και έχει αποδειχθεί ότι εκκρίνουν τεστοστερόνη και άλλα ανδρογόνα στεροειδή².

Οι ωθητικές αρτηρίες εκπορεύονται από την αορτή, φτάνουν στις ωθήκες μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου και αναστομώνονται με τους τελικούς κλάδους των μητριάων αρτηριών. Η νεύρωση προέρχεται από τις ραχιαίες ρίζες του Θ10 και πρώτου ιερού νεύρου, καθώς και από ίνες του πνευλικού και του οσφυϊκού πλέγματος. Η ωθήκη αναπτύσσεται από την αδιαφοροποίητη γονάδα κατά την εμβρυϊκή ζωή, μετά την μετανάστευση των αρχέγονων γεννητικών κυττάρων από το λεκιθικό ασκό. Η απουσία αυτής της μετανάστευσης έχει ως συνέπεια την ωθητική δυσγενεσία (σύνδρομο Turner).

Η μήτρα στηρίζεται στο μέσο της μικρής πυέλου με τους στρογγυλούς, τους πλατείς, τους ιερομητρικούς και τους εγκάρσιους (Mackenrodt's) τραχηλικούς συνδέσμους και προς τα κάτω με τους ανελκτήρες του πρωκτού.

Οι στρόγγυλοι σύνδεσμοι φέρονται από τα πλάγια του πτυθμένα της μήτρας, δίπλα από την κατάφυση του «ιδίου» συνδέσμου της ωθήκης, προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, όπου και καταφύονται.

Οι πλατείς σύνδεσμοι αποτελούν πτυχές του περιτόναιου, που εκτείνονται από την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας προς τα πλάγια στο πυελικό περιτόναιο.

Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι σχηματίζονται από ινώδεις δεσμίδες, που εκφύονται από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας στο ύψος του ισθμού και καταφύονται στο περίοστεο του ιερού οστού¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

2.1 Εισαγωγή.

Η φάση της βιολογικής γονιμότητας μιας γυναίκας επεκτείνεται στο μεσαίο τμήμα της ζωής, το οποίο χαρακτηρίζεται από την ρυθμική διαδοχή ωοθηλακιορρηξίας και εμμήνου ρύσεως. Αυτός ο ρυθμός διακόπτεται μόνο κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό.

Η πρώτη έμμηνος ρύση, η οποία εμφανίζεται συνήθως στο 11^ο με 12^ο έτος της ζωής, με την οποία τελειώνει η παιδική ηλικία και αρχίζει η εφηβική, ονομάζεται εμμηναρχή. Αντιθέτως η τελευταία έμμηνος ρύση, η οποία παρατηρείται γύρω στο 50^ο έτος της ζωής και κλείνει την βιολογική γονιμότητα, ονομάζεται εμμηνόπαυση. Κυήσεις πριν από το 18^ο και μετά το 40^ο έτος της ζωής είναι σπάνιες, διότι στις ηλικίες αυτές ένας καταμήνιος κύκλος είναι συνήθως ανώμαλος και συχνά δεν λαμβάνει χώρα ωοθυλακιορρηξία.

2.2 Εξέλιξη των γεννητικών κυττάρων.

Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας γίνεται στην εμβρυϊκή ζωή, τα οποία ονομάζονται ωογόνα ή αρχέγονα ωάρια. Στην συνέχεια υφίστανται αυτά μια εξέλιξη και διαφοροποιούνται αρχικά στα ωοκύτταρα πρώτης τάξεως, ακολούθως στα πρωτογενή ή άωρα ωοθυλάκια και στο τέλος στα γνωστά ώριμα ωοθυλάκια ή γραφιανά θυλάκια. Κατά την διάρκεια των 35 ετών μεταξύ της εμμηναρχής εμμηνόπαυσης λαμβάνουν χώρα περίπου 400 ωοθυλακιορρηξίες.³

2.3 Κατασκευή ωοθήκης.

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

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

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

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

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

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

◆ **Πύλες.** Είναι το μέρος των ωοθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα τους. Στις πύλες των ωοθηκών υπάρχουν κύτταρα, που μοιάζουν με τα κύτταρα του Leydig των όρχεων. Πιστεύεται, πως αυτά παράγουν ανδρογόνες ορμόνες.⁴

2.4 Ιστολογία της ωοθήκης.

Η ωοθήκη αποτελείται από 2 στιβάδες, τον αγγειοβριθή μυελό και τον φλοιό. Ο φλοιός συνίσταται από ειδικό ωοθηκικό στρώμα με κυβικό επιθήλιο το οποίο είναι ενδοπεριτοναϊκό όπως και το στόμιο ωογωγού. Η πύλη χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραωοθηκικών σωλήνων οι οποίοι αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες που καλύπτονται από κροσσωτά επιθήλια και από υποτυπώδη υπολείμματα της γεννητικής ταινίας, το ωοθηκικό δίκτυο, ανάλογα του σπερματικού σωλήνα.⁵

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΘΗΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Τα κακοήθη νεοπλασμάτα των ωοθηκών είναι νόσος των αναπτυσσόμενων κοινωνιών και συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερων εντοπίσεων όσον αφορά την επίπτωση και τη θνησιμότητα στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες.

Οι όγκοι των ωοθηκών καθώς βρίσκονται στο βάθος της περιτοναϊκής κοιλότητας, αναπτύσσονται ύπουλα, φθάνοντας συχνά σε μεγάλα μεγέθη πριν γίνουν αντιληπτοί από τις ασθενείς. Η ανυπαρξία αυτή χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου και αποτελεσματικής διαγνωστικής μεθόδου σε αρχικά στάδια καθιστούν την έγκαιρη διάγνωση της νόσου καθαρά τυχαίο γεγονός.

Η ανάπτυξη του πρωτοπαθούς όγκου ακολουθείται από διήθηση των παρακειμένων ιστών και οργάνων και δημιουργία εμφυτεύσεων στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν ηλικίες μεταξύ 55 και 59 ετών.

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ασθενών που επιβιώνουν για 5 χρόνια έχει αυξηθεί. Ο ρυθμός όμως αύξησης παραμένει βραδύς. Η αύξηση αυτή της επιβίωσης οφείλεται κυρίως στην εφαρμογή νέων θεραπευτικών πρωτοκόλλων στα οποία παράλληλα προς την ογκομειωτική επέμβαση έχουν προστεθεί νέες δραστικότερες φαρμακευτικές ουσίες.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία τα κακοήθη νεοπλασμάτα της ωοθήκης είναι η δεύτερη σε συχνότητα κακοήθεια στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, η 6^η πιο συχνή κακοήθεια της γυναίκας (4% όλων των κακοηθειών στις γυναίκες), η 4^η πιο κοινή αιτία θανάτου των γυναικών από κακοήθεια (5%), μετά τον καρκίνο του μαστού, του εντέρου και του πνεύμονα και η πιο συχνή αιτία θανάτου από γυναικολογική κακοήθεια. Επίσης θεωρείται η πιο συχνή κακοήθεια που εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο (75%).^{6,7,16} σελ. 3-4, 9-20,42.], [Modugno F. et al, Ovarian cancer and high-risk women, implications for prevention, screening and early detection, Gynecology Oncology Vol. 91, 2003, p.15-31.]. Στην Ελλάδα αναφέρεται

επίπτωση 2,5% για ηλικίες ≤44 ετών, 13,5% για 45-46 ετών και 13,3% για ≥65 ετών. Μεταξύ όλων των κακοηθειών, οι κακοήθειες της ωοθήκης αφορούν το 2,6% (πίνακας 4-1).

Όσον αφορά τη θνησιμότητα στη χώρα μας αυξήθηκε τα τελευταία 30 χρόνια, με ετήσιο ρυθμό αύξησης περίπου 2%. Στα τέλη της 10ετίας του 1980 αναφέρεται θνησιμότητα 3 γυναίκες ανά 10⁵ γυναίκες/ χρόνια.

Πίνακας 4-1

Επίπτωση και Θνησιμότητα στην Ελλάδα των κακοηθών όγκων της ωοθήκης.

Ηλικία	Επίπτωση(%)	Θνησιμότητα(%)
0-44 2.5	0.6	
45-64 13.5	8.2	
≥65 13.3	11.8	
Μεταξύ όλων των κακοηθειών	2.6	3.0

Η επίπτωση της νόσου παρέμεινε σταθερή κατά τα τελευταία 20 χρόνια στις περισσότερες χώρες της Βορείου Ευρώπης και Αμερικής, ενώ αυξήθηκε αντίστοιχα στον Κινέζικο πληθυσμό της Σιγκαπούρης, στην Ιαπωνία και στις Ινδίες.⁶

Το 1999 στις Η.Π.Α. διαγνώστηκαν 25.200 νέες περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών και την ίδια χρονιά 14.500 γυναίκες πέθαναν από καρκίνο των ωοθηκών, ενώ μία στις 70 γυναίκες θα αναπτύξει αυτή την κακοήθεια στη διάρκεια της ζωής της.⁷

Σε ότι αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέρεται μία τάση μείωσης της επίπτωσης και της θνησιμότητας περισσότερο εμφανής σε ηλικίες 20-44 ετών, ιδιαίτερα στις γυναίκες των Βορείων χωρών. Στη Νότιο Ευρώπη, όπου τα ποσοστά ήταν αρχικά χαμηλά, διαπιστώθηκαν αυξητικές τάσεις. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται πιθανά σε διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται αλλαγές στην επίδραση διαφόρων παραγόντων κινδύνου, βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, εφαρμογή της ωοθηκεκτομής και για τις νεαρές ηλικίες η προστατευτική δράση των ευρέως χρησιμοποιούμενων αντισυλληπτικών.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΟΘΗΚΩΝ

Τα συμπτώματα που μπορούν να συνοδεύουν τον καρκίνο των ωοθηκών περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Πόνος και δυσφορία στην κοιλιά ή στη λεκάνη.
2. Αίσθημα πληρότητας στην κοιλιά ή στη λεκάνη επίσης παρουσία πρηξίματος ή μάζας στην εν λόγω περιοχή.
3. Επίμονοι εμετοί και ναυτία.
4. Πόνος κατά τη συνουσία.
5. Ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο, μητρορραγία.
6. Ανεξήγητη διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
7. Επίμονη κούραση και πόνοι στην πλάτη, οσφυαλγία.
8. Κούραση, κατάπτωση, αναιμία, ανορεξία, καχεξία.

Η παρουσία ενός ή περισσότερων από τα πιο πάνω συμπτώματα ή σημεία, δεν δείχνει αναγκαστικά την ύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών. Όμως η παρουσία τέτοιων συμπτωμάτων για περισσότερο από 2 ή 3 εβδομάδες, πρέπει να οδηγούν τη γυναίκα στο γιατρό για να εξακριβωθεί η αιτία τους. Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, στα αρχικά στάδια της νόσου, ο κατώτερος γεννητικός σωλήνας είναι συνήθως φυσιολογικός, ενώ αργότερα βρίσκεται μια εξαρτηματική μάζα με ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κακοήθειας, όπως η αμφίπλευρη εντόπιση, η καθήλωση, το ανώμαλο περίγραμμα και η σκληρή σύσταση. Ενίοτε, μπορούν να ψηλαφηθούν οζώδεις μάζες στο δουλάσειο ή στα παραμήτρια.

Επιπλέον στα προχωρημένα στάδια ο ασκίτης είναι πολύ συχνό συνοδό αντικειμενικό εύρημα του καρκίνου των ωοθηκών. Ενίοτε μπορεί να ψηλαφηθούν μεταστάσεις στο επίπλουον, με τη μορφή των οζωδών μαζών, ενώ συχνά εμφανίζεται οίδημα στα κάτω άκρα.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΘΗΚΩΝ

Όμως ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο που έχει μια γυναίκα για να προσβληθεί από τη νόσο:

- **Ηλικία:** Ο καρκίνος των ωθηκών είναι συχνότερος σε γυναίκες άνω των 50 ετών, ωστόσο αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο του χρόνου.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση σε γυναίκες με συγγενείς που ήδη παρουσίασαν καρκίνο ωθηκών, καρκίνο μαστού ή του παχέος εντέρου.
- **Μεταλλάξεις γονιδίων:** Παρουσία στη γυναίκα μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού αλλά και τον καρκίνο των ωθηκών.
- **Ιστορικό καρκίνου:** Γυναίκες που παρουσίασαν καρκίνο μαστού πριν από την ηλικία των 50 ετών.
- **Κάπνισμα:** Έχει σχέση με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου των ωθηκών.
- **Εγκυμοσύνη και αντισυλληπτικά:** Γυναίκες που δεν έκαναν παιδιά και που δεν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτικά χάπια. Καθώς και σε γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις γυναίκες με πολλές γέννες.
- **Ορμονική θεραπεία αντικατάστασης:** Γυναίκες που έπαιρναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα, πέραν των 10 ετών, μια τέτοια θεραπεία.
- **Στείρωση:** Γυναίκες με στείρωση ή που έπαιρναν φάρμακα για την αντιμετώπιση της στείρωσης.

Το κλειδί της επιτυχίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωθηκών βρίσκεται στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Το είδος της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο έχει προχωρήσει ο καρκίνος.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΟΘΗΚΩΝ.

Στο δυτικό κόσμο 1 στις 8 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Αρκετές γυναίκες από αυτές τυγχάνουν να είναι μέλη μιας οικογένειας όπου έχουν διαγνωστεί και άλλα άτομα με καρκίνο του μαστού. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι τυχαίο, αφού ο καρκίνος του μαστού είναι αρκετά συχνός, από την άλλη όμως μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες, όπως κοινά γονίδια. Το 1994 και 1995 είχαν ανακαλυφθεί δύο γονίδια, το BRCA1 και BRCA2, τα οποία συνδέονται με τον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.

Τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού ή/ και ωοθηκών. Οι φορείς των μεταλλάξεων στα γονίδια αυτά έχουν ιδιαίτερα αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Εκτιμάται ότι, 6 – 7% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και 10% του καρκίνου των ωοθηκών οφείλονται σε μεταλλάξεις στα γονίδια προδιάθεσης στον καρκίνο (Claus et al, 1996). Στις περιπτώσεις του σποραδικού καρκίνου, οι γενετικές αλλαγές συμβαίνουν μόνο στα καρκινικά κύτταρα. Εάν όμως μια γενετική αλλαγή (μετάλλαξη) κληρονομείται από γενιά, βρίσκεται σε κάθε κύτταρο. Οι φορείς αυτής της μετάλλαξης, έχουν 50% πιθανότητες να μεταβιβάσουν το γονίδιο στον καθένα από τους απογόνους τους. Μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 υπάρχουν στο περίπου 50% των οικογενειών, στις οποίες τουλάχιστον τέσσερα μέλη έχουν βρεθεί με καρκίνο των ωοθηκών κάτω από την ηλικία των 60 χρόνων και στο 80% των οικογενειών με ιστορικά καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών (Ford et al, 1994; Easton et al, 1995).

Η ταυτοποίηση του γονιδίου BRCA1 ολοκληρώθηκε το 1994. Το BRCA1 είναι το κυριότερο μέχρι σήμερα γονίδιο που συνδέεται με την κληρονομούμενη προδιάθεση στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 17. Το BRCA1 είναι από τα μεγαλύτερα γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα. Καταλαμβάνει περίπου 100.000 βάσεις DNA και κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη με 1.863 αμινοξέα (Hall et al; Miki et al; Petrucelli et al 2004).

Το ογκοκατασταλτικό γονίδιο BRCA1 αποτελείται από 22 κωδικοποιούμενα και 2 μη κωδικοποιούμενα εξόνια και συμμετέχει στη ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου και στον έλεγχο της επιδιόρθωσης του DNA. Περισσότερες από 300 μεταλλάξεις του BRCA1 είναι κληρονομικές και περίπου το 85% αυτών έχουν ως αποτέλεσμα τον πρόωρο τερματισμό της πρωτεϊνικής σύνθεσης (non – sense, frame shift multatios). Ο

λόγος που οι μεταλλάξεις BRCA1 και BRCA2 οδηγούν κατά κανόνα στην εκδήλωση καρκίνου μαστού ή/ και ωοθηκών σχετίζεται πιθανώς με την ύπαρξη των υποδοχέων οιστρογόνων στους συγκεκριμένους ιστούς.

Άτομα που είναι φορείς μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση καρκίνου του μαστού (έως και 87%) ή των ωοθηκών (έως και 44%) ή και των δύο έως την ηλικία των 70 ετών.

Επιπλέον, τα άτομα που είναι φορείς μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 και έχουν ήδη νοσήσει έχουν εξαιρετικά αυξημένες πιθανότητες επανεμφάνισης της νόσου. Σε ποιες περιπτώσεις ενδείκνυται ο έλεγχος στα γονίδια BRCA:

Γυναίκες που έχουν ασθενήσει ή έχουν οικογενειακό ιστορικό με περιστατικό καρκίνου μαστού πριν την ηλικία των 50 ετών.

Γυναίκες που έχουν ασθενήσει ή έχουν οικογενειακό ιστορικό με περιστατικό καρκίνο ωοθηκών σε οποιαδήποτε ηλικία.

Άνδρες ασθενείς με καρκίνο μαστού και συγγενείς τους.

Συγγενείς φορέων μεταλλάξεων: γενετικός έλεγχος ενδείκνυται μόνο για ήδη εντοπισμένη παθογόνο μετάλλαξη.

Το μέγεθος των γονιδίων BRCA1 και BRCA2, καθώς και το γεγονός ότι οι μεταλλάξεις καλύπτουν όλο το μήκος των γονιδίων αυτών, κάνουν ιδιαίτερα δύσκολη και χρονοβόρα τη διαδικασία ανίχνευσης των μεταλλάξεων.

Το μεγάλο κόστος της γονιδιακής ανάλυσης είναι επίσης ένας σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας. Είναι κοινή πεποίθηση ότι υπάρχουν και άλλα γονίδια, τόσο υψηλής όσο και χαμηλής διεισδυτικότητας, η μελέτη των οποίων είναι απαραίτητη στην ολοκληρωμένη κατανόηση των παραγόντων που εμπλέκονται στη δημιουργία του καρκίνου. Άλλοι παράγοντες είναι τα γονίδια – τροποποιητές τα οποία επιδρούν στην επικινδυνότητα που μπορεί να έχει μια μετάλλαξη.

Πολύ πρόσφατα δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Nature Structural Biology οι δομές των λειτουργικών τομέων BRCT και Zinc finger του BRCA1 γεγονός που συνεισφέρει στην κατανόηση της λειτουργίας του, αλλά και του ρόλου συγκεκριμένων μεταλλάξεων (Petrucci et al, 2004). Επίσης η χρήση μικροστοιχείων DNA για ανάλυση της γονιδιακής έκφρασης σε δείγματα από ασθενείς – φορείς παθογόνων μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2, σε σύγκριση με τον σποραδικό καρκίνο, έδειξε ότι μία σειρά από γονίδια εκφράζονται διαφορετικά στις περιπτώσεις αυτές.

Οι πιθανότητες για την ύπαρξη μετάλλαξης στα γονίδια BRCA1&2 αυξάνονται ανάλογα με : α) τον αριθμό των ατόμων τα οποία έχουν προσβληθεί από καρκίνο του

μαστού ή των ωοθηκών, β) την ηλικία κατά την εμφάνιση του καρκίνου (όσο μικρότερη η ηλικία, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος, γ) την ύπαρξη αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού και δ) την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε άνδρες στην οικογένεια. Οι άρρενες φορείς παθογόνων μεταλλάξεων του BRCA1 συνήθως δεν εμφανίζουν την ασθένεια, σε αντίθεση με τους φορείς του BRCA2, γεγονός το οποίο κάνει απαραίτητο το ολοκληρωμένο οικογενειακό ιστορικό.

Με την χρήση γενετικών τεστ είμαστε σε θέση σήμερα να διακρίνουμε ένα συγκεκριμένο άτομο, το οποίο έχει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει την ασθένεια, πριν ακόμη εμφανίσει οποιοδήποτε σύμπτωμα. Έτσι, είναι δυνατό να τροποποιηθεί η γενικότερη ιατρική παρέμβαση και αντιμετώπιση, με απώτερο σκοπό την πιθανή πρόληψη ή αποτροπή της εμφάνισης της νόσου, ή έστω την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Κατά τη γενετική συμβουλευτική είναι απαραίτητο να λαμβάνεται από την ασθενή λεπτομερές οικογενειακό ιστορικό των τριών τελευταίων γενεών, εάν είναι δυνατόν. Η ιδιαιτερότητα των γενετικών αναλύσεων (και τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από αυτές) κάνουν απαραίτητη την έγγραφη συγκατάθεση της ασθενούς. Για τη σωστή αξιολόγηση, είναι απαραίτητα τα πλήρη κλινικοπαθολογικά στοιχεία.

Το μεγάλο μέγεθος των γονιδίων και το εξαιρετικά υψηλό κόστος των αναλύσεων είναι δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες ικανοί να επηρεάσουν την ποιότητα του αποτελέσματος των αναλύσεων. Σε αυτό το σημείο να τονίσουμε ότι πραγματική διαγνωστική αξία έχουν:

1. Μια θετική απάντηση (ανίχνευση μετάλλαξης)
2. Μια αρνητική απάντηση, μόνο στην περίπτωση που έχει ανιχνευθεί ήδη μια μετάλλαξη σε άλλο πάσχον μέλος της οικογένειας. Εάν η “οικογενειακή” μετάλλαξη, που συνδέει με την εμφάνιση της νόσου, δεν ανιχνευθεί σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, αυτό το άτομο θα τρέχει τον ίδιο κίνδυνο με τον γενικό πληθυσμό.

Η μη ανίχνευση μετάλλαξης δεν σημαίνει ότι η συγκεκριμένη ασθενής δεν φέρει κάποια παθογόνα μετάλλαξη σε κάποιο άλλο γονίδιο προδιάθεσης.

Κατ' αρχάς είναι κοινά αποδεκτό ότι υπάρχουν και άλλα γονίδια προδιάθεσης στον καρκίνου του μαστού/ ωοθηκών στα οποία προς το παρόν δεν μπορούν να ανιχνευθούν μεταλλάξεις. Επιπλέον με την ακολουθούμενη μεθοδολογία, ορισμένες μεταλλαγές όπως οι γονιδιακές ανακατατάξεις και οι ιντρονικές μεταβολές, συνήθως δεν ανιχνεύονται. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθούν και οι ελλειπίες πληροφορίες

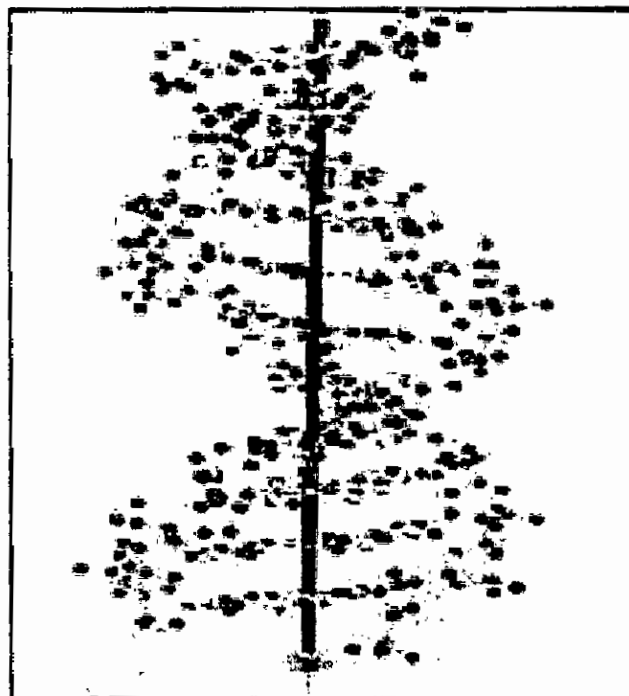
για το ρόλο των σπάνιων παρανοηματικών μεταλλάξεων (αλλαγή ενός μόνο αμινοξέος) που έχουν χαρακτηριστεί στα γονίδια BRCA1 και BRCA2.

Τα άτομα τα οποία έχουν γενετική προδιάθεση για καρκίνο του μαστού λόγω μεταλλάξεων στο BRCA1 ή BRCA2 έχουν διάφορες επιλογές σήμερα για να αντιμετωπίσουν αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο. Οι επιλογές αυτές, τουλάχιστον επί του παρόντος, περιλαμβάνουν από την εντατικοποιημένη παρακολούθηση, την αλλαγή τρόπου ζωής και την προφυλακτική χειρουργική επέμβαση ή και χημειοπροφύλαξη.

Η γνώση της γονιδιακής κατάστασης ενός ατόμου σε μια οικογένεια με βεβαρημένο ιστορικό καρκίνου μαστού και ωοθηκών παρέχει τη δυνατότητα εντοπισμού και των ατόμων που δεν φέρουν τη μετάλλαξη και άρα εμφανίζουν κίνδυνο ίδιο με αυτόν του γενικού πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό, τα άτομα εκείνα της οικογένειας που δεν φέρουν τη μετάλλαξη απαλλάσσονται από την παρακολούθηση και την πιθανή προληπτική παρέμβαση (είτε χειρουργική είτε φαρμακευτική), με άμεση συνέπεια τη μείωση της ψυχολογικής και οικονομικής επιβάρυνσης και την προφύλαξη από τυχόν παρενέργειες των παρεμβάσεων.

Η γενετική του καρκίνου του μαστού δείχνει καθαρά ότι το γενετικό υπόβαθρο του κάθε ανθρώπου παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση.

Η μοριακή βιολογία και η γενετική βαδίζουν με γρήγορα άλματα προς τα εμπρός. Η ιατρική του μέλλοντος ήδη αντλεί μεγάλο μέρος των πληροφοριών της από τη γνώση της γονιδιακής ταυτότητας ενός ατόμου σχετικά με την πιθανότητα ανάπτυξης μίας συγκεκριμένης νόσου.¹⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΣΑΝ ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ.

Παρ' ότι ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μόνο το 20% όλων των κακοηθειών των γυναικείων οργάνων, εντούτοις είναι ο πλέον θανατηφόρος από όλα τα κακοήθη νοσήματα του γυναικολογικού συστήματος. Αυτό συμβαίνει λόγω της δυσκολίας διάγνωσης του καρκίνου στα αρχικά του στάδια. Η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι αυτή των 55 ετών. Με την αύξηση που έχει παρατηρηθεί διαχρονικά στα περιστατικά καρκίνου, οι έρευνες για την ανακάλυψη αποτελεσματικής πρόληψης έχουν εντατικοποιηθεί.

Η σωματική εξάσκηση μπορεί να βοηθά αποτελεσματικά στην πρόληψη εναντίον διαφόρων καρκίνων.

Το γεγονός αυτό είχε ήδη παρατηρηθεί αλλά τώρα 3 νέες έρευνες έφεραν στην επιφάνεια δεδομένα που δείχνουν πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της σωματικής εξάσκησης για την πρόληψη διαφόρων καρκίνων.

Στην πρώτη έρευνα που έγινε σε γυναίκες στην Κίνα, βρέθηκε ότι η έντονη σωματική εξάσκηση μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο των γυναικών για καρκίνο της ωοθήκης.

Οι ερευνητές σύγκριναν τις δραστηριότητες γυναικών που έπασχαν από καρκίνο της ωοθήκης και γυναικών που δεν έπασχαν από αυτή την πάθηση.

Οι γυναίκες που είχαν μια από τις πιο κάτω δραστηριότητες, παρουσίαζαν 50% μειωμένο κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο της ωοθήκης:

- Έντονη εργασία όπως για παράδειγμα μετακίνηση επίπλων ή σκάψιμο για 20 ώρες την εβδομάδα
- Μέτριας έντασης δραστηριότητα όπως ζωηρό περπάτημα ή ποδηλασία για 30 ώρες την εβδομάδα
- Εξάσκηση σε ένα έντονο σπορ για τουλάχιστο 2 ώρες την εβδομάδα
- Εργασία ή εξάσκηση αρκετά έντονη σε σημείο που να προκαλείται ιδρώτας για τουλάχιστο 3 φορές την εβδομάδα

Στη δεύτερη έρευνα εξετάστηκε η σχέση που υπάρχει μεταξύ του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση και του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας.

Η ύπαρξη σωματικής εξάσκησης ακόμη και σε χαμηλό επίπεδο, συσχετιζόταν με μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες αυτές. Όμως η μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, η οποία ήταν της τάξης του 30%, παρατηρήθηκε στις γυναίκες που είχαν μια σωματική εξάσκηση που μπορεί να ήταν κολύμπι ή τρέξιμο, για τουλάχιστον 6 ώρες εβδομαδιαίως. Οι γυναίκες θα μπορούσαν να επιτύχουν το ίδιο αποτέλεσμα με περπάτημα ή χορό για τουλάχιστο 12 ώρες την εβδομάδα.

Στην τρίτη έρευνα εξετάστηκε σε άνδρες και γυναίκες η επίδραση της σωματικής εξάσκησης στον καρκίνο του χοντρού εντέρου και του ορθού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που έκαναν τρέξιμο για 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, είχαν από 40% έως 50% μείωση του κινδύνου για καρκίνο του χοντρού εντέρου και του ορθού. Παρατηρήθηκε επίσης ότι ακόμη και για δραστηριότητες λιγότερο έντονες, υπήρχε ευεργετική επίδραση όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου αυτού.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η προληπτική επίδραση της έντονης σωματικής εξάσκησης εναντίον διαφόρων καρκίνων τεκμηριώνεται όλο και περισσότερο. Ακόμη και η σωματική εξάσκηση που δεν είναι έντονη, μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην πρόληψη κατά του καρκίνου.

Παρά το γεγονός αυτό, δεν έχει ακόμη γίνει κατανοητό διαμέσου ποιου μηχανισμού επιδρά η σωματική δραστηριότητα για να επιτυγχάνεται η προληπτική αυτή δράση. Υπάρχει μάλιστα η υποψία ότι τα άτομα που διατηρούν ένα καλό επίπεδο σωματικής εξάσκησης, είναι άτομα τα οποία έχουν και άλλα χαρακτηριστικά τα οποία συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου.

Τέτοια χαρακτηριστικά είναι για παράδειγμα η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, τα οποία περιέχουν ουσίες που δρουν εναντίον του καρκίνου.

Επίσης τα άτομα αυτά λόγω της εξάσκησης τους καταφέρνουν να διατηρούν ένα κανονικό βάρος. Εκείνοι που δεν εξασκούνται παρουσιάζουν συχνότερα παχυσαρκία και οι καρκίνοι είναι συχνότεροι σε παχύσαρκα άτομα.

Υπάρχουν παράλληλα ερευνητές που πιστεύουν ότι η ίδια η σωματική εξάσκηση επιφέρει στον οργανισμό τέτοιες βιοχημικές αλλαγές οι οποίες δρουν εναντίον του καρκίνου. Όμως ακόμη δεν έχουν τεκμηριωθεί οι εικασίες αυτές όπως δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί επαρκώς το γιατί η σωματική εξάσκηση έχει προληπτική δράση εναντίον διαφόρων μορφών καρκίνου. Οι ειδικοί συστήνουν για τους ενήλικες, για σκοπούς πρόληψης κατά του καρκίνου, μια σωματική εξάσκηση μέτριας έντασης για τουλάχιστο 30 λεπτά η περισσότερο, για 5 μέρες την εβδομάδα ή περισσότερο. Η σωματική εξάσκηση, μέτριου ή έντονου επιπέδου, για 45 λεπτά ή περισσότερο για 5 ή

περισσότερες μέρες της εβδομάδας, μειώνει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου.¹¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ.

Καλοήθη νεοπλάσματα.

9.1 Ορισμός.

Καλοήθη είναι τα νεοπλάσματα, που μεγαλώνουν με αργό ρυθμό, απωθούν γειτονικούς ιστούς, χωρίς να τους διηθούν και, αν δεν εντοπίζονται σε ζωτικά σημεία ή αν δεν εμποδίζουν τη λειτουργία σημαντικού οργάνου, γίνονται ανεκτά από τον οργανισμό. Τα καλοήθη νεοπλάσματα εμφανίζονται με τη μορφή όγκων με σαφή όρια ή περιβάλλονται από κάψα και δεν προκαλούν μεταστάσεις, δηλαδή δεν τα βρίσκουμε, με δευτεροπαθή ανάπτυξη σε άλλα μέρη του σώματος. Τα καλοήθη νεοπλάσματα εμφανίζουν ομοιότητα με τον ιστό, από τον οποίο προέρχονται και, ανάλογα με αυτόν, παίρνουν την ονομασία τους με την προσθήκη της κατάληξης –ωμα (ίνωμα, χόνδρωμα). Αυτό δεν ισχύει για όσα προέρχονται από επιθήλια, γιατί υπάρχει μεγάλη ποικιλία τους. Άλλα, ταξινομούνται ανάλογα με τη μακροσκοπική και μικροσκοπική εμφάνισή τους. Άλλα, παίρνουν το όνομά τους από τα κύτταρα, που προέρχονται (αδένωμα). Αν τα επιθηλιακά καλοήθη νεοπλάσματα προεκβάλλουν, λέγονται θηλώματα ή πολύποδες. Όσα σχηματίζουν κύστες, λέγονται κυστώματα ή κυσταδενώματα· όσα έχουν στο τοίχωμά τους θηλώδεις προεκβολές, λέγονται θηλώδη κυσταδενώματα.

Η μελέτη των καλοηθών νεοπλασμάτων ανήκει στην ογκολογία.

9.2 Όγκοι ωοθηκών.

Η κυτταρική ποικιλία, που εμφανίζεται στις ωοθήκες και η μεγάλη λειτουργική τους δραστηριότητα, τις εκθέτουν στην ανάπτυξη νεοπλασμάτων. Σε συχνότητα 75% αυτά είναι καλοήθη.

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

Μία κλινικό-ιστολογική ταξινόμηση των καλοηθών όγκων των ωοθηκών κατατάσσει σ' αυτούς : τα ορώδη κυσταδενώματα, τα κυσταδενοϊνώματα, τις δερματοειδείς κύστες, τα ινώματα, τα ινομυώματα, τα ινονευρώματα, τα αγγειώματα, τα λιπώματα, τους αδενωματοειδείς όγκους, τα θηκώματα, τους όγκους του Brenner, τους όγκους των διαμέσων κυττάρων, το γυνανδροβλάστωμα και το συμπαγές τεράτωμα. Την παραπάνω απλή και σύντομη ταξινόμηση θα τη συναντήσουμε στην ταξινόμηση όλων των ωοθηκικών νεοπλασμάτων στην περιγραφή των κακοηθών.

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

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

9.3 Μορφές.

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

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

❖ **Κύστες ωχρού σωματίου.** Τις κύστες αυτές μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο ομάδες:

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

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

2) Στις κύστες, που σχηματίζονται πριν την ωοθυλακιόρρηξια, δηλαδή στις ωχρινοποιημένες, που οφείλονται στην έλλειψη ωοθυλακιόρρηξιας. Είναι, τις περισσότερες φορές, ετερόπλευρες και προέρχονται από δυσλειτουργία του υποθαλαμο-υποφυσικο-ωοθυκικού άξονα.

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

➤ **Σοκολατοειδείς κύστες.** Αυτές σχηματίζονται σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας μέσα στην ωοθήκη, αλλά συχνότερα, όταν υπάρχει ενδομητρίωσή της· γι' αυτό και οι σοκολατοειδείς κύστες περιγράφονται στο ειδικό κεφάλαιο.

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

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

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

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

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

➤ **Δερματοειδής κύστη ή καλοήθες τεράτωμα.**

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

Η συχνότητά της φτάνει το 10-15% όλων των ωοθηκικών όγκων και, τις περισσότερες φορές, εμφανίζεται στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας και μάλιστα ανάμεσα στο 20^ο-30^ο έτος. Σε συχνότητα 20% βρίσκεται και στις δύο ωοθήκες. Το βάρος της, από το σμήγμα, που περιέχει, αναγκάζει το μίσχο της να επιμηκυνθεί και, κάποτε, να συστραφεί. Εξαλλαγή του πλακώδους επιθηλίου, που περιέχει στη συμπαγή δερμοειδή κύστη.

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

➤ **Θήκωμα.** Αυτό προέρχεται από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας, παρατηρείται συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση, και ύστερα από το 60^ο έτος της ηλικίας, από τη μία ωοθήκη και σπάνια από τις δύο και προέρχεται από υπερπλασία του φλοιού των ωοθηκών. Το θήκωμα είναι σκληρός, ετερόπλευρος, σφαιρικός και ομαλός εξωτερικός όγκος, που, όταν κοπεί, μοιάζει με ινομύωμα, που έχει κίτρινη χροιά.

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

➤ **Κοκκιοκυτταρικός όγκος.** Αυτός, όπως και το θήκωμα, ανήκει στους όγκους, που προέρχονται από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας, έχει διάφορο μέγεθος,

σαφή όρια και είναι ετερόπλευρος σε συχνότητα 90%. Σπάνια εξαλλάσσεται σε καρκίνο.

- **Όγκος Brenner.** Αυτός, είναι σπάνιος συμπαγής όγκος, που ποικίλλει σε μέγεθος και εμφανίζεται συχνά μόνο από τη μία ωοθήκη στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και στην εμμηνόπαυση. Μακροσκοπικά, μοιάζει με ίνωμα και σπάνια εξαλλάσσεται σε καρκίνο. Μικροσκοπικά, τα κύτταρά του μοιάζουν με το μεταβατικό επιθήλιο της ουροδόχου κύστης. Δυνατό να συνυπάρχει με βλεννώδες κυσταδένωμα.
- ✧ **Γονοδοβλάστωμα.** Αυτό είναι σπάνιο νεόπλασμα. Θεωρείται τερατωματώδους φύσης, γιατί αποτελείται από στοιχεία κοκκιοβλαστώματος και αρρενοβλαστώματος. Αποτελεί μικρό όγκο, όχι μεγαλύτερο από 8 εκ., που προσβάλλει ιδιαίτερα άτομα, που πάσχουν από γοναδική δυσγενεσία ή αρσενικό ψευτοερμαφροδιτισμό. Το 90% των περιπτώσεων είναι αρνητικά στη φυλετική χρωματίνη και στο ¼ των περιπτώσεων τα άτομα φαινοτυπικά είναι αρσενικά.
- **Όγκος πυλαίων κυτάρων.** Πολύ σπάνια, παρατηρούνται μικροί όγκοι της ωοθήκης στην εμμηνόπαυση και συνοδεύονται με υπερτρίχωση. Σε μικρότερη ηλικία προκαλούν oligομηνόρροια, αμηνόρροια, στείρωση και διόγκωση της κλειτορίδας. Έχουν χρώμα κιτρινωπό ή καφετί και είναι μαλακοί και συμπαγείς.

9.4 Συμπτώματα καλοθών όγκων.

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

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

Πόνος. Αυτός σπάνια παρατηρείται στους ωθητικούς όγκους. Είναι συνεχής και αντανακλάται στο σύστοιχο υπογάστριο ή στη βουβωνική χώρα ή στο μέσα μέρος του πάνω τρίτημορίου του μηρού ή στο αιδοίο. Όταν ο όγκος βρίσκεται σφηνωμένος στη μικρή πύελο και βαθιά μέσα στον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο, προκαλεί δυσπαρευνία. Πόνος προκαλείται και από συμφύσεις του όγκου με παρακείμενα όργανα. Δυνατός πόνος στους ωθητικούς όγκους σημαίνει συστροφή του μίσχου τους ή ρήξη τους.

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

Ορμονικές διαταραχές.

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

9.5 Διάγνωση των καλοήθων όγκων.

Όταν τα καλοήθη νεοπλάσματα των ωθηκών είναι μικρά, η διάγνυσή τους γίνεται με αμφίχειρη εξέταση. Με αυτή δίπλα από τη μήτρα θα ψηλαφίσουμε ανεξάρτητο από αυτή όγκο, ευκίνητο, αν δεν πρόκειται για ενδομητριωτική κύστη.

Όταν είναι μεγάλα, είναι ψηλαφητά από τα κοιλιακά τοιχώματα και κάποτε, έχουν τέτοιες διαστάσεις, που προκαλούν αναπνευστική δυσχέρεια, που προκαλούν αν συνοδεύεται από καχεξία, μπορεί να μας δυσκολέψουν στη διάγνωση από το καρκίνωμα. Η υπερβολική τους όμως ανάπτυξη θα απομακρύνει τη σκέψη μας από αυτό.

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

- 1) Τις ωοθυλακικές κύστες θα τις διαγνώσουμε με την αμφίχειρη εξέταση ή το υπερηχογράφημα. Τις περισσότερες φορές, τις βρίσκουμε κατά την εκτέλεση εγχείρησης των γεννητικών οργάνων, για άλλα αίτια. Δεν προκαλούν συμπτώματα παρά μόνο, όταν σπάσουν ή αιμορραγήσουν.
- 2) Τις κύστες του ωχρού σωματίου θα τις υποψιασθούμε σε πολύδυμη εγκυμοσύνη, μύλη κύηση(35-50%), υπερτασική νόσο κ.λπ. και όταν χορηγήσαμε στη γυναίκα γοναδοτροπίνες ή κλομιφαίνη. Επίσης, όταν υπάρχει ασκίτης και υδροθώρακας.

Πόνο προκαλούν μόνο, όταν σπάσουν και μοιάζει με τον πόνο της ρήξης σαλπινγικής εγκυμοσύνης.

- 3) Τις σοκολατοειδείς κύστες θα τις υποψιασθούμε από την περιορισμένη κινητικότητά τους και τη δυσμηνόρροια, που συνοδεύουν την ύπαρξή τους. Η περιορισμένη κινητικότητά τους οφείλεται στη δημιουργία συμφύσεων με τους γειτονικούς ιστούς, λόγω διήθησης της κάψας τους από το περιεχόμενο των κύστεων και εξόδου του στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- 4) Τα θηκώματα προκαλούν εκδηλώσεις ανάλογες της ποσότητας των οιστρογόνων ορμονών, που εκκρίνουν, και της ηλικίας της άρρωστης. Σε ηλικιωμένες άρρωστες προκαλούν μητρορραγίες.
- 5) Τα ορώδη κυσταδενώματα δεν μεγαλώνουν όσο τα βλεννώδη, ούτε τόσο γρήγορα όσο αυτά. Πολλές φορές σχηματίζουν συμφύσεις με τα γειτονικά τους όργανα· γι' αυτό εμφανίζουν περιορισμένη κινητικότητα. Το ίδιο περιορισμένη γίνεται η κινητικότητά τους και όταν μεγαλώσουν πολύ.
- 6) Τα βλεννώδη κυσταδενώματα μεγαλώνουν πολύ και γρήγορα. Ο μίσχος τους συχνότερα παθαίνει συστροφή, γιατί είναι βαρύτερα από τα ορώδη.
- 7) Οι δερμοειδείς κύστες εμφανίζονται στην ψηλάφηση σκληρότερες και έχουν μίσχο, που τους επιτρέπει να μετακινούνται έτσι, που μπορούν να βρεθούν μέσα στον κυστεομητριάο ή ευθυμητριάο χώρο. Στον ακτινογραφικό έλεγχο της κοιλιάς οι άλλες κύστες σπάνια φαίνονται. Οι δερμοειδείς, όμως, διαγράφονται λόγω του περιεχομένου τους.
- 8) Οι συμπαγείς καλοήθεις όγκοι των ωοθηκών (ίνωμα, θήκωμα, όγκος του Brenner), που είναι σπάνιοι από τους κυστικούς, ανακαλύπτονται στην αμφίχειρη εξέταση, στο υπερηχογράφημα ή στη λαπαροσκόπηση. Η φύση τους όμως καθορίζεται ύστερα από ιστολογικό τους έλεγχο. Στην περίπτωσή τους είναι απαραίτητος ο έλεγχος για την ύπαρξη ασκίτη ή εγκυμοσύνης.

Γενικά,

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

9.6 Διαφορική Διάγνωση.

Αυτή θα γίνει:

- 1) Από τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη.
- 2) Από την εγκυμοσύνη.
- 3) Από το ινομύωμα της μήτρας ή την αδеноμύωση.
- 4) Από την έκτοπη σαλπιγγική εγκυμοσύνη, που κατέληξε σε αιματοκήλη.
- 5) Από παθήσεις των σαλπίγγων (φλεγμονή, φυματίαση, απόστημα).
- 6) Από την κατακράτηση κοπράνων.
- 7) Από τις κύστες του μεσεντερίου και το αιμάτωμα της θήκης των ορθών κοιλιακών μυών.
- 8) Από τις κακοήθεις νεοπλασίες και τον ασκίτη.
- 9) Από τον έκτοπο νεφρό, ή, σπάνια, τον έκτοπο σπλήνα.
- 10) Από τον οπισθοπεριτοναϊκό όγκο (λίπωμα).
- 11) Από την ωοθυλακιορρηξία, τη σκωληκοειδίτιδα, την εντερική έμφραξη, την εκκολπωματίτιδα και τη συστροφή μίσχου υπορογόνιου ινομυώματος, όταν συμβεί συστροφή ή ρήξη του ωοθηκικού νεοπλάσματος.

9.7 Επιπλοκές.

Οι συχνότερες επιπλοκές των καλοθών όγκων των ωοθηκών είναι:

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

Ρήξη. Ρήξη παθαίνουν οι κύστες των ωοθηκών, είτε αυτόματα, είτε ύστερα από πλήξη στην περιοχή του υπογάστριου, είτε στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, είτε στη συνουσία, είτε στον τοκετό. Αν η κύστη είναι μικρή, τα συμπτώματα, που θα ακολουθήσουν δεν είναι σοβαρά. Αν όμως, είναι μεγάλη, τότε εμφανίζεται δυνατός πόνος, εμετός, ταχυσφυγμία, ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης και συμπτώματα shock, κατάσταση, που επιβάλλει την εκτέλεση λαπαροτομίας και την εξαίρεση του όγκου.

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

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

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

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

Συνύπαρξη με εγκυμοσύνη. Σπάνια η εγκυμοσύνη είναι δυνατό να συνοδεύεται από ωοθηκικό όγκο (1:1000). Συνήθως, αυτός θα είναι ωχρινική κύστη ή δερμοειδής κύστη.

Όταν συστραφεί, επιβάλλει εγχείρηση, που είναι δυνατό στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση. Σκόπιμο κρίνεται η εγχείρηση να εκτελεσθεί μετά την 16^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, πρώτα γιατί ο κίνδυνος της αυτόματης έκτρωσης είναι μικρότερος και δεύτερο γιατί ο όγκος που ψηλαφήσαμε, μπορεί να αντιπροσωπεύει το ωχρο σωματίο της εγκυμοσύνης. Μετά την 16^η εβδομάδα την έκκριση των ορμονών του ωχρού σωματίου της κύησης αναλαμβάνει ο πλακούντας. Η εξαίρεση του ωχρού σωματίου και πριν τη 16^η εβδομάδα δε συνεπάγεται πάντα την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης. Αν η κύστη διαγνωσθεί στους τρεις μεσαίους μήνες της εγκυμοσύνης, μπορούμε να τη εξαιρέσουμε. Αν, όμως, αργότερα, καλύτερα η εγχείρηση να αναβληθεί για μετά τον τοκετό. Αν η κύστη πάθει συστροφή, η εγχείρηση θα εκτελεσθεί αδιάφορα από το μήνα της εγκυμοσύνης

με μεγάλη προσοχή και με τη χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων, που δεν επηρεάζουν το έμβρυο, και σκευασμάτων προγεστερόνης, για την προστασία της εγκυμοσύνης.

9.8 Θεραπεία.

Κάθε όγκος της ωθήκης μεγαλύτερος από 8 εκ., πρέπει να εξαιρείται, πρώτα για την απομάκρυνσή του και ύστερα για την οριστική με ιστολογικό έλεγχο διάγνωση της φύσης του. Όγκοι μικρότεροι από 8 εκ. με διαυγές περιεχόμενο στην υπερηχογραφική εικόνα, δυνατό να αντιμετωπισθούν συντηρητικά για δύο μήνες, με αναμονή ή θεραπεία καταστολής με προγεστερόνη, αντισυλληπτικά ή αγωνιστές της GnRH. Περισσότερο ύποπτοι είναι οι συμπαγείς όγκοι. Προσοχή απαιτείται στη φάση του ωθηκικού κύκλου, που γίνεται η διάγνωση, γιατί, μερικές φορές, ψηλαφητή κύστη προεμμηνορρυσιακά, εξαφανίζεται μετεμμηνορρυσιακά. Οι κυστικοί όγκοι της ωθήκης πρέπει να ελέγχονται για τελευταία φορά στο χειρουργικό κρεβάτι, πριν τη γενική αναισθησία της άρρωστης.

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

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

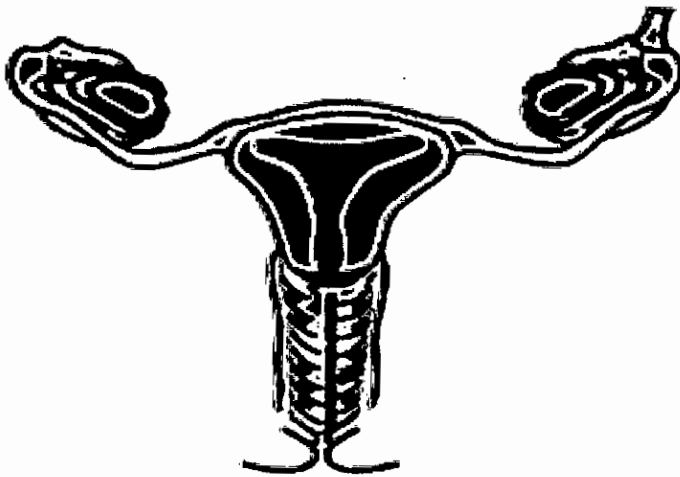
Οι παρακάτω επεμβάσεις εκτελούνται στις καλοήθειες νεοπλασίες των ωθηκών:

- 1) Ωθηκεκτομία, δηλαδή εξαίρεση ολόκληρης της ωθήκης, γιατί ο ωθηκικός της ιστός έχει καταστραφεί από την ανάπτυξη του όγκου ή από συστροφή.
- 2) Εξαίρεση και της σύστοιχης με την ωθήκη σάλπιγγας, όταν αυτή πορεύεται πάνω στην επιφάνεια της κύστης.
- 3) Αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομία, όταν και οι δύο ωθήκες έχουν καταστραφεί. Τότε, εκτελείται και ολική υστερεκτομία. Αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομία δεν πρέπει να αποφασίζεται εύκολα σε γυναίκα κάτω από 36 ετών. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια διατήρησης, έστω και μικρού τμήματος ωθηκικού ιστού, γιατί μπορεί να ανταποκριθεί λειτουργικά.

4) Εξαίρεση μόνο της κύστης της ωθήκης με παραμονή του υπολοίπου φυσιολογικού ωθηκικού ιστού, γιατί αυτός μπορεί να παράγει ορμόνες και ώριμα ωάρια.

Όταν η κύστη είναι μεγάλη, αφού αφαιρείται η κάψα της από την ωθήκη, ό,τι τοίχωμα από αυτή μένει, μπορεί να ραφτεί διπλώνοντάς το και να σχηματιστεί μια νέα ωθήκη.

Τα τελευταία χρόνια είναι δυνατή η λαπαροσκοπική εξαίρεση ωθηκικών κυστών, εφόσον δεν υπάρχουν υποψίες κακοήθειας.¹²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΟΘΗΚΩΝ.

Κακοήθη νεοπλάσματα.

10.1 Ορισμός.

Κακοήθη είναι τα νεοπλάσματα, που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό, δεν έχουν σαφή όρια, ούτε περιβάλλονται από κάψα, διηθούν τους γειτονικούς ιστούς, προκαλούν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και, αν δεν αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά, καταστρέφουν την υγεία και προκαλούν θάνατο.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα εμφανίζουν απώλεια διαφοροποίησης, ατυπία, αναπλασία και, όσα προέρχονται από το μεσεγχυματικό ιστό, λέγονται *σαρκώματα*, όσα από λεμφικό, *λεμφώματα* και όσα από τον επιθηλιακό *καρκινώματα* ή καρκίνοι, όρος, που χρησιμοποιείται για όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα. Η λέξη χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη και προέρχεται από την εμφάνιση των επιφανειακών φλεβών του μαστού, όταν αυτές πιέζονται από την ύπαρξη κακοήθους νεοπλασίας. Στην περίπτωση αυτή, που πρώτη φορά ο Ιπποκράτης παρατήρησε σε γυναίκα από τα Αβδηρα, οι φλέβες διευρύνονται, έχουν ακτινωτή διάταξη με κέντρο τη θηλή και μοιάζουν με πόδια κάβουρα(καρκίνου).

10.2 Γενικότητες.

Πολλές ουσίες και πολλοί παράγοντες ενοχοποιήθηκαν για τη γένεση του καρκίνου, χωρίς τίποτα το θετικό. Πολλές, επίσης, θεωρίες προτάθηκαν για την κατανόηση της ανάπτυξής του, χωρίς τίποτα το ξεκαθαρισμένο και αμετάθετο.

Η παθογένειά του βρέθηκε να έχει σχέση:

1. Με χημικούς παράγοντες, όπως είναι η πίσσα(που περιέχει το διβενζανθρακένιο και άλλους υδρογονάνθρακες), το βενζόλιο, ο καπνός, οι χρωματικές αμίνες, το πετρέλαιο, ο αμιάντος, το νικέλιο, το χρώμιο, το αρσενικό κλπ.
2. Με φυσικούς παράγοντες, όπως την ιονίζουσα και υπεριώδη ακτινοβολία.
3. Με ιούς του DNA, όπως τον ιό των κονδυλωμάτων(HPV), που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή του RNA, που προκαλεί λευχαιμίες.
4. Με κληρονομικούς παράγοντες, όπως του καρκίνου του μαστού, της ωοθήκης και του παχύ εντέρου σε άτομα με οικογενειακή πολυποδίαση.

5. Με φυλετικούς παράγοντες, γιατί βρέθηκε σε χαμηλή συχνότητα ο καρκίνος του μαστού στην Ιαπωνία, του τραχήλου της μήτρας στο Ισραήλ, του δέρματος στους Νέγρους και του προστάτη στην Ιαπωνία και στην Κίνα και σε υψηλή συχνότητα του ρινοφάρυγγα στην Κίνα, της ουροδόχου κύστης στην Αίγυπτο, του στομάχου στις Σκανδιναβικές χώρες, Ιαπωνία και Ισλανδία, του συκωτιού και του οισοφάγου στη νότια Αμερική κλπ.

Η ανοσολογία και η βιολογία των κακοηθών νεοπλασιών και τα μονοκλωνικά αντισώματα (αντισώματα, που παράγουν ένα μόνο τύπο αντίδρασης, και λέγονται έτσι, γιατί παράγονται από έναν ειδικό κλώνο λεμφοκυττάρων Β και πάντα από τον ίδιο), θα μας βοηθήσουν μελλοντικά στην καταπολέμηση του καρκίνου.

10.3 Βιολογικοί δείκτες.

Τα τελευταία χρόνια αναφερόμαστε στους "βιολογικούς" ή "καρκινικούς δείκτες" ή "καρκινογόνα αντιγόνα" δηλαδή σε ουσίες, που παράγονται από τους κακοήθεις όγκους και που, όταν προσδιορισθούν, δηλώνουν την παρουσία των όγκων.

Τα καρκινικά αντιγόνα διακρίνονται:

- 1) Σε εμβρυικά αντιγόνα, από τα οποία τα κυριότερα είναι: α) το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), β) η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη και γ) το σχετιζόμενο με την λευχαιμία αντιγόνο.
- 2) Σε αντιγόνα του πλακούντα, όπως η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL) και η αλκαλική φωσφατάση.
- 3) Σε πολυπεπτιδικές ορμόνες, όπως η ACTH, η παραθυρεοειδής ορμόνη, η καλσιτονίνη κλπ.
- 4) Σε προϊόντα εσωτερικής έκκρισης, όπως η καζεΐνη, λακτοφερίνη κλπ.
- 5) Σε πολυαμίνες και ένζυμα.

Οι καρκινικοί δείκτες δεν έχουν μόνο διαγνωστική αξία. Βοηθάνε και στην παρακολούθηση της εξέλιξης της πορείας του κακοήθους όγκου. Ιδανικός τέτοιος δείκτης είναι αυτός, που υποδηλώνει την παρουσία του όγκου, την εντόπιση του, τον τύπο του.

Τον γυναικολόγο ενδιαφέρουν περισσότερο οι παρακάτω καρκινικοί δείκτες:

- 1) Το καρκινικό αντιγόνο 125 (CA 125), που σχετίζεται με την διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών με ψηλή ευαισθησία (πάνω από 80%) και ιδιαίτερα στο ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Σε χαμηλά επίπεδα βρίσκεται και σε ασκίτη από κίρρωση, πλευρίτιδα, περιτονίτιδα, στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης και στην διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Φυσιολογικές τιμές <35 IU/ml

- 2) Το καρκινικό αντιγόνο 15-3 (CA 15-3), που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού, της ωοθήκης, της μήτρας, του στομάχου, του παγκρέατος, των πνευμόνων και του παχύ εντέρου. Περισσότερο χρησιμοποιείται έλεγχο υποτροπών του καρκίνου του μαστού και μάλιστα σε συνδυασμό με το CEA. Φυσιολογικές τιμές < 30 IU/ml
- 3) Το καρκινικό αντιγόνο 72-4(CA 72-4), που σχετίζεται με τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος, αλλά και με το βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα της ωοθήκης. Φυσιολογικές τιμές <6 IU/ml
- 4) Η β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-HCG), που, εκτός από την διάγνωση της εγκυμοσύνης, μας βοηθάει στη διάγνωση της μύλης κύησης και του χοριοκαρκινώματος. Φυσιολογικές τιμές < 0,1 ng/ml
- 5) Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), που αρχικά θεωρήθηκε πως σχετίζεται μόνο με τον καρκίνο του παχύ εντέρου, αλλά αργότερα διαπιστώθηκε πως σχετίζεται και με τον καρκίνο του στομάχου, του παγκρέατος, των πνευμόνων και του μαστού. Φυσιολογικές τιμές <5mg/ml
- 6) Το προστατικό αντιγόνο (PSA), που σχετίζεται με τον καρκίνο του προστάτη. Φυσιολογικές τιμές < 2,5-5 ng/ml
- 7) Η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που σχετίζεται με το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και με τον καρκίνο των όρχεων και των γεννητικών κυττάρων των ωοθηκών. Αυξάνεται και σε χρόνια ηπατίτιδα και σε κίρρωση. Φυσιολογικές τιμές < 10ng/ml

10.4 Μεταστάσεις.

Όσο για την ιδιότητα που έχουν τα κακοήθη νεοπλάσματα να προκαλούν διασπορά σ' άλλους ιστούς, αυτή συμβαίνει με διήθηση των γειτονικών ιστών ή με μετάσταση. Στη διήθηση υπάρχει συνέχεια του νεοπλασματικού ιστού με την πρωτοπαθή εστία, ενώ στη μετάσταση, ανάμεσα στην πρωτοπαθή εστία και στη δευτεροπαθή, υπάρχει υγιής ιστός.

Οι μεταστάσεις συμβαίνουν:

- 1) Με τη λεμφική οδό, δηλαδή με τη μεταφορά εμβόλων από νεοπλασματικά κύτταρα.
- 2) Με την αιματική οδό, δηλαδή με διείσδυση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα από το λεπτό τοίχωμα των φλεβών και μεταφορά τους σε άλλα όργανα με τη μορφή εμβόλων.

3) Με διασπορά, δηλαδή όταν νεοπλασματικά κύτταρα ορογόνου υμένα ή βλεννογόνου αποσπασθούν και εμφυτευθούν σε άλλη περιοχή, όπως στον καρκίνο της ωοθήκης.

4) Με άμεση εμφύτευση, δηλαδή με τη μεταφορά κυττάρων ή θραυσμάτων του όγκου από τα χέρια του χειρουργού ή από τα εργαλεία του, που συμβαίνει σπάνια.

Η είσοδος καρκινικών κυττάρων στα λεμφαγγεία ή στα αιμοφόρα αγγεία δεν σημαίνει, πως θα συμβεί οπωσδήποτε μετάσταση.

10.5 Συχνότητα.

Σχετικά με τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ο καρκίνος βρέθηκε, πως ο ένας στους τέσσερις ως πέντε, στην εποχή μας, θα εμφανίσει καρκίνο στη διάρκεια της ζωής του. Οι συχνότεροι καρκίνοι είναι των πνευμόνων. Σχετικά με τη γυναίκα αυτός εμφανίζεται σε συχνότητα 26% στους μαστούς, 15% στο παχύ έντερο και στο ορθό, 15% στο γεννητικό σύστημα, 9% στο υπόλοιπο πεπτικό σύστημα, 7% παθαίνουν λευχαιμίες, 6% εμφανίζουν καρκίνο στους πνεύμονες, 4% στο ουροποιητικό σύστημα, 2% στο στόμα και 1% στο δέρμα (μελάνωμα).

Όσο αφορά στη θνησιμότητα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Αν αντιμετωπισθεί με σύγχρονα μέσα, το 1/3 των αρρώστων θα επιζήσει για 5 τουλάχιστο χρόνια. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού φτάνει το 20%, του παχύ εντέρου το 15%, του υπόλοιπου πεπτικού συστήματος το 14%, του πνεύμονα το 11%, της μήτρας το 7%, των ωοθηκών το 6%, του ουροποιητικού συστήματος το 3% και του στόματος και δέρματος το 1%.

10.6 Όγκοι ωοθηκών.

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

Μετά την εξαίρεση νεοπλασίας ωοθηκών, ο ιστολογικός έλεγχος θα αποδείξει την κακοήθειά της σε συχνότητα 23%.

10.7 Συχνότητα.

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

10.8 Προδιάθεση.

Η πάθηση παρατηρείται συχνότερα:

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

10.9 Ηλικία.

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

10.10 Ταξινόμηση.

Πολλές ταξινομήσεις προτάθηκαν για τα ωοθηκικά νεοπλασμάτα. Οι περισσότερες στηρίζονται στην ιστολογική εικόνα και όλες έχουν τα μειονεκτήματά τους σχετικά με την κατάταξη. Στην αρχή θα αναφερθούμε στις περισσότερο απλές από αυτές και στο τέλος σε μια γενική ταξινόμηση όλων των ωοθηκικών νεοπλασμάτων, καλοηθών και κακοηθών, όπως τη θέλει η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολόγων Μαιευτήρων (FIGO).

- 1) Μία απλή κλινικό-ιστολογική ταξινόμηση κατατάσσει στους κακοήθεις όγκους των ωοθηκών:

Τα ορώδη και βλενώδη κυσταδενοκαρκινώματα, τις δερμοειδείς κύστες με κακοήθη εξαλλαγή, το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα, το αδenoακάνθωμα, το

καρκίνωμα με διαυγή κύτταρα, το μεσонеφρικό καρκίνωμα, το κακοήθες τεράτωμα, το χοριοκαρκίνωμα, το δυσγονίωμα, το κοκκιοβλάστωμα και το αρρενοβλάστωμα.

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

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

25-35 είναι ορώδη κυσταδενοκαρκινώματα.

15-20 είναι ενδομητριοειδή καρκινώματα.

10-15 είναι περιγραμμένοι όγκοι.

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

4-8 είναι μεταστατικά καρκινώματα.

4-6 είναι καρκινώματα διαυγών κυττάρων.

1-2 είναι ενδομητριοειδείς περιγραμμένοι όγκοι, δυσγονιώματα, εμβρυικά τερατώματα, κακοήθεις δερμοειδείς κύστες και άλλοι σπάνιοι όγκοι.

3) Η τελευταία μεγάλη ταξινόμηση, που αφορά σ' όλα τα νεοπλάσματα των ωθηκών, είναι η παρακάτω:

1. Μη νεοπλασματικοί όγκοι.
1) Ωοθυλακικές κύστες.
2) Απλή ορώδης κύστη.
3) Ωχρο σωμάτιο εγκυμοσύνης.
4) Υπερθήκωση (υπερπλασία στρώματος ωθήκης)
5) Ενδομητρίωση.
6) Υπερπλασία κυττάρων πύλης.
7) Μεσонеφρικά υπολείμματα.
8) Παρωθηκικές κύστες.

II. Κοινοί επιθηλιακοί όγκοι.
1) Ορώδη κυσταδενώματα:
a) Καλοήθες ορώδες κυσταδένωμα,
b) Ορώδες κυσταδένωμα με μικρή δυσνητική κακοήθεια,
c) Ορώδες κυσταδενωμαρκίνωμα.
2) Βλεννώδη κυσταδενώματα:
a) Καλοήθες βλεννώδες κυσταδένωμα,
b) Βλεννώδες κυσταδένωμα με μικρή δυσνητική κακοήθεια,
c) Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα
3) Ενδομητριοειδείς όγκοι:
a) Καλοήθης ενδομητριοειδής κύστη,
b) Ενδομητριοειδής κύστη με μικρή δυσνητική κακοήθεια,
c) Ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα.
4) Μεσонеφροειδείς όγκοι:
a) Καλοήθης μεσонеφροειδής όγκος,
b) Μεσонеφροειδής όγκος με μικρή δυσνητική κακοήθεια,
c) Μεσонеφροειδές κυσταδενοκαρκίνωμα.
5) Όγκος του Brenner.
6) Μεικτοί επιθηλιακοί όγκοι.
7) Αδιαφοροποίητα καρκινώματα.
8) Αταξιόμητοι επιθηλιακοί όγκοι.

III. Όγκοι του στρώματος της γεννητικής ταινίας.
1) Κοκκιο-στρωματικοί όγκοι:
a) Όγκος κυττάρων κοκκιώδους στιβάδας.
b) Όγκοι, που ανήκουν στα θηκώματα και στα ινώματα.

2) Αρρενοβλάστωμα.
3) Γυνανδροβλάστωμα.
4) Αταξινόμητοι όγκοι.

IV. Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.
1) Δυσγερμίνωμα.
2) Όγκοι λεκιθικού ασκού.
3) Εμβρυϊκό καρκίνωμα.
4) Πολυεμβρύωμα.
5) Χοριοκαρκίνωμα.
6) Τεράτωμα.
a. Ανώριμο-συμπαγές.
b. Ωριμο-συμπαγές ή κυστικό.
7) Μεικτού τύπου.

V. Γονοδοβλάστωμα.

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

VII. Αταξινόμητοι όγκοι.

VIII. Μεταστατικοί όγκοι.

10.11 Μορφές.

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

❖ **Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.**

Με τη μορφή αυτή απαντάται ο καρκίνος των ωοθηκών σε συχνότητα 60%. Προέρχεται από εξαλλαγή του ορώδους κυσταδενώματος, που παίρνει μακροσκοπικά ξεχωριστή μορφή από θηλώδεις προσεκβολές μέσα στην κοιλότητά του· γι' αυτό λέγεται και θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Το υγρό, που περιέχει, είναι υδαρές, κιτρινωπό και, κάποτε, αιμορραγικό και περιέχει πρωτεΐνες και σφαιρίνες. Μερικές φορές, γίνεται βλεννώδες. Οι θηλές είναι δυνατό να πάθουν ασβεστώδη εκφύλιση, που τις κάνει να φαίνονται στην ακτινογραφία των ωοθηκών. Μερικές φορές συνυπάρχει ασκίτης.

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

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

➤ **Βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα.**

Αυτό προέρχεται από εξαλλαγή βλεννώδους κυσταδενώματος, είναι μονόχωρο ή πολύχωρο, μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και έχει την ίδια κακοήθεια με το ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα. Οι κακοήθεις χαρακτήρες του εμφανίζονται μακροσκοπικά με την παρουσία θηλωδών προσεκβολών. Το υγρό, που περιέχει, έχει το χρώμα του αχύρου ή είναι ανοιχτό καφέ, που αργότερα γίνεται σοκολατί από αιμορραγία. Τα κύτταρα του όγκου εκκρίνουν βλέννα και σε συχνότητα 75% βρίσκεται στη μία ωοθήκη.

➤ **Αδενοκαρκίνωμα.**

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

➤ **Κακοήθες τεράτωμα (τερατοβλάτωμα).**

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

➤ **Σάρκωμα.**

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

➤ **Εμβρυϊκό καρκίνωμα.**

Αυτό είναι από τα κακοηθέστερα νεοπλάσματα των ωοθηκών. Περιγράφεται και ως μεσонеφρικό καρκίνωμα, αλλά αποτελεί ξεχωριστή παθολογική οντότητα. Τις περισσότερες φορές, εντοπίζεται στη μία ωοθήκη και συνοδεύεται από αιμορραγικό ασκитικό υγρό.

➤ **Χοριοκαρκίνωμα.**

Αυτό είναι σπάνιο και προέρχεται από το ενδομήτριο. Σπάνια είναι πρωτοπαθές, δηλαδή εξέλιξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Εκκρίνει μεγάλα ποσά χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης που μας βοηθάνε στη διάγνωσή του. περισσότερα αναφέρονται στα κακοήθη νεοπλάσματα της μήτρας και στη «Μαιευτική»των συγγραφέων.

➤ **Όγκοι Krükenberg.**

Αυτοί είναι σπάνιοι μεταστατικοί όγκοι από το στομάχι (50%)ή από το έντερο ή από το μαστό. Η μετάστασή τους γίνεται με επέκταση κατά συνέχεια ιστού, με εμφύτευση, με τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία. Η λεμφική μετάσταση γίνεται με τα λεμφαγγεία των πυλών των ωοθηκών, που τις διογκώνει συμμετρικά χωρίς να σπάσει τη θήκη

τους. Δηλαδή, τα μεταστατικά κύτταρα από το γαστρεντερικό σωλήνα ακολουθούν αντίθετη πορεία απ' ό,τι η ροή της λέμφου. Η άποψη, πως η μετάσταση γίνεται από κύτταρα, που βρίσκονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, δεν πρέπει να ευσταθεί, γιατί η πάθηση δεν αφορά στις επιφάνειες των ωοθηκών. Οι όγκοι του Krukenberg εμφανίζονται πάντα και στις δύο ωοθήκες, είναι λείοι, ελεύθεροι, μισχωτοί, συμπαγείς με ελαφρά καφετί χρώμα και, όταν τους κόβουμε, μοιάζουν με σφουγγάρι. Χαρακτηριστική είναι η μικροσκοπική εμφάνιση των κυττάρων τους, που μοιάζουν με δαχτυλίδι – σφραγίδα, γιατί ο πυρήνας τους, από πίεση της βλέννας, που περιέχουν, απωθείται στην περιφέρεια του κυττάρου.

➤ **Δυσγονίωμα (δυσγερμίνωμα).**

Αυτό αποτελεί το 4% όλων των κακοθών όγκων των ωοθηκών και αναπτύσσεται από τα αρχέγονα βλαστικά κύτταρα της αδιαφοροποίητης εμβρυϊκής γονάδας. Σε συχνότητα 50% η ύπαρξή του διαπιστώνεται στη δεξιά ωοθήκη. Σπάνια στην αριστερή και περισσότερο σπάνια και στις δύο ωοθήκες. Εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 35 ετών και, κάποτε, και στην παιδική. Συνοδεύεται με συγγενή υποπλασία του γεννητικού συστήματος και ψευτοερμαφροδιτισμό. Τέτοιο νεόπλασμα παρατηρείται και στους όρχεις (*σπερμογονίωμα*). Δεν παράγει ορμόνες, παρά μόνο όταν, σε σπάνιες περιπτώσεις, περικλείει χοριοκαρκίνωμα. Η κακοήθειά του είναι μεγάλη, γιατί προκαλεί μεταστάσεις σ' ολόκληρο το σώμα και είναι ακτινευαίσθητο. Οι μεταστάσεις γίνονται με τη λεμφική οδό και αρχίζουν από τους πνευλικούς και παραορτικούς λεμφαδένες.

➤ **Κοκκιοκυτταρικός όγκος.**

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

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

Κλινικά, ο κοκκιοκυτταρικός όγκος κάνει την εμφάνισή του, όπως όλα τα νεοπλασμάτα της ωοθήκης, αλλά δυνατό να προκαλέσει και συμπτώματα, που οφείλονται στην παραγωγή ορμονών απ' αυτόν. Έτσι, δυνατό να εμφανισθεί

μητρορραγία από υπερπλασία του ενδομητρίου, την οποία προκάλεσαν οι οιστρογόνες ορμόνες, που δεν είναι πάντα παρούσες.

➤ **Αρρενοβλάστωμα.**

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

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

➤ **Μεσονεφροειδές καρκίνωμα.**

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

➤ **Ενδομητριοειδές καρκίνωμα.**

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

είναι καλύτερη από πολλούς καρκίνους των ωοθηκών. Χαρακτηριστικό του είναι η πολυεστιακή εμφάνισή του.

› **Πυλαιοκυτταρικός όγκος.**

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

› **Λιποειδοκυτταρικός όγκος.**

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

› **Καρκινοειδές.**

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

› **Όγκος Grawitz.**

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

10.12 Συμπτώματα.

Οι κακοήθεις νεοπλασίες των ωοθηκών μπορεί να είναι ασυμπτωματικές. Η ύπαρξή τους διαπιστώνεται στη γυναικολογική αμφίχειρη εξέταση για την αναζήτηση άλλης πάθησης. Άλλες φορές, προκαλούν βάρος στο υπογάστριο, συχνουρία ή επίσχεση ούρων ή διόγκωση της κοιλιάς. Πόνος υπάρχει μόνο, όταν με την ανάπτυξή τους προκαλέσουν συμπτώματα πίεσης σε γειτονικά όργανα ή αναπτύξουν συμφύσεις με αυτά ή συστραφεί ο μίσχος τους ή σπάσει η κάψα τους. Ο πόνος γίνεται μεγαλύτερος όταν η διήθηση, που θα προκαλέσουν, πιέζει νεύρα.

Η διόγκωση της κοιλιάς δυνατό να οφείλεται και στη συνύπαρξη περιτοναϊκών μεταστάσεων ή ασκίτικού υγρού. Τότε, θα συνοδεύεται και από απώλεια βάρους, καχεξία, αιμορραγία σε προχωρημένα στάδια, έκκριση από τον κόλπο ή το ορθό ή την ουρήθρα και υδρονέφρωση, από πίεση του ουρητήρα. Ειδικότερα, όταν ο καρκίνος των ωοθηκών προκαλεί συμπτώματα, αυτά κατά σειρά συχνότητας είναι: κοιλιακός πόνος, διόγκωση της κοιλιάς, αιμορραγία, ψηλαφητή μάζα, γαστρεντερικές

ενοχλήσεις, αδυναμία, κόπωση, ουροποιητικές ενοχλήσεις, αναπνευστική δυσχέρεια, απώλεια βάρους.

10.13 Διάγνωση.

Αυτή είναι κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική.

Το πρόβλημα της κλινικής διάγνωσης βρίσκεται στο γεγονός, πως μόνο όταν πάρουν μεγάλες διαστάσεις ή προκαλέσουν ενοχλήσεις είναι δυνατό να διαγνωσθούν οι κακοήθεις νεοπλασίες των ωοθηκών. Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση θα διαπιστώσει την ύπαρξη όγκου στο μέρος των ωοθηκών, σύστασης και μεγέθους ανάλογα με τη φύση της νεοπλασίας. Η εξέταση από τον κόλπο πρέπει να ακολουθείται και με εξέταση από το ορθό. Τότε μόνο η αξιολόγηση των ευρημάτων μας είναι ακριβέστερη, γιατί, ως πρώτη θέση ο καρκίνος των ωοθηκών, προτιμάει το δουλγάσειο και τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Άλλα κλινικά σημάδια, που θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση, είναι η έκκριση από τον κόλπο ή το ορθό, οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας, η αρσενικοποίηση της άρρωστης κλπ.

Εργαστηριακή.

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

- 1) Ο κυτταρολογικός έλεγχος ασκίτικου υγρού, που πήραμε με παρακέντηση της κοιλιάς ή του δουλγάσειου.
- 2) Το υπερηχογράφημα και ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα και των οστών για την ύπαρξη μεταστάσεων.
- 3) Το σπινθηρογράφημα του συκωτιού και των οστών για την ύπαρξη μεταστάσεων.
- 4) Η αξονική και μαγνητική τομογραφία.
- 5) Η διαγνωστική απόξεση της μήτρας και ο ιστολογικός έλεγχος των ξεσμάτων μόνο σε περίπτωση, που υπάρχουν μεταστάσεις σε αυτή, μας βοηθάει.
- 6) Η λαπαροσκόπηση, που τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να ξεχωρίσουμε με αυτή, αν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη επεξεργασία. Απόπειρα ιστοληψίας μέσω του λαπαροσκοπίου σε υποψία καρκίνου των ωοθηκών, δεν πρέπει να δοκιμάζεται.
- 7) Η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση και η διάβαση του εντέρου.
- 8) Η πνευμογραφία για τον έλεγχο των ουρητήρων.
- 9) Οι ορμονικοί προσδιορισμοί, όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγούς όγκους.

- 10) Οι γενικές βιοχημικές εξετάσεις και ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος.
- 11) Η ανίχνευση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου CA 125, που έχει θετική προγνωστική αξία και αρνητική 50%.
- 12) Η χρησιμοποίηση μονοκλωνικών αντισωμάτων στη σπινθηρογραφική διάγνωση. Αυτά, συνδέονται με ένα μόνο αντιγόνο και με ικανοποιητική τάση σύνδεσης προς αυτό. Έτσι, αφού σημανθούν με κάποιο ραδιενεργό ισότοπο, δίδονται ενδοφλέβια, με την προοπτική, πως θα συνδεθούν με ειδικά αντιγόνα των συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων και θα κάνουν δυνατή την απεικόνισή τους στο σπινθηρογράφημα.

Η τελική διάγνωση και η έκταση της πάθησης γίνεται μόνο με την εγχείρηση και τον ιστολογικό έλεγχο του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Κάποτε, και αυτός ο έλεγχος γίνεται δύσκολος ως προς το χαρακτηρισμό της κακοήθειας από την καλοήθεια. Υπάρχουν κακοήθεις όγκοι των ωθηκών, που εμφανίζουν κακοήθεια στο επιθήλιό τους χωρίς διήθηση. Αυτοί είναι γνωστοί ως όγκοι οριακής κακοήθειας (border line), που αναφέραμε παραπάνω. Και αυτές οι περιπτώσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται, όπως αυτές, που εμφανίζουν διήθηση.

10.14 Διαφορική διάγνωση.

Αυτή θα γίνει από τα λειομυώματα, 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.

10.15 Στάδια.

Η **Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολόγων – Μαιευτήρων (FIGO)** κατέταξε τον καρκίνο των ωθηκών στα παρακάτω στάδια:

Στάδιο I. Ο καρκίνος περιορίζεται στην ωθήκη.
Ia. Ο καρκίνος περιορίζεται στη μία ωθήκη, δεν υπάρχει ασκίτης, δεν υπάρχει όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.
Iβ. Ο καρκίνος εντοπίζεται και στις δύο ωθήκες, δεν υπάρχει ασκίτης, δεν υπάρχει όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.
Iγ. Σ' αυτό το στάδιο ανήκουν το Ia και Iβ, αλλά ο όγκος φαίνεται στην επιφάνεια των ωθηκών ή έχει ραγεί η κάψα του ή υπάρχει ασκίτης με κακοήθη κύτταρα ή οι περιτοναϊκές εκπλύσεις ήταν θετικές για κακοήθη κύτταρα.

<p>Στάδιο II. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωοθήκες και συνοδεύεται από πυελική επέκταση με ή χωρίς ασκίτη.</p>
<p>IIα. Ο καρκίνος επεκτείνεται ή προκαλεί μετάσταση στη μήτρα, στη σάλπιγγα ή στην άλλη ωοθήκη.</p>
<p>IIβ. Ο καρκίνος επεκτείνεται και σε άλλα πυελικά όργανα.</p>
<p>IIγ. Σ' αυτό το στάδιο ανήκουν τα στάδια IIα και IIβ, αλλά ο όγκος φαίνεται στην επιφάνεια των ωοθηκών ή έχει ραγεί η κάψα του ή υπάρχουν κακοήθη κύτταρα στον ασκίτη ή στις περιτοναϊκές εκπλύσεις.</p>
<p>Στάδιο III. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωοθήκες και υπάρχουν περιτοναϊκές μεταστάσεις με ή χωρίς ασκίτη. Η επεξεργασία περιορίζεται στην πύελο και ο ιστολογικός έλεγχος αποδεικνύει την επέκτασή της στο λεπτό έντερο, στο επίπλουο, με ή χωρίς ασκίτη. Επίσης, υπάρχουν μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς και βουβωνικούς λεμφαδένες. Μεταστάσεις στην επιφάνεια του ήπατος ανήκουν στο στάδιο III.</p>
<p>IIIα. Υπάρχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο.</p>
<p>IIIβ . Υπάρχουν μακροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο με μεγαλύτερη διάμετρο 2 εκ. Λεμφαδένες αρνητικοί.</p>
<p>IIIγ. Υπάρχουν μακροσκοπικές μεταστάσεις έξω από την πύελο με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. ή/ και τοπικές λεμφαδενικές μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς και βουβωνικούς λεμφαδένες.</p>
<p>Στάδιο IV. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωοθήκες και συνοδεύεται από μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα με ή χωρίς ασκίτη (έξωπεριτοναϊκές μεταστάσεις ή μετάσταση στο παρέγχυμα του ήπατος ή πλευριτικό υγρό με θετική κυτταρολογική εξέταση) .</p>

10.16 Μεταστάσεις.

Οι μεταστάσεις του καρκίνου της ωοθήκης γίνονται με:

- 1) Επέκτασή τους στα γειτονικά όργανα, δηλ. στον ορογόνο χιτώνα της μήτρας, στο έντερο, στο επίπλουον, στην άλλη ωοθήκη.
- 2) Τη λεμφική οδό στους λεμφαδένες, που βρίσκονται πίσω από τη μήτρα, και προσβάλλεται η άλλη ωοθήκη και το ενδομήτριο, αν και αυτό προσβάλλεται, τις περισσότερες φορές, από διήθηση ολόκληρου του μυομητρίου. Όταν διαπιστώσουμε την ύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου, είναι σχεδόν αδύνατο να βρούμε από πού ξεκίνησε.

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

- 3) Την αιματική οδό, σε προχωρημένες καταστάσεις.

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος των ωοθηκών προκαλεί μεταστάσεις:

Στο περιτόναιο (90%)

Στο επίπλουον (70%)

Στην άλλη ωοθήκη (70%)

Στο συκώτι (34%)

Στην κάψα του στο στάδιο III και στο παρέγχυμά του στο στάδιο IV.

Στους πνεύμονες (27%)

Στη μήτρα (20%)

Στα οστά (14%)

Στον κόλπο (13%)

Σε μικρή συχνότητα προκαλεί μεταστάσεις στο σπλήνα, στους νεφρούς και στον εγκέφαλο. Όσο για τη σειρά συχνότητας προσβολής των λεμφαδένων είναι:

Στους πυελικούς λεμφαδένες στο πρώτο στάδιο προκαλεί μεταστάσεις σε μικρή συχνότητα (10%) και σε προχωρημένα στάδια σε μεγάλη συχνότητα (80%). Στους παραορτικούς λεμφαδένες στο πρώτο στάδιο προκαλεί μεταστάσεις σε μικρότερη συχνότητα (20%) και σε προχωρημένο στάδιο σε μεγαλύτερη συχνότητα (78%).

Στους μεσοθωρακικούς (50%)

Στους υπερκλείδιους (48%)

Στους βουβωνικούς (40%)

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

Στους μασχαλιαίους (25%)

10.17 Θεραπεία.

Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών είναι κατ' εξοχήν χειρουργική. Με αυτή πετυχαίνουμε τον ακριβή προσδιορισμό του σταδίου και την εξαίρεση για ιστολογικό έλεγχο και προσδιορισμό της μορφής του, όσο το δυνατό μεγαλύτερης μάζας του. Η συμπληρωματική μετά την εγχείρηση ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μπορούν να θεωρηθούν παρηγορικές, αν ο όγκος δεν εξαιρεθεί ολοκληρωτικά.

Χειρουργική.

Στις εγχειρήσεις του καρκίνου των ωοθηκών δοκιμάζεται το κριτήριο και η εγχειρητική ικανότητα του γυναικολόγου. Σ' αυτές θα κλιθεί να διαλέξει ανάμεσα σε μία συντηρητική ή ριζική εγχείρηση, που δε θα εκθέσει την άρρωστη σε άμεσο κίνδυνο της ζωής της. Εκτός από την εγχειρητική εμπειρία, τη ριζικότητα της επέμβασης θα την καθορίσει και η οργάνωση του χώρου.

Η έκταση της εγχείρησης, τις περισσότερες φορές, καθορίζεται αμέσως μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων. Η εμφάνιση του όγκου, η ηλικία της άρρωστης και η γενική του οργανισμού της κατάσταση, θα καθορίσουν την πορεία της εγχείρησης. Αν δεν είναι δυνατή η εξαίρεση ολόκληρης της επεξεργασίας, τότε η εξαίρεση όσο γίνεται μεγαλύτερου μέρους της, είναι απαραίτητη, για να καταστήσουμε το έργο του χημειοθεραπευτή και ακτινοθεραπευτή ευκολότερο. Η επιπλοεκτομία είναι απαραίτητη για τον έλεγχο μεταστάσεων σε αυτό,, που μπορεί να είναι μόνο μικροσκοπικές.

Ο χειρουργός – γυναικολόγος στην εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών πρέπει να έχει υπόψη του τα παρακάτω:

- 1) Η τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων πρέπει να είναι μέση κάθετη υπομφάλιος, που μπορεί να επεκταθεί και να γίνει και υπερομφάλιος. Η εγκάρσια τομή πρέπει ν' αποφεύγεται, πρώτα γιατί είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν απροσδόκητες δυσχέρειες στην εξαίρεση του όγκου και ύστερα γιατί αυτός δεν πρέπει να σπάσει στην προσπάθεια να βγει έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα.
- 2) Αν μετά τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων διαπιστώσουμε την ύπαρξη ασκитικού υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, πρέπει να πάρουμε μικρή ποσότητα του για κυτταρολογικό έλεγχο. Αν δε διαπιστωθεί η ύπαρξη ασκитικού υγρού, τότε πλένουμε την περιτοναϊκή κοιλότητα με 100 κ. ε. φυσιολογικού ορού και κρατάμε ποσότητά του για κυτταρολογικό έλεγχο.
- 3) Πριν αρχίσει η εγχείρηση, πρέπει να επισκοπηθούν και ψηλαφηθούν όλα τα όργανα της περιτοναϊκής κοιλότητας. Σε περίπτωση, που ανακαλυφθεί μετάσταση σε άλλο όργανο, πρέπει να αποφασίσουμε αν θ' απαιτηθεί επέμβαση

και στην άλλη εστία ή θα την αφήσουμε για δεύτερο χρόνο. Ανάμεσα στα όργανα, που θα ελέγξουμε, είναι και η σκωληκοειδής απόφυση, γιατί και σ' αυτή εμφανίζονται μεταστάσεις.

- 4) Αν η νεοπλασία έχει επεκταθεί πέρα από τη ωοθήκη αλλά περιορίζεται στα γεννητικά όργανα, τότε θα εκτελέσουμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα και θα συστήσουμε χημειοθεραπεία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα συμπαγών όγκων, ακτινοθεραπεία.
- 5) Αν η νεοπλασία έχει επεκταθεί και έχει διηθήσει τα πυελικά τοιχώματα ή το έντερο ή το επίπλουν, τότε θα εξαιρέσουμε όσο το δυνατό περισσότερο καρκινωματώδη ιστό και θα συστήσουμε χημειοθεραπεία.
- 6) Αν δεν είναι εύκολη η εκτέλεση εγχείρησης, τότε παίρνουμε κομμάτι από την περιοχή της επεξεργασίας, για ιστολογικό έλεγχο, και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Μετά από δύο βδομάδες από το τέλος της χημειοθεραπείας προβαίνουμε στην εκτέλεση δεύτερης εγχείρησης, ύστερα από καλύτερη προεγχειρητική εκτίμηση, και εξαιρούμε όσο το δυνατό περισσότερο καρκινωματώδη ιστό. Μετά τη δεύτερη αυτή εγχείρηση συστήνουμε θεραπεία δεύτερης γραμμής.
- 7) Σε νέες γυναίκες δεν πρέπει να προβαίνουμε σε εξαίρεση της ωοθήκης, όταν υπάρχουν αμφιβολίες, αν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη νεοπλασία, αν πρώτα δεν ελεγχθεί η άλλη ωοθήκη. Αν αμφιβάλλουμε, θα προβούμε σε ιστολογικό έλεγχο τεμαχίου της ωοθήκης με κατάψυξη (ταχεία βιοψία) και ύστερα θα αποφασίσουμε το είδος της εγχείρησης. Τέτοιο πρόβλημα δυνατό να μας δημιουργήσει η ύπαρξη δυσγονιώματος της ωοθήκης ή άλλων όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Τότε έχει ένδειξη μόνο η εξαίρεση του εξαρτήματος.
- 8) Αν σε νέες γυναίκες διαπιστωθεί η ύπαρξη κοκκιοβλαστώματος, θηκώματος, ωχρινώματος και κυσταδενοκαρκινώματος σταδίου Ia και καλής διαφοροποίησης, τότε είναι δυνατό να βγάλουμε μόνο το εξάρτημα, που πάσχει. Σε ηλικιωμένες, όμως, θα εκτελέσουμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα.
- 9) Κάποτε, καταφεύγουμε στην εκτέλεση κολοστομίας ή εμφύτευσης των ουρητήρων, για να καταστήσουμε τη ζωή της άρρωστης περισσότερο ανώδυνη. Τέτοιες εγχειρήσεις μέσα σε καρκινικό πεδίο είναι δύσκολες, επικίνδυνες και καμία φορά άσκοπες, γιατί δε βοηθάνε την άρρωστη και γιατί μόνο μικρή παράταση της ζωής μπορούν να πετύχουν.
- 10) Γενικά, η εγχείρηση, που θα προτιμήσουμε στην αντιμετώπιση του ωοθηκικού καρκίνου, είναι εξατομικευμένη για την κάθε περίπτωση και εξαρτάται από την εγχειρητική ικανότητα του γυναικολόγου και την οργάνωση του χώρου, μέσα στον οποίο θα εκτελέσει την επέμβασή του.

Ακτινοθεραπεία.

Αυτή αφορά στην ακτινοβολία της πυέλου και ολόκληρης της κοιλιάς. Την πύελο ακτινοβολούμε, όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ολόκληρη την κοιλιά (λουτρό κοιλιάς) ακτινοβολούμε, όταν οι μεταστάσεις έχουν επεκταθεί έξω από την πύελο. Δεν έχει ένδειξη η ακτινοθεραπεία σε μεταστάσεις στο συκώτι και στους νεφρούς, γιατί η θεραπευτική δόση καταστρέφει τα όργανα, και σε ύπαρξη ασκίτη. Νεότερες απόψεις συστήνουν την ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών, όταν χρησιμοποιηθεί μετά από χημειοθεραπεία και η επανεγχείριση απέδειξε την ύπαρξη υπολειμματικής νόσου μεγέθους <2cm διαμέτρου. Υπάρχουν κέντρα που αντί χημειοθεραπείας μετά την εγχείριση, συστήνουν ακτινοθεραπεία, γιατί βρίσκουν αποτελεσματικότερο ένα τέτοιο συνδυασμό. Σε υπολειπόμενη νόσο η ακτινοθεραπεία αυξάνει την επιβίωση.

Όσο για την τεχνική της αυτή γίνεται σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο ακτινοβολείτε ολόκληρη η περιτοναϊκή κοιλότητα 1-2 εκ. πάνω από τους θόλους του διαφράγματος μέχρι κάτω από τα θυρεοειδή τμήματα σε δόση 1-1,3 Gy την ημέρα, μέχρι να συμπληρωθεί δόση 20-25 Gy. Στο δεύτερο στάδιο ακτινοβολείτε μόνο η πύελος από τον Os μέχρι κάτω από τα θυρεοειδή τμήματα στην ίδια ημερήσια δόση και στην ίδια συνολική δόση, όπως και στην ακτινοβολία ολόκληρης της κοιλιάς. Έτσι, η ολική δόση των δύο σταδίων ακτινοθεραπείας φτάνει τα 40-45 Gy.

Χημειοθεραπεία.

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

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούμε, είναι:

Σισπλατίνη (Cisplatin, Platinol, κ.λπ)

Της σειράς των αλκυλιωτικών φαρμάκων δηλ. χλωραμβουκίλη(Leukeran).

Ορμόνες, όπως μεδροξυπρογεστερόνη (Farlutal, Provera, Neolut κ.α.) και ταμοξιφαίνη (Nolvadex, Kessar κ.α.).

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

- 1) Σισπλατίνη με κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan).
- 2) Σισπλατίνη με αδριαμυκίνη(Adriblastina) και κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan).
- 3) Καρβοπλατίνη (Paraplatin) με κυκλοφωσφαμίδη.

Η χημειοθεραπεία γίνεται με διακοπτόμενη ενδοφλέβια χορήγηση.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Στο στάδιο I εκτελούμε ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Όταν η διήθηση φτάνει στο στάδιο Ia και ο όγκος έχει καλή διαφοροποίηση, η εγχείρηση είναι αρκετή. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις χορηγείται συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.
- 2) Στο στάδιο II εκτελούμε ολική υστερεκτομία μαζί με τα εξαρτήματα, επιπλοεκτομία και συστήνουμε χημειοθεραπεία.
- 3) Στο στάδιο III εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Αν η εξαίρεση δεν ήταν πλήρης και η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία ήταν καλή, είναι δυνατό να προβούμε στην εκτέλεση δεύτερης λαπαροτομίας μετά από τρεις κύκλους χημειοθεραπείας.
- 4) Στο στάδιο IV εκτελούμε εκτομή, όσο το δυνατό μεγαλύτερης έκτασης της πάσχουσας περιοχής, και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Ακτινοθεραπεία θα συστήσουμε παρηγορητικά.

Πίνακας 1. 5 – ετής επιβίωση Καρκίνου Ωοθηκών		
Στάδιο	Ποσοστό	Επιβίωση
	(%)	(%)
I	26	73
II	15	46
III	41	19
IV	18	5

Θεραπεία άλλων ωοθηκικών όγκων.

Στους όγκους με μικρή δυνητική κακοήθεια, που χαρακτηρίζονται από έλλειψη διήθησης και αργής εξέλιξης, στη αρχή εκτελούμε υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Σε ετερόπλευρη εντόπιση δυνατό να εκτελέσουμε εξαίρεση της κύστης ή ολόκληρης της ωοθήκης, αλλά είναι απαραίτητη η ιστοληψία της άλλης ωοθήκης. Σε προχωρημένο στάδιο εξαιρούνται οι μεταστάσεις. Συμπληρωματική χημειοθεραπεία δεν έχει ένδειξη στα αρχικά στάδια, ενώ σε προχωρημένα δεν έχει αποδεχθεί πως συμβάλλει στην επιβίωση της άρρωστης, αν και χρησιμοποιείται από πολλούς.

Οι όγκοι από *αρχέγονα γεννητικά κύτταρα*, που εμφανίζονται στη νεανική ηλικία και συνήθως περιορίζονται στη μία ωοθήκη, έχουν μεγάλη ευαισθησία στη χημειοθεραπεία. Αποτελούν καρκίνους, που όχι μόνο θεραπεύονται σε συχνότητα 90%, αλλά μετά τη θεραπεία η γονιμότητα της γυναίκας αποκαθίσταται. Σε περίπτωση, που απαιτηθεί η εξαίρεση και των δύο ωοθηκών, η παραμονή της μήτρας θα μας βοηθήσει στην εκτέλεση εξωσωματικής γονιμοποίησης με δωρεά ωαρίων. Την πορεία της πάθησης παρακολουθούμε με τους καρκινικούς δείκτες, την α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη για τους όγκους του λεκιθικού ασκού και τους μεικτούς όγκους και τη β – χοριακή γοναδοτρόπο ορμόνη για το χοριοκαρκίνωμα, μερικούς μεικτούς όγκους και μερικές περιπτώσεις όχι αμιγούς δυσγονιώματος.

Στο *δυσγονίωμα* (δυσγερμίνωμα) προτιμάται η ετερόπλευρη σαλπιγγεκτομία, η ιστοληψία της άλλης ωοθήκης και η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, η οποία έχει το πλεονέκτημα της διατήρησης της γονιμότητας. Επίσης, συστήνεται πνευλική και παραορτική λεμφαδενεκτομία από τη σύστοιχη πλευρά. Σε προχωρημένα στάδια εξαιρούμε όσο γίνεται μεγαλύτερες μεταστατικές μάζες και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Στους άλλους όγκους μετά τη σαλπιγγωθηκτομία συστήνουμε χημειοθεραπεία. Προτιμάται ο συνδυασμός σισπλατίνης, ετοποσιδης (Vepesid) με ή χωρίς βλεομυκίνη και ο συνδυασμός

βινκριστίνης – κυκλοφωσφαμίδης – αδριαμυκίνης. Η θεραπεία είναι τοξική και απαιτεί έμπειρο χημειοθεραπευτή.

Συνηθέστερος από τους όγκους του στρώματος της γεννητικής ταινίας είναι ο *κοκκιοκυτταρικός όγκος*. Η θεραπεία του συνίσταται στην ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Σε γυναίκες πάνω από 40 ετών ακολουθεί σ' όλα τα στάδια συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Στο στάδιο I είναι δυνατή η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομία σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, που επιθυμούν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους, ύστερα από ιστοληψία της άλλης ωοθήκης και του ενδομητρίου. Χημειοθεραπευτικά, χρησιμοποιείται ο συνδυασμός βλεομυκίνης, ετοποσίδης και συσπλατίνης ή συνδυασμοί, που χρησιμοποιούνται στον επιθηλιακό καρκίνο της ωοθήκης. Με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζονται και τα κακοήθη αρρενοβλαστώματα.

Λαπαροτομία δεύτερης ματιάς (*second look*) – Επανεγχείρηση.

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

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

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

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

10.18 Πρόγνωση.

Η συνολική πενταετής επιβίωση του καρκίνου των ωοθηκών ανέρχεται για όλα τα στάδια στο 31%(70% για το Ia και 13% για το III) και παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια μία στατιστικά σημαντική αύξηση που οφείλεται κυρίως στις καλύτερες γνώσεις για τη νόσο, στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης των ωοθηκικών όγκων και στην

εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων, που στηρίζονται κυρίως στη χρήση της σισπλατίνης. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως τις ασθενείς με καλά διαφοροποιημένους όγκους, στις οποίες αφαιρέθηκε χειρουργικά όλη η νόσος ή το μεγαλύτερο τμήμα της έτσι ώστε η υπολειπόμενη νόσος να μη ξεπερνά τα 2 εκ. και οι οποίες υποβλήθηκαν σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή και χημειοθεραπεία.

Κατά καιρούς έχει μελετηθεί η προγνωστική αξία διαφόρων παραμέτρων, που σχετίζονται με τη βιολογική συμπεριφορά των όγκων αυτών και τον κίνδυνο θανάτου συνέπεια της νόσου¹². Σε αυτές περιλαμβάνονται η ηλικία, το κλινικό στάδιο που βρίσκεται ο όγκος (η ρήξη της ωοθηκικής επιφάνειας, τουλάχιστον στα ορώδη κυσταδενοκαρκινώματα, δεν φαίνεται να αλλάζει και πολύ την πρόγνωση μεταξύ των υποσταδίων Ia και Ib, η εμφάνιση όμως ασκίτου αποτελεί πολύ επιβαρυντικό σημείο, καθιστώντας πολλές φορές την πρόγνωση ενός σταδίου Iγ σχεδόν παρόμοια με αυτήν ενός σταδίου III)¹³, ο βαθμός της κυτταρικής διαφοροποίησης, ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας(grade),ο ιστολογικός τύπος του καρκινώματος, το μέγεθος της μάζας του όγκου που απέμεινε μετά την αρχική χειρουργική επέμβαση, η ανάλυση των υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης, η πλοειδικότητα και η μορφομετρία.

Το ποσοστό των ασθενών σταδίου I, όλων των ιστολογικών τύπων καρκίνου ωοθηκών που επιβιώνουν την πρώτη πενταετία από την αρχική διάγνωση, ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 70%. Για το στάδιο II το ποσοστό είναι 46%, για το στάδιο III 13% και για το στάδιο IV 0%.

Η πενταετής επιβίωση των ασθενών με διπλοειδικούς όγκους ανέρχεται σε 68%, ενώ σε ασθενείς με ανευπλοειδικούς όγκους φτάνει στο 37%⁶.

Ως προς το βαθμό ή την έκταση της χειρουργικής εξαίρεσης, είναι πλέον δεδομένο ότι η επιβίωση αποτελεί συνάρτηση της υπολειπόμενης μάζας που παραμένει μετά την πρώτη κυτταρομειωτική εγχείρηση. Όταν δεν υπάρχει ή είναι ελάχιστη η υπολειπόμενη μάζα, αυξάνει η πιθανότητα να είναι αρνητικά τα ευρήματα στην επανεγχείρηση ελέγχου και η πιθανότητα επομένως σημαντικής επιβίωσης είναι αυξημένη.¹

Ένα από τα κυριότερα κριτήρια κακοήθειας είναι η διηθητική ανάπτυξη ιδίως για τους ορώδεις και ενδομητριοειδείς όγκους. Για τους βλεννώδεις όγκους κάποιο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει ο βαθμός της πυρηνικής ατυπίας, όταν απουσιάζει η διηθητική ανάπτυξη⁶.

Η σύγκριση των πιθανοτήτων ίασεως στους διάφορους ιστολογικούς τύπους καρκινωμάτων δίνει σαφείς διαφορές ανάλογα με την ιστολογική εμφάνιση του κάθε καρκινώματος. Έτσι το βλεννώδες κυσταδενοκαρκίνωμα και το δυσγονίωμα αποτελούν παραδείγματα κακοηθών ωοθηκικών όγκων με σχετικά καλές προοπτικές

ίασης, ενώ αντίθετα τα αδιαφοροποίητα ωθηκικά καρκινώματα έχουν πολύ κακή πρόγνωση. Σε περιπτώσεις ωθηκικών καρκινωμάτων με «χαμηλό κακοηθές δυναμικό»- σύμφωνα με την ονομασία του Π. Ο. Υ. - («low malignant potential» ή «borderline tumors») παρατηρήθηκαν συνολικά (δηλ. όλων των σταδίων) διορθωμένα ποσοστά 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης που έφθαναν το 95% και 87% αντίστοιχα¹³.

Σημαντική όμως προγνωστική αξία φαίνεται να έχει και ο προσδιορισμός των επιπέδων του CA 125, καθώς και των στεροειδικών ορμονικών υποδοχέων. Ως προς τους ορμονικούς υποδοχείς, πιστεύεται ότι οι όγκοι στους οποίους βρίσκονται οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Συμπερασματικά, η μοναδική προσδοκία επιβίωσης στον καρκίνο των ωθηκών βασίζεται στην πρώιμη διάγνωση και στην πλήρη χειρουργική εξέταση.¹²

10.19 Παρακολούθηση.

Η παρακολούθηση της άρρωστης από καρκίνο των ωθηκών συνίσταται σε επισκέψεις της με την παρακάτω συχνότητα.

Κάθε 3 μήνες για δύο χρόνια. Κάθε 6 μήνες για 5 χρόνια. Κάθε χρόνο για όλη τη ζωή της. Η εξέταση είναι κλινική και εργαστηριακή. Η δεύτερη περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του Ca 125 σε κάθε επίσκεψη, την αξονική τομογραφία κάθε 3 μήνες, όσο κρατάει η χημειοθεραπεία και κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια.¹²

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Ο νοσηλευτής βρίσκεται σε μοναδική θέση προκειμένου να διδάξει την άρρωση για τις φυσιολογικές λειτουργικές διεργασίες έμμηνης ρύσης και εμμηνόπαυσης. Πολλές δυσκολίες, που συναντά ένα νεαρό κορίτσι ή μια γυναίκα μέσης ηλικίας, συνήθως μπορούν να διορθωθούν εύκολα. Αν, ωστόσο, αφευθούν χωρίς θεραπεία, είναι δυνατό να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες.

Η γυναικολογική άρρωση χρειάζεται συχνά κατανόηση εξαιτίας των υποκείμενων συγκινησιακών, καθώς επίσης και φυσικών της προβλημάτων. Μια γυναίκα μπορεί να απεχθάνεται κάθε αναφορά στο ουρογεννητικό της σύστημα, επειδή αισθάνεται ότι είναι ύποπτη για αμφίβολες κοινωνικές και σεξουαλικές συνήθειες.

Επειδή οι γυναικολογικές καταστάσεις είναι συχνά πολύ προσωπικής και ιδιωτικής φύσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών της άρρωστης. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να παρέχονται μόνο σ' εκείνους που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα υγείας της άρρωστης, όπως πρέπει να γίνεται και για όλες τις πληροφορίες που δίνουν οι άρρωστοι.

1. Πυελική εξέταση

Ετοιμασία της άρρωστης.

- ❖ Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωση χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
- ❖ Παροχή συμβουλών στην άρρωση, για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.
- ❖ Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.
- ❖ Αφαίρεση περιπτών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και εξέταση της κοιλιάς.
- ❖ Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

Θέσεις της άρρωστης για εξέταση:

- **Θέση λιθεκτομής.**

Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος εξεταστικού τραπέζιου. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση. Η άρρωστη καλύπτεται μ' ένα σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια.

- **Θέση Sims.**

Η άρρωστη τοποθετείται σε πλάγια θέση, συνήθως αριστερά, με το αριστερό χέρι πίσω από την πλάτη της. Ο δεξιός μηρός και το γόνατο κάμπτονται όσο γίνεται περισσότερο, το δε αριστερό πόδι διατηρείται μερικώς κεκαμμένο.

- **Θέση γόνατα – θώρακας.**

Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι, με τα πόδια να εξέχουν ελαφρά από το χείλος του εξεταστικού τραπέζιου. Τα γόνατα αποχωρίζονται και οι μηροί διατηρούνται σε ορθή γωνία με το τραπέζι. Η άρρωστη γυρίζει το κεφάλι της προς τη μια πλευρά, το δε πρόσωπο της και ο θώρακάς της ακουμπούν πάνω σ' ένα μαλακό μαξιλάρι. Μετά την τοποθέτησή της σε άνετη θέση η άρρωστη καλύπτεται.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά.
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.
- Βοήθεια του γιατρού, κατά την ώρα της εξέτασης.
- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μόλις τελειώσει η εξέταση.
- Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει.
- Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.

2. Λήψη κοιλιακού και τραχηλικού εκκρίματος (test-pap)

- ο Ενημερώνεται η άρρωστη ότι κάθε επαφή με τον κόλπο θα πρέπει να αποφεύγεται για 24 ώρες πριν από την λήψη κοιλιακού/ τραχηλικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, γιατί τόσο η συνουσία όσο και η κοιλιακή εξέταση αλλοιώνουν τα κύτταρα των επιχρισμάτων.
- ο Το δείγμα του τραχηλικού εκκρίματος που λαμβάνεται επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα με μια απλή κίνηση. Σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα σημειώνεται η προέλευση του εκκρίματος. Επίσης, στο παραπεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόροι πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

3. Βιοψία τραχήλου.

Ετοιμασία της άρρωστης:

- ❖ Εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας.
- ❖ Τοποθετείται σε θέση λιθεκτομής και καλύπτεται.
- ❖ Ενημερώνεται ότι δεν θα της γίνει καμιά αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου.

Φροντίδα της άρρωστης μετά την εξέταση:

- ❖ Προτού φύγει η άρρωστη, είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά την διαδικασία.
- ❖ Ενημερώνεται ότι πρέπει να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες.
- ❖ Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Αν η αιμορραγία αυτή είναι περισσότερη από ό,τι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση τότε πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός.
- ❖ Ενημερώνεται η άρρωστη ότι ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες ανάλογα με την οδηγία του γιατρού.

4. Δοκιμασία Schiller.

- Η άρρωστη ετοιμάζεται όπως για την πυελική εξέταση.

- Μετά τη δοκιμασία της συστήνεται να φορέσει μια σερβιέτα για μερικές ώρες για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

5. Κολποσκόπηση.

- Η ετοιμασία της άρρωστης είναι όμοια με εκείνη της πυελικής εξέτασης.
- Δίνονται εξηγήσεις στην άρρωστη σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από την εξέταση αυτή.
- Μετά την εξέταση τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για απορρόφηση των εκκρίσεων. Το ταμπόν αφαιρείται μετά από 5 – 6 ώρες.

6. Εμφύσηση σαλπίνγων (Rubin' s test).

Η άρρωστη ετοιμάζεται όπως για την κολπική εξέταση.

7. Δουγλασειοσκόπηση (Culdoscopy.)

- Η άρρωστη ετοιμάζεται όπως για κάθε κολπική επέμβαση.
- Ενημερώνεται για το είδος της εξέτασης και για το τι πρέπει να περιμένει.
- Η κύστη κενώνεται (αν χρειαστεί γίνεται καθετηριασμός).
- Γίνεται τοπική ή γενική αναισθησία (σπάνια).
- Η άρρωστη τοποθετείται σε θέση γονάτων – θώρακα.
- Μετά την εξέταση και την αφαίρεση του δουγλασειοσκοπίου γίνεται ραφή της τομής. Η άρρωστη επιστρέφει στο δωμάτιό της και τοποθετείται σε πρήνη θέση, με ένα μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά της, ώστε ο αέρας που εισήλθε στην περιτοναϊκή κοιλότητα να αποβληθεί.
- Παίρνονται τα ζωτικά σημεία και η άρρωστη παρακολουθείται για κολπική αιμορραγία.
- Αναλγητικά και εντριβές ράχης ανακουφίζουν προσωρινά την άρρωστη.
- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι θα πρέπει να αποφύγει την συνουσία και την πλύση, μέχρις ότου ο γιατρός της το επιτρέψει, δηλαδή μέχρις ότου επουλωθεί το σημείο της τομής.

8. Υστεροσκόπηση.

Ετοιμασία της άρρωστης:

- Χορήγηση ηρεμιστικού πριν την εξέταση, μετά από ιατρική οδηγία.
- Επεξήγηση της φύσης της διαδικασίας στην άρρωστη.

- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση λιθεκτομής.
- Καθαρισμός περινέου και κόλπου αμέσως πριν από την κάλυψη της περιοχής με αποστειρωμένες οθόνες.
- Γίνεται τοπική αναισθησία του τραχήλου, που κρατείται στη θέση του με μονοδοντική μητρολαβίδα.

Μετάπειτα παρακολούθηση:

- Μετά την αφαίρεση του ενδοσκοπίου, η άρρωστη επιστρέφει στο δωμάτιό της για ανάπαυση.
- Η άρρωστη μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο αργότερα την ίδια μέρα.

9. Υστεροσαλπιγγογραφία.

- Προετοιμασία εντέρου με καθαρτικό και υποκλυσμό.
- Χορήγηση αναλγητικού για εξασφάλιση άνεσης.
- Τοποθετείται η άρρωστη σε θέση λιθεκτομής πάνω στο ακτινολογικό τραπέζι.
- Μετά τη διαδικασία η άρρωστη επιστρέφει στο δωμάτιό της για ανάπαυση

10. Υπερηχογράφημα.

Η όλη διαδικασία διαρκεί 10 λεπτά. Η άρρωστη δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία γι' αυτή την εξέταση.

11. Λαπαροσκόπηση.

Ετοιμασία της άρρωστης:

- ❖ Ενημέρωσή της σχετικά με τη φύση της εξέτασης και ότι θα νιώσει ένα αίσθημα πληρότητας κατά τη διάρκεια εισαγωγής του αερίου. Ενδέχεται επίσης να αισθανθεί σπασμωδικούς πόνους στο δεξιό ώμο, εξαιτίας ερεθισμού του φρενικού νεύρου από τη μετατόπιση του αερίου.
- ❖ Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.
- ❖ Προετοιμασία του εντέρου με καθαρτικό και υποκλυσμό.
- ❖ Προετοιμασία δέρματος.
- ❖ Εισαγωγή καθετήρα Foley, ώστε να διατηρηθεί η κύστη άδεια.
- ❖ Χορήγηση ηρεμιστικών (προνάρκωση).
- ❖ Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας η άρρωστη υποστηρίζεται ψυχολογικά.

Μειέπειτα παρακολούθηση:

- ❖ Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά την πρώτη ώρα ή μέχρι τη σταθεροποίησή τους.
- ❖ Η κατάσταση της άρρωστης παρακολουθείται στενά για έγκαιρη διαπίστωση σημείων και συμπτωμάτων που δηλώνουν εμφάνιση επιπλοκών (αιμορραγία μετά την καυτηρίαση, περιτονίτιδα, εξαιτίας διάτρησης εντέρου και αναζωπύρωση λανθάνουσας πυελικής λοίμωξης).
- ❖ Λήψη άμεσων μέτρων σε περίπτωση πτώσης της αρτηριακής πίεσης και αύξησης των σφίξεων ή εμφάνισης αιμορραγίας.
- ❖ Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση Trendeleburg για δύο ώρες, για διευκόλυνση της διαφυγής του αερίου.
- ❖ Χορήγηση αναλγητικών και εντριβών για ανακούφιση της άρρωστης από τη δυσφορία και τον πόνο.
- ❖ Ενημέρωση της άρρωστης ότι μπορεί να αισθάνεται ήπιο πόνο στο σημείο της τομής ή κοιλιακές κράμπες τις πρώτες ώρες ή ημέρες μετά τη διαδικασία, που ανακουφίζονται με ανάπαυση.
- ❖ Η άρρωστη εξέρχεται συνήθως μετά από 24 ώρες. Της τονίζεται να αναφέρει κάθε αιμορραγία από την τομή.
- ❖ Διδάσκεται να διατηρεί την τομή καθαρή και στεγνή.

12. Διαστολή και απόξεση.

Προεγχειρητική φροντίδα:

- Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να της γίνει.
- Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη σχετικά με την επέμβαση.
- Έλεγχος αν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας.
- Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν από την εξέταση.
- Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

Μετεγχειρητική φροντίδα:

- Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες διατηρούνται στη θέση τους με ταφοειδή επίδεσμο.

- Αντικατάσταση περινεϊκών γαζών, κάθε φορά που χρειάζεται, με αποστειρωμένες γάζες. Η γυναίκα μπορεί να φορέσει ταμπόν κόλπου, το οποίο αφαιρείται από τον χειρουργό το πρώτο 24ωρο.
- Παρακολούθηση για μεγάλη αιμορραγία τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση. Επίσης παρακολουθείται η ικανότητα της άρρωστης να ουρήσει. Η ούρηση μπορεί να είναι δύσκολη εξαιτίας πίεσης της ουρήθρας από το κοιλιακό ταμπόν.
- Σύσταση να παραμείνει η άρρωστη στο κρεβάτι για το υπόλοιπο της ημέρας.
- Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για χαμηλό πόνο στη ράχη και πνευλική δυσφορία.
- Χορήγηση τροφής ανάλογα με την επιθυμία της άρρωστης.

Παροχή οδηγιών κατά την έξοδο:

1. Αποφυγή έντονων δραστηριοτήτων για μία εβδομάδα, καθώς και κοιλιακών πλύσεων και σεξουαλικών επαφών μέχρις ότου της το επιτρέψει ο γιατρός.
2. Μικρή ποσότητα ροδόχρου υγρού, που μπορεί να σκουρύνει στη φάση επούλωσης, είναι φυσιολογική.
3. Η επόμενη εμμηνορρυσία δεν θα επηρεαστεί.
4. Ανάγκη για επανεξέταση.
5. Αναφορά στον γιατρό ενδείξεων πιθανών επιπλοκών, όπως υπερβολική αιμορραγία έντονος πόνος και αύξηση θερμοκρασίας.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

12.1 Προεγχειρητική παρέμβαση:

1. Ερμηνεία των όρων «υστερεκτομή», «σαλπγγωοθηκεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.¹
2. Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
3. Εκπαίδευση της άρρωστης ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα.

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

12.2 Μετεγχειρητική παρέμβαση:

1. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
2. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
3. Ανακούφιση από τον πόνο.
4. Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.

5. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.
 - Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική επεξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία πνευλικής περιοχής).
 - Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
 - Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.
6. Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλεται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).
 - Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
 - Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
 - Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
 - Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
 - Διαπίστωση υπολείμματος. Η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Η παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
7. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.
 - Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
 - Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
 - Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
 - Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.
8. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
 - Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
 - Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.

- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους, σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών (η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται).
 - Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
 - Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών, προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
 - Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.
9. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
 10. Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
 11. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης για πρόληψη επιπλοκών.

12.3 Σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία.

1. Ενημέρωση της άρρωστης ότι η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
2. Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωσθήκη.
3. Παροχή συμβουλών στην άρρωση:
 - Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πέντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.
 - Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές .
 - Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή¹⁴.
 - Να ενημερώσει το γιατρό αν παρατηρηθούν εκδηλώσεις λοίμωξης όπως πυρετός, δύσσομο κοιλιακό έκκριμα, ερεθισμός και πτυώδες κοιλιακό έκκριμα.¹⁵
4. Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

5. Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι. Γι' αυτόν το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
6. Βοήθεια της άρρωστης στον σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
7. Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.λ.π.
8. 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.
9. Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τριμήνου κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

13.1 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.

- ο Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει η ασθενής αλλά και η οικογένειά της) προσέγγιση της άρρωστης και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθειά της σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
- ο Ενημερώνεται η ασθενής σχετικά με:
 1. Την αναγκαιότητα της θεραπείας, ο ασθενής έχει ως όπλο του την χημειοθεραπεία και αυτό πρέπει να κατανοήσει.
 2. Τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους.
 3. Τις παρενέργειες, συνήθως προσωρινές, τα πρώιμα σημεία αυτών για πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση.

4. Την διάρκεια της χημειοθεραπείας και κάθε πότε πρέπει να επαναλαμβάνεται.¹⁶

Βεβαιώνεται η ασθενής ότι οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

- ο Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της άρρωστης ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- ο Προσφέρεται στην άρρωστη ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- ο Γίνεται γενική αξιολόγηση της άρρωστης για την θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα κ.ά. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.¹⁷

Συνίσταται η συμμετοχή συγγενών ή φίλων η οποία μπορεί να αποτελεί ιδιαίτερη υποστήριξη για την άρρωστη.

- ο Ενθαρρύνεται η άρρωστη να έχει επαφή με το νοσοκομείο και μετά το τέλος της θεραπείας¹⁸
- ο Ασφαλής χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και προφύλαξη από την εξαγγείωση αυτών.
- ο Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- ο Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών φαρμάκων.
- ο Υποστήριξη ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- ο Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.¹⁶

13.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Λευκοπενία

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Γίνεται μέτρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Μικρή άνοδος μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία.
- Γίνεται επισκόπηση του δέρματος και των κοιλοτήτων για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προσλαμβάνεται σηψαιμικές εκδηλώσεις.
- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος απολυμαίνεται για πρόληψη λοιμώξεων.
- Γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 4-6 ώρες.
- Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φτάσουν τα 1.500-2000/nm³.
- Όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.¹⁷
- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι πρέπει να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες.¹⁸

Θρομβοπενία.

- Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια. Αν είναι λιγότερα από 50.000/nm³ θα πρέπει η άρρωστη να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.
- Παρακολουθούνται τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- Γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος. Σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή η άρρωστη πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.
- 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.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά., πρέπει να έχει μικρή διάρκεια.
- Δίνονται συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο

καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή, την σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.

- ο Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος.

Αναιμία.

- Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.
- Βοηθείται η άρρωστη με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και σε φαρμακευτικά σκευάσματα.
- Χορηγείται αίμα με εντολή γιατρού.

Ναυτία, έμετος.

- ❖ Παρακολουθείται η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει η άρρωστη, καθώς και η θρέψη της.
- ❖ Χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της.
- ❖ Εκπαιδεύεται η άρρωστη και τα μέλη της οικογένειάς της πώς να τοποθετούν αντιεμετικά υπόθετα.
- ❖ Ενισχύεται η άρρωστη να φάει φρυγανιά μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.
- ❖ Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- ❖ Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με την άρρωστη.
- ❖ Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
- ❖ Αποφεύγονται τροφές που έχουν έντονη οσμή.
- ❖ Ενισχύεται η άρρωστη να μασάει πού καλά την τροφή.
- ❖ Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- ❖ Ενημέρωση της άρρωστης ότι η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα¹⁷.
- ❖ Ενημερώνεται η ασθενής ότι δεν πρέπει να οδηγεί αυτοκίνητο ή να χειρίζεται μηχανήματα όταν παίρνει αντιεμετικά φάρμακα¹⁸.

Διάρροια – Σύσπαση κοιλιακών μυών.

- Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.

- Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Περιορίζεται, η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Χορηγούνται φάρμακα που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού, καθώς και πολλά υγρά εφόσον δεν αντεδεικνύται.
- Βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.

Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

- Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- Παρακολουθείται καθημερινά η στοματική κοιλότητα για αιμορραγία ουλών, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές.
- Επαλείφονται τα χείλη με γλυκερίνη 3 φορές την ημέρα¹⁷.
- Ενθαρρύνεται η άρρωστη να πίνει πολλά υγρά, να τρώει μαλακές τροφές, να χρησιμοποιεί αντισηπτικό διάλυμα μετά από κάθε γεύμα¹⁸.

Νευροτοξικότητα.

- Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων, καθώς και σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.
- Προστατεύεται η άρρωστη 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.
- Βοηθείται η άρρωστη στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας¹⁷.

- Διδάσκεται η άρρωστη πως σε περίπτωση μωδιάσματος των δακτύλων θα πρέπει να προσέχει όταν πιάνει κοφτερά αντικείμενα ή ζεστα, για να μην τραυματιστεί ή καεί.
- Διδάσκεται η άρρωστη εάν χάνει την ισορροπία της να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει σκάλες.¹⁸

Ωτοτοξικότητα.

- Εκτιμάται η ακοή της άρρωστης πριν αρχίσει τη θεραπεία.
- Ενημερώνεται η άρρωστη να αναφέρει αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ηπατοτοξικότητα.

- Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, καθώς και η εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.
- Ανακουφίζεται η άρρωστη από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.
-

Νεφροτοξικότητα.

- Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- Παρακολουθείται η άρρωστη για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά., καθώς και το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.¹⁷
- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι δεν θα πρέπει να φοβηθεί αν τα ούρα του έχουν κόκκινο ή έντονο κίτρινο χρώμα αφού αυτό οφείλεται στα φάρμακα που της χορηγούνται.
- Ενθαρρύνεται η άρρωστη να πίνει πολλά υγρά.

- Συστήνονται στην άρρωση τα σημάδια που πρέπει να προσέχει σε νεφροτοξικά φάρμακα, όπως π.χ. Cisplatin, ή τοξικά της ουροδόχου κύστεως, όπως Ifosfamide.¹⁸

Ανοσοκατασταλτική επίδραση.

- Παρακολουθείται η άρρωση για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Προστατεύεται η άρρωση από μολύνσεις και αναβάλλεται αν είχε προγραμματιστεί να γίνει η ενεργητική ανοσοποίηση της άρρωστης για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

- Παρακολουθείται η άρρωση για συμπτώματα όπως διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.ά., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής της για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στέρωση.
- Ενημερώνεται η άρρωση πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλωπεκία.

- Γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωση έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας.¹⁷
- Βοηθείται η άρρωση να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου. Να μάθει ότι τα μαλλιά της θα ξαναμεγαλώσουν, όταν τελειώσει η θεραπεία ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ότι τα νέα της μαλλιά θα έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και θα είναι καλύτερα σε ποιότητα¹⁸.
- Διδάσκεται η άρρωση ότι όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά πρέπει να γίνει αποτρίχωση και ότι μπορεί στη συνέχεια να φοράει καπέλο ή μαντήλι αν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, ή μπορεί αν θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα.^{17,18}

Προβλήματα δέρματος.

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

- Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο)κ.ά¹⁷
- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι το σκούρο χρώμα του δέρματος είναι προσωρινό.
- Σε ξηρές επιφάνειες χρησιμοποιείται λοσιόν.
- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι θα πρέπει να χρησιμοποιεί κρέμα με υψηλό δείκτη προστασίας από την ηλιακή ακτινοβολία για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων.

13.3 Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο κατά την χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Πριν ξεκινήσει ο νοσηλευτής για το θάλαμο κάνει έναν γρήγορο έλεγχο στα εξής:

1. Στο σχήμα της θεραπείας που έχει δώσει υπογεγραμμένο ο γιατρός.
 2. Στα στοιχεία του αρρώστου.
 3. Στη γενική κατάσταση του αρρώστου.
- Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.
 - Καινούργια αποστειρωμένα βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι της συσκευής εγχύσεως του ορού.
 - Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για εξαγγείωση του φαρμάκου είναι μικρότερος.
 - Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική, εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.¹⁸
 - Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
 - Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.¹⁷
 - Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό πριν από την χορήγηση του φαρμάκου.¹⁸
 - Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.

- Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της έγχυσης κατά ή μετά τη θεραπεία.

Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η φλέβα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται η βελόνα.^{17,18}

13.4 Προετοιμασία κυτταροστατικών φαρμάκων προς έγχυση και μέτρα προφύλαξης του υγειονομικού προσωπικού.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δρούν όχι μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά σε όλα τα κύτταρα υγιά και μη του οργανισμού με αποτέλεσμα να εμφανίζουν υψηλό βαθμό τοξικότητας.

Η αναφερόμενη τοξικότητα δεν αφορά μόνο τον ασθενή που υποβάλλεται σε αντινεοπλασματική θεραπεία αλλά και το υγειονομικό προσωπικό που έχει ως αντικείμενό του την φύλαξη, διακίνηση, προετοιμασία προς έγχυση και συγκέντρωση απορριμμάτων.

Το προσωπικό που εμπλέκεται στην προετοιμασία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να εκτεθεί σε χαμηλές δόσεις φαρμάκων από άμεση επαφή ή εισπνοή. Για το λόγο αυτό η προετοιμασία των κυτταροστατικών φαρμάκων πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία και να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά διαμορφωμένο και εξοπλισμένο χώρο.¹⁹

Ο ιδεώδης τρόπος θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία, με νηματική ροή αέρος και ακόμα η διαδικασία αυτή να γίνεται σε χώρο όπου το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.¹⁸

Κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων απαιτούνται τα εξής εφόδια από το προσωπικό:

- Ρόμπι με μακριά μανίκια και από υλικό που δεν αποβάλλει σωματίδια.
- Μάσκα και προστατευτικά γυαλιά.
- Γάντια καλής ποιότητας για την προστασία του δέρματος.
- Σκούφος κεφαλής.
- Προστατευτικά καλύμματα παπουτσιών.
- Μεταλλικό δοχείο με καλό πώμα το οποίο φέρει την ένδειξη «κυτταροτοξικό»για την τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε.¹⁹

Ακόμα:

- Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
- Αν διάλυμα φαρμάκου έρθει σε επαφή με το δέρμα ή με βλεννογόνο πλένεται καλά η περιοχή με άφθονο νερό και σκουπίζεται καλά με απορροφητικό χαρτί.
- Αν κατά λάθος διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό και πρέπει το άτομο να επισκεφτεί αμέσως οφθαλμίατρο.
- Όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων κ.λ.π. πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικό δοχείο που κλείνει καλά και φέρει την επιγραφή «Επικίνδυνα υλικά» και ο πάγκος καθαρίζεται με οινόπνευμα.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

14.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.

- Ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
- Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.²⁰
- Ενημέρωση του αρρώστου για το πρόγραμμα της θεραπείας (καθημερινά για μερικές εβδομάδες διάρκειας λίγων λεπτών), τη μη απαραίτητη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, τη σημασία της σωστής θέσης στη θεραπευτική κλίνη.¹⁶
- Εκπαίδευση του αρρώστου ότι η περιοχή της ακτινοβολίας θα πρέπει να διατηρείται στεγνή, να πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, να αποφεύγεται η τριβή την ώρα που σκουπίζεται, να μην βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός αν

υπάρχει ιατρική εντολή, να προστατεύεται η περιοχή απ' τον ήλιο ή το κρύο, καθώς και να μην έρχεται σε επαφή το δέρμα με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

- Ενημερώνεται ο άρρωστος ότι δεν πρέπει να αφαιρέσει το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι, που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.^{16,17}

14.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών – επιπλοκών της ακτινοθεραπείας.

Ακτινοδερματίτιδα.

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση²⁰.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Αποφεύγονται αλοιφές, λοσιόν, σκόνες και επιθέματα.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε σε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει τα στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.¹⁷
- Προστατεύεται το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία και την υψηλή θερμοκρασία.²⁰
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.¹⁷

Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών.

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.²⁰
- Σε πτώση των ουδετερόφιλων χορηγούνται ειδικοί αυξητικοί παράγοντες.²¹

Διάρροια.

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική οδηγία.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.²⁰
- Αποφυγή τροφών ερεθιστικών για το έντερο.

Ναυτία και έμετοι.

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.²¹

Στοματίτιδα – φαρυγγίτιδα.

- Διδασκαλία του αρρώστου να αναφέρει τυχόν στοματικό καύσος ή πόνο, ερυθρές περιοχές, ανοικτές αλλοιώσεις στα χείλη, πόνο κατά την κατάποση ή μειωμένη ανοχή στις ακραίες θερμοκρασίες της τροφής.²⁰
- Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικά διαλύματα.
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για τον στοματικό βλεννογόνο.
- Σε εξαιρετικά έντονες αντιδράσεις η σίτιση του ασθενούς εξασφαλίζεται με ρινογαστρικό καθετήρα.

Ακτινικές αντιδράσεις από το ορθό και τον πρωκτό.

- Τοπική εφαρμογή διαλυμάτων κορτικοειδών (υποκλυσμοί, αλοιφές) ή μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών, καθώς και τοπικών αναισθητικών.

Κυστίτιδα.

- Χορήγηση παυσίπονων και μυοχαλαρωτικών.
- Αλκαλοποίηση των ούρων.
- Χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών.
- Σε περίπτωση μικροβιακής κυστίτιδας χορηγούνται αντιβιοτικά.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

15.1 Ψυχολογικά προβλήματα του άρρωστου με καρκίνο.

Οι άρρωστοι με κακοήγη νεοπλασμάτα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία κα έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους²²

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα.¹⁷

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στη θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις, που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επιδρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστιας και στην ποιότητα της ζωής των αρρώστων.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την αξιολόγηση ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επίσης κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και οι παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας στον κάθε άνθρωπο.

Μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι περιγράφουν ως αρνητικές και ψυχοπιεστικές είναι:²²

ο Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτήν. Χρειάζεται προσοχή στη συμπεριφορά

αυτή του αρρώστου επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Πρέπει όμως ο άρρωστος να γνωρίζει ότι πάσχει από καρκίνο; Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχосύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Η απόκρυψη της διάγνωσης δεν μπορεί να είναι ποτέ εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους ή από τους επισκέπτες. Η ενημέρωσή του για την αρρώστια με αυτόν τον τρόπο αποτελεί τραυματική εμπειρία.¹⁷

Έχει βρεθεί από έρευνες ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχική ένταση από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιοι ότι έχουν καρκίνο.²²

Αλλά αποτελεί πρόβλημα ηθικό και ίσως και νομικό η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις.¹⁷

Η θεραπευτική αγωγή.

Οι άρρωστοι που κάνουν ακτινοβολία, συγκριτικά με εκείνους που δεν κάνουν, δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική ένταση και δυσφορία, ίσως επειδή πρέπει να πηγαινοέρχονται στο νοσοκομείο, διασπάται η καθημερινή τους ζωή και θυμούνται καθημερινά το γεγονός ότι έχουν καρκίνο. Ακόμη, τους προβληματίζει η σχετικά απρόσωπη φύση της ακτινοβολίας, αφού μένουν μόνοι στο χώρο της θεραπείας. Επιπλέον, η αναπηρία που συχνά δημιουργείται από τη χειρουργική θεραπεία, προκαλεί στον άρρωστο αμφισβήτηση της προσωπικής του αξίας, μειονεκτικότητα, ακόμη και μελαγχολία.

○ **Η ζωή με τον καρκίνο.**

Οι άρρωστοι ανησυχούν καθώς συνεχίζουν να ζουν με τον καρκίνο. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Και αυτοί ακόμη που θεραπεύτηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας νέας μετάστασης.

○ **Το αίσθημα της μόνωσης.**

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από τη μια μεριά έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα και από την άλλη, φοβούνται την απόρριψη. Το ίδιο δοκιμάζουν μόνωση κι όταν δεν έχουν κοντά τους κατάλληλα πρόσωπα για να εξωτερικεύσουν τις μυστικές τους αγωνίες και το φόβο τους για τον ενδεχόμενο θάνατο. Ο φόβος της αποξένωσης και της αλλοτρίωσης από δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από το φόβο του θανάτου.

15.2 Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

• Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο.

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο, να ενθαρρύνει την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου και να αξιολογεί:

- Πως βλέπει την αρρώστια του ο ίδιος και η οικογένειά του.
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή του λόγω της αρρώστιας του.
- Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να τον βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών του.
- Τι περιμένει στο μέλλον.
- Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτόν και τι πιστεύει.

Στο διάλογο με τον νοσηλευτή οι άρρωστοι συνήθως εξωτερικεύουν τους φόβους τους. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους. Εκδηλώνουν το άγχος και την μελαγχολία τους.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον άρρωστο την κατανόηση και την ευαισθησία του απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητές του.

• Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

Ο καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση και υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής του αξίας διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει σε υψηλά επίπεδα την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τις εξής παρεμβάσεις:

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση.

- Βοηθάει τον άρρωστο να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά του. Μεταβιβάζει στον άρρωστο μια στάση φροντιδας, ενδιαφέρον για ό,τι τον αφορά, αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων του και σταθερή εκτίμηση της αξίας του ως πρόσωπο.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ανακουφιστική φροντίδα, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι η ενεργητική, σφαιρική φροντίδα των ατόμων που η νόσος τους δεν ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή. Πρωταρχικός σκοπός της είναι η ποιότητα ζωής, ο έλεγχος του πόνου και η αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών αλλά και πνευματικών αναγκών με καταληκτικά νοσήματα, σε όλα τα στάδια της νόσου.

Για τους νοσηλευτές η παροχή ανακουφιστικής φροντιδας είναι μια πρόκληση στην οποία οφείλουν και μπορούν να ανταποκριθούν.

Η άσκηση της ανακουφιστικής νοσηλευτικής απαιτεί: δεξιότητες, άνεση στο να σχετίζεσαι με θέματα δυσάρεστα, να μιλάς ανοικτά για ασθένεια και θάνατο, κάτι που είναι στρεσογόνο και δύσκολο. Ο ειδικός νοσηλευτής είναι έμπειρος κλινικός που εργάζεται για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους προσφέροντας συμβουλές για την διεύθυνση των προβλημάτων των ασθενών.

Πέντε βασικές λειτουργίες χαρακτηρίζουν την εργασία των ειδικών στην ανακουφιστική φροντίδα νοσηλευτών:

1. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης. Βοήθεια βασισμένη στην γνώση της βαρύτητας της νόσου και των επιπλοκών της για τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του.
2. Παροχή πρακτικής βοήθειας με καθημερινά καθήκοντα και ρόλους, αυτό ίσως περιλαμβάνει άμεση βοήθεια με αυτά ή την εξεύρεση ατόμων ή ομάδων που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή.

3. Συντονισμός για τη σειρά των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών που χρειάζεται ο ασθενής.
4. Διευκόλυνση στην παροχή πακέτου φροντίδας, εκτιμώντας πότε είναι ανάγκη για αλλαγές σε αυτό καθώς η νόσος εξελίσσεται και παρεμβαίνοντας όπου είναι ανάγκη να ρυθμιστεί κάποια αλλαγή.
5. Καθοδήγηση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων προσφέροντας εμπειρία σε αρχική και τρέχουσα εκτίμηση των προβλημάτων συντονίζοντας την όσο το δυνατό καλύτερη αντιμετώπιση.

Οι Davies & Oberle περιγράφουν αυτήν την εργασία ως έχουσα 6 διαστάσεις:

1. Εκτίμηση του προσώπου που οδεύει στο θάνατο.
2. Σύνδεσμος ή επαφή με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας που ζουν αυτή την εμπειρία.
3. Ενθάρρυνση του ασθενούς και της οικογένειας να αναπτύξουν πρωτοβουλίες που θα τους βοηθήσουν να αντιληφθούν τις ανάγκες τους.
4. Εκτέλεση πράξεων για τον ασθενή όπως έλεγχος πόνου και συμπτωμάτων, ρύθμιση εκκρεμοτήτων, όταν η οικογένεια έχει δυσκολία να ακολουθήσει.
5. Εύρεση νοήματος με εστιασμό στη ζωή και παραδοχή του θανάτου, βοηθώντας ασθενή και οικογένεια να έρθει αντιμέτωπη και να συμφιλιωθεί με τον επερχόμενο θάνατο.
6. Διαφύλαξη της δικιάς τους ακεραιότητας καθώς συνήθως τα προβλήματα των ασθενών αντανακλούν στον ασθενή.

Συμπερασματικά:

- Η νοσηλευτική στην ανακουφιστική φροντίδα παρεμβαίνει με μια σειρά δραστηριοτήτων και υπευθυνοτήτων.
- Προτεραιότητα είναι η συναισθηματική και υποστηρικτική φροντίδα κι αυτό εκτιμάται αρκετά από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
- Η συναισθηματική υποστήριξη είναι στρεσογόνο και απαιτητική όπως και για τους άλλους επαγγελματίες υγείας και υπάρχει κίνδυνος ρουτίνας ή κόπωσης αν οι εργαζόμενοι δεν υποστηριχτούν επαρκώς.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17^ο

Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.

17.1 Η κατ' οίκον νοσηλεία.

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 "Υγεία για όλους το 2000", ώθησε τις κυβερνήσεις των χωρών που συμμετείχαν στο συνέδριο, να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον τους στην εφαρμογή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την επίτευξη του στόχου.

Σκοπός της νέας υγειονομικής πολιτικής ήταν η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία των χρονίως πασχόντων. Στη σύγχρονη αυτή αντίληψη για την υγεία, οφείλεται η ανάπτυξη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα η οργάνωση υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο φυσικό χώρο ζωή του ατόμου, το σπίτι. Βοηθάει τα άτομα να αποκτήσουν ανεξαρτησία και να περιορίσουν στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις μιας αναπηρίας ή νόσου.

Η αναγκαιότητα της κατ' οίκον νοσηλείας των ογκολογικών ασθενών, προέκυψε από τη μεγάλη έλλειψη νοσοκομειακών κλινών, το υψηλό κόστος νοσηλείας και την επιθυμία των ασθενών να τους παρέχεται ολοκληρωμένη ιατρονοσηλευτική φροντίδα στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η παρακολούθηση των αρρώστων επιτυγχάνεται από διεπιστημονική ομάδα υγείας με ενδιαφέρον για την ολιστική τους φροντίδα.

Σκοπός της κατ' οίκον νοσηλείας είναι:

- 1) Η αποφυγή μιας μη αναγκαίας εισαγωγής στο νοσοκομείο.
- 2) Η υποστηρικτική βοήθεια, εκπαίδευση και παρακολούθηση των ατόμων της οικογένειας που φροντίζουν τα άρρωστα μέλη.
- 3) Η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας για τον ασθενή και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
- 4) Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του η οικονομική κάλυψη των αναγκών σε συνεργασία με ασφαλιστικούς οργανισμούς καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος.
- 5) Η παραμονή του ασθενούς σε οικείο περιβάλλον.

Για να είναι αποτελεσματική η νοσηλεία του ογκολογικού ασθενούς στο σπίτι:

1. Θεωρείται απαραίτητη η συγκατάθεσή του και η συνεργασία της οικογένειας.

2. Να μην έχει ανάγκη συχνής νοσοκομειακής περίθαλψης.
3. Πρέπει να υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη.
4. Να υπάρχει δυνατότητα άμεσης και ταχείας αντιμετώπισης σε μονάδα βραχείας νοσηλείας.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι:

- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Αλλαγές τραυμάτων
- Αλλαγές ουροκαθετήρων(Foley)
- Φροντίδα μόνιμων φλεβοκαθετήρων
- Εφαρμογή χημειοθεραπείας
- Φροντίδα στομίων

Οι επισκέψεις πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα και η νοσηλεία που παρέχεται είναι εξατομικευμένη ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και τα προβλήματα ή τις δυσχέρειες που εμφανίζονται.

Η χρόνια νόσος δεν είναι κατάσταση στατική. Οι συνέπειές της φαίνονται στην καθημερινή ζωή καθώς ο άρρωστος διακόπτει το συνήθη τρόπο διαβίωσης και η αρμονία της οικογένειας συχνά διαταράσσεται. Η παρέμβαση της υπηρεσίας “κατ' οίκον νοσηλείας” μπορεί να ελαχιστοποιήσει τα προβλήματα προσφέροντας νοσηλευτική φροντίδα και παράλληλα ψυχική και ηθική υποστήριξη στο άτομο και στην οικογένειά του. Ταυτόχρονα προσφέρει στα νοσοκομεία καλύτερη διακίνηση ασθενών με την απελευθέρωση σημαντικού αριθμού κρεβατιών για τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες τους και οικονομικό όφελος για την πολιτεία.²³

Η προσφορά της νοσηλείας στο σπίτι στον ογκολογικό ασθενή κινείται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά αυτή καθαυτή την νοσηλευτική φροντίδα, το δεύτερο επίπεδο αφορά τη φροντίδα του ασθενούς σαν ψυχοκοινωνική οντότητα και το τρίτο επίπεδο τις κοινωνικό – οικονομικές του ανάγκες. Για να λειτουργήσουν αυτά τα τρία επίπεδα σωστά και αποδοτικά για τον άρρωστο θα πρέπει η συνεργασία όλων όσων εμπλέκονται να είναι συνεχής, συνεπής και σε καθορισμένο πλαίσιο.

1^ο Επίπεδο: Νοσηλευτική φροντίδα:

Σ' αυτήν περιλαμβάνονται όλες οι νοσηλευτικές πράξεις που κάνουν τη διαβίωση του ασθενούς στο σπίτι ασφαλή και με ποιότητα ζωής ή και θανάτου.

Στις νοσηλευτικές φροντίδες περιλαμβάνονται:

- 1) Τακτική παρακολούθηση του ασθενούς.

- 2) Πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων.
- 3) Αλλαγή τραυμάτων, ουροκαθετήρων
- 4) Φροντίδα μονίμων φλεβοκαθετήτων (Hickman, Intraport).
- 5) Παρεντερική χορήγηση ορών.
- 6) Φροντίδα στομίων.
- 7) Εφαρμογή χημειοθεραπείας.
- 8) Εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για τη χρήση συσκευών, που είναι απαραίτητες για τον ασθενή (συσκευές οξυγόνου κ.λ.π.)

Εκτός από όλα αυτά κύρια φροντίδα των νοσηλευτών της είναι να μεταφέρουν πληροφόρηση για την πορεία του ασθενούς στον θεράποντα και τις οδηγίες του θεράποντα στον ασθενή.

Κίνηση πολύ σημαντική, που ο ασθενής την εισπράττει 100% με αποτέλεσμα να νιώθει απόλυτα ασφαλής και ήρεμος.

2^ο Επίπεδο: Ο ασθενής σαν ψυχοκοινωνική οντότητα:

Το επίπεδο αυτό αποτελεί το σπουδαιότερο κομμάτι θεραπείας και στήριξης του αρρώστου μετά τη διάγνωση, διότι ο καρκίνος μπορεί να αποδειχθεί καταστρεπτικός από συναισθηματική πλευρά για τον ίδιο αλλά και την οικογένεια. Παρά τη σπουδαιότητα αυτή, οι κατ' οίκον νοσηλείες ογκολογικών ασθενών δεν διαθέτουν ειδικούς επιστήμονες αποκλειστικής απασχόλησης και η αντιμετώπιση κατά γενικό κανόνα γίνεται από τον νοσηλευτή, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, που υπάρχει συνεργασία με άλλους φορείς δημόσια νοσοκομεία ή ιδιώτες. Αλλά και σ' αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής συνεπικουρεί των προσπαθειών.

Κατ' αρχήν παίρνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό μας λαμβάνουμε σοβαρά υπόψη τα εξής: Το κοινωνικό, μορφωτικό επίπεδο του αρρώστου, το βαθμό επίγνωσης της νόσου από τον ίδιο και την οικογένεια και το στάδιο της νόσου. Έτσι η αντιμετώπιση οργανώνεται πάντα με γνώμονα ότι κάθε καρκινοπαθής «είναι μοναδικός σαν άτομο και μοναδική η αντιμετώπισή του». Τις ψυχολογικές διακυμάνσεις που έχει ο ασθενής, από τη διάγνωση ως το τέλος, είναι γνωστό ή Kubler – Ross τις έχει σταδιοποιήσει ως εξής:

- 1) Άρνηση και απομόνωση
- 2) Οργή
- 3) Παζάρεμα
- 4) Κατάθλιψη, και
- 5) Αποδοχή

Πλαίσιο κινήσεων:

Για κάθε άρρωστο ο νοσηλευτής αποφασίζει ποιες πληροφορίες είναι αναγκαίες για τον ασθενή, ποια προβλήματα έχει ο ασθενής σε επίπεδο ασθένειας, ψυχολογικά, κοινωνικά, τι δυνατότητες επίλυσης υπάρχουν και ποιες εναλλακτικές λύσεις έχουμε. Αυτό είναι το γενικό πλαίσιο λειτουργίας.

Αρχές αντιμετώπισης:

1. Ευγένεια και φροντίδα
2. Εμπειρία και ικανότητα
3. Στοργή και καλό χιούμορ
4. ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ και ΣΕΒΑΣΜΟ στη μοναδικότητα του ατόμου

Στόχοι:

1. Να βοηθήσουμε τον ασθενή να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας, να τον ενθαρρύνουμε να δει τις διάφορες πλευρές του προβλήματος με θετικό τρόπο και να ξεπεράσει δικαιολογημένους, αδικαιολόγητους ή και αβάσιμους φόβους.
2. Να βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
3. Να βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του σώματός του και του εαυτού του.
4. Να βοηθήσουμε στην επανένταξή τους στο κοινωνικό περιβάλλον και τέλος
5. Να του βεβαιώσουμε ότι δεν θα εγκαταλειφθεί ποτέ μόνος αλλά θα είμαστε κοντά του ως το τέλος, όποιο και αν είναι αυτό.

3^ο Επίπεδο: Κοινωνικό – οικονομικές ανάγκες:

Επίπεδο για το οποίο είναι υπεύθυνη η κοινωνική λειτουργός της υπηρεσίας. Η περιποίηση και η φροντίδα του ασθενούς στα προαναφερθέντα επίπεδα βελτιώνουν καθοριστικά τη ζωή του ασθενούς και τη συνοχή της οικογένειας, που έχει υποστεί ισχυρό πλήγμα από τη νόσο.

Η κατ' οίκον νοσηλεία συμπαραστέκεται και παρέχει πληροφορίες στον ασθενή και στην οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και ενεργεί ως συνήγορος του ασθενούς. Απ' όλα όσα είπαμε, η προσφορά της νοσηλείας το σπίτι στον ογκολογικό ασθενή είναι τεράστια και επιβάλλεται πλέον κάθε ασθενής να έχει το δικαίωμα και την ευκαιρία να νοσηλευθεί σπίτι του.²⁴

17.2 Νοσηλευτικά προβλήματα στην κατ' οίκον νοσηλεία του ογκολογικού ασθενούς.

1. Προβλήματα που αφορούν τον νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής συχνά βάλλεται από πολλαπλά stress που οφείλονται σε συναισθηματική φόρτιση. Αυτή προκαλείται από:

- Τον χειρισμό καταστάσεων που σχετίζονται με θέματα ζωής και θανάτου.
- Την ματαίωση της θεραπείας, αφού συχνά οι ασθενείς δεν συνεργάζονται.
- Ηθικά διλήμματα.
- Την αγωνία που αισθάνεται ο νοσηλευτής πριν την πρώτη επίσκεψη και ίσως διαρκέσει και μετά τον θάνατο του ασθενή.
- Τα παραπάνω έχουν αποδειχθεί μετά από μελέτη (ψυχιατρικός τομέας ΜΕΤΑΞΑ, 1992) ότι προκαλούν έντονη ψυχολογική φθορά, αφού ο εργαζόμενος νοσηλευτής αντιμετωπίζει καθημερινά τον θάνατο στο πρόσωπο των συνανθρώπων του. Οι επιδράσεις τις οποίες δέχεται έχουν συχνά αντίκτυπο στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική αλλά και στην επαγγελματική του απόδοση. Το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης, είναι συχνό στον χώρο αυτό.

2. Προβλήματα που αφορούν τον ασθενή.

Τα περιστατικά της κατ' οίκον νοσηλείας είναι ασθενείς ταλαιπωρημένοι, τόσο σωματικά (πολλαπλές χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες), όσο και ψυχολογικά. Πολλοί έχουν υποστεί κάποια μορφή σοκ, αφού έχει αλλάξει το είδωλό τους (ακρωτηριασμοί, στομίες, κ.τ.λ.)

Αναμενόμενο, λοιπόν είναι ο νοσηλευτής να πρέπει να αντιμετωπίσει:

- Ένα καταγισμό ερωτήσεων σχετικά με το πρόβλημά τους.
- Αντίδραση για την συνέχιση της θεραπείας.
- Απαιτήση για «λύτρωση».
- Κακία ή θυμό.
- Ευερεθιστότητα.
- Καχυποψία.
- Κοινωνικό – οικονομικά προβλήματα.

3. Προβλήματα που αφορούν το οικογενειακό περιβάλλον.

Κάτι που θα συναντήσουμε σ' όλους τους νοσηλευτικούς τομείς, είναι το γεγονός ότι ο νοσηλευτής υπερπηδά κάθε εμπόδιο και τελικά συμφιλιώνεται με τον ασθενή,

ενώ εκεί που συναντά τα περισσότερα προβλήματα είναι το οικογενειακό του περιβάλλον. Ιδιαίτερα το συγκεκριμένο περιβάλλον έχει υποστεί ποικίλες πιέσεις, αφ' ενός λόγω της μακροπρόθεσμης νοσηλείας και αφ' ενός λόγω των απαιτήσεων του ασθενή. Σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας είναι και η ψυχολογική πίεση που προκαλεί η αγωνία για τον επικείμενο θάνατο. Κατά συνέπεια συναντάμε:

Δυσκολία στην επικοινωνία.

Επιθετικότητα.

Παρέμβαση στις ιατρικές, νοσηλευτικές οδηγίες.

Απαιτήση για περισσότερες υπηρεσίες.

- Καχυποψία, αμφισβήτηση, και άρνηση κάποιες φορές του θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας.

4. Προβλήματα στο χώρο εργασίας.

- Ως προς την εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων στο σπίτι. Συχνά στο σπίτι δεν υπάρχει τεχνική υποδομή, βοήθεια καθώς και άνεση χώρου και κινήσεων. Δεν υπάρχει ο στοιχειώδης νοσοκομειακός εξοπλισμός (π.χ. κρεβάτι νοσοκομείου, οξυγονοθεραπεία, φορητοί αναπνευστήρες, κ.λ.π.)
- Προβλήματα δυσσομίας, ειδικά σε περιστατικά με εξελκώμενες νεοπλασίες ή με στομίες. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι κατά κάποιο τρόπο συνηθισμένο σ' αυτό, ωστόσο για τον νοσηλευτή/τρια που πρέπει να παραμείνει αρκετή ώρα για να περιποιηθεί το τραύμα, αλλά και για να επικοινωνήσει με τον ασθενή, είναι μια δοκιμασία αρκετά επίπονη.
- Η γενική κατάσταση του σπιτιού. Σε πιο βαθμό δηλαδή ο ασθενής ζει σε περιβάλλον με τις στοιχειώδεις συνθήκες υγιεινής.
- Γενικότερα προβλήματα που αφορούν τις νοσηλεύτριες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως, η ασφάλεια στην οδήγηση, κυκλοφοριακά προβλήματα, στάθμευση, κίνδυνος της σωματικής ακεραιότητας κ.λ.π.

5. Προβλήματα σχετικά με το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας της Κ.Ο.Ν., καθώς και η νομοθετική κάλυψη των νοσηλευτικών πράξεων στον ελλαδικό χώρο.

Η προσφορά και το έργο της κατ' οίκον νοσηλείας επαινέθηκε, εξυμνήστηκε πολλές φορές σε επιστημονικά συνέδρια και ημερίδες. Ο θεσμός έχει ψηφιστεί δύο φορές (Ν. 2071/ΦΕΚ 123/1992- Ν.2519/ΦΕΚ 21/1997).

Στην πράξη όμως έχουμε:

- Οικονομικές απαγορεύσεις και απογοητεύσεις (π.χ. τα ασφαλιστικά ταμεία δεν δέχονται να κάνουν σύμβαση για την κάλυψη της νοσηλείας στο σπίτι.).
- Κόπωση, η οποία οφείλεται στη δυσχέρεια επικοινωνίας με τ' άλλα μέλη της υγειονομικής μονάδας (αν υπάρχουν άλλα μέλη, γιατί η έλλειψη προσωπικού αγγίζει σε κάποιο βαθμό και εμάς).
- Έλλειψη χρόνου.
- Ασάφεια στην νομική κάλυψη των νοσηλευτικών πράξεων.
- Έλλειψη επιμόρφωσης και εξειδίκευσης στον κλάδο, σε αντίθεση με πολλές χώρες της Ευρώπης.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18^ο

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο καρκίνος σαν χρόνια, συστηματική, εξελικτική νόσος καθώς και η θεραπευτική του αντιμετώπιση επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Η διατροφική υποστήριξη των ασθενών από τα αρχικά στάδια διάγνωσης και θεραπείας φαίνεται να μειώνει την νοσηρότητα και τη θνητότητα επίσης μειώνει το κόστος και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η νόσος χαρακτηρίζεται από αυξημένο μεταβολισμό λιπών, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που οδηγεί σε κατανάλωση αποθεμάτων ενέργειας του οργανισμού. Διάφορες μεταβολικές διαταραχές οδηγούν σε καχεξία με συνέπεια ηλεκτρολυτικές διαταραχές, έλλειμμα βιταμινών. Σημασία έχει ότι η κακή θρέψη των ασθενών συνεπάγεται ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο λεμφικός ιστός μειώνεται ο σπλήνας, ο θύμος αδένας και οι λεμφαδένες υποστρέφονται. Η ανοσοκαταστολή και η επιβάρυνση της θεραπείας επιδεινώνουν την εξέλιξη της νόσου. Χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία πρωτοπαθούς εστίας στο πεπτικό σύστημα οδηγούν σε μόνιμες ή παροδικές αλλαγές στην πρόσληψη και την απορρόφηση των τροφών.

Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει την λειτουργία των υγιών ιστών που περιβάλλουν την περιοχή που ακτινοβολείτε. Οι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές γεύσης και ξηροστομία και συμβάλλουν στην εκδήλωση ανορεξίας. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Τα συμπτώματα ποικίλουν και έχουν σχέση με τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες

που χρησιμοποιούνται. Τα συχνότερα προβλήματα είναι η στοματίτιδα, διαταραχή γεύσης, έμμετοι, ναυτία, διάρροια. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη εκτίμηση των ασθενών ώστε να προληφθούν οι συνέπειες από την κακή θρέψη.

Διάφοροι μέθοδοι έχουν προταθεί για τον έλεγχο της διατροφικής κατάστασης των ασθενών. Η διάγνωση είναι η συνισταμένη πολλών στοιχείων που συλλέγονται ιστορικό και το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς.

Η κακή θρέψη σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας υψηλό κόστος υπηρεσιών, μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά θνητότητα. Το διευρυμένο πεδίο της Ογκολογίας περιέλαβε και τον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης που έχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του καρκινοπαθούς. Στα πλαίσια της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά στην ανεύρεση ορεξιογόνων φαρμάκων.

Η διαιτητική υποστήριξη γίνεται με δύο τρόπους:

1. Από τον πεπτικό σωλήνα
2. Παρεντερικά

Όταν ο πεπτικός σωλήνας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σίτιση τότε είμαστε αναγκασμένοι να καταφύγουμε στην παρεντερική σίτιση.

Δύο είναι οι τύποι παρεντερικής σίτισης:

1. Από περιφερική φλέβα
2. Από κεντρική φλέβα

Τα διαλύματα πρέπει να παρασκευάζονται με αυστηρές συνθήκες ασηψίας γιατί ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μεγάλος.

Συμπερασματικά ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν τη θρέψη των ασθενών σε διαφορετικό επίπεδο κάθε φορά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός και πρέπει να είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ρόλου του και στον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών.²⁶



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ.

Σε όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλεύτες έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια πρόληψης κακοηθών νοσημάτων.²⁰ Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισής τους, καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωσή τους.¹⁷ Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στη πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν στη νόσηση και στον θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή της εκθέσεως σε αυτούς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.²⁷

19.1 Πρωτογενής πρόληψη.

Η εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης των κακοηθών νοσημάτων προϋποθέτει τη γνώση των αιτιολογικών παραγόντων. Τα μέτρα συνίστανται κυρίως στην πλήρη ή περιορισμένη αποφυγή έκθεσης στους παράγοντες αυτούς, ή ακόμη στη μείωση της ευαισθησίας σε αυτούς.²⁸

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου, τα οποία είναι:

1. Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλασμάτα βοηθάει στην πρόληψή του.
2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων, που γίνεται με τη λήψη μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς.¹⁷

19.2 Δευτερογενής πρόληψη.

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου είναι η διάγνωσή του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων. Οι μέθοδοι αυτές πρέπει να είναι φθηνές, εύχρηστες και ανώδυνες, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαζικά χωρίς ιδιαίτερους και περίπλοκους τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού.²⁹ Ο προσυμπτωματικός έλεγχος των κακοηθών νεοπλασιών μπορεί να γίνεται κάθε τριετία μέχρι το 40ό έτος και σε ετήσια βάση μετά το έτος αυτό, μέχρι το τέλος της ζωής.²⁷

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- 1) Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- 2) Γενική φυσική εξέταση
- 3) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση
- 4) Πλήρης γυναικολογική εξέταση, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου
- 5) Εξέταση μαστού
- 6) Λεπτομερής ωτολαρυγγολογική εξέταση
- 7) Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας
- 8) Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού
- 9) Αιματολογικές εξετάσεις

10) Ακτινολογικός έλεγχος(θώρακα και γαστρεντερικού σωλήνα)

11)Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.¹⁷

19.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου.

Οι νοσηλευτές για να παίξουν ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο στην πρόληψη, πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στην κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως διαιτητικές συνήθειες, έκθεση στον ήλιο, κάπνισμα και αλκοόλ, μεθόδους ανίχνευσης, όπως αυτοεξέταση μαστού και όρχεων και τεστ Παπανικολάου, καθώς και προειδοποιητικά σημεία για τα κακοήθη νεοπλασμάτα.²⁰ Είναι λοιπόν προφανές ότι ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες του καρκίνου, έτσι ώστε να καταστρώνει σχέδιο πρωτογενούς πρόληψης χρησιμοποιώντας πάντα τη νοσηλευτική διεργασία. Σκοπός του νοσηλευτή δεν είναι μόνο η νοσηλεία και αποκατάσταση του καρκινοπαθή αλλά και η πρόληψη του καρκίνου, καθώς και η αύξηση του επιπέδου υγείας στη χώρα.²⁹

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- ❖ Εκπαίδευση και διδασκαλία υγιεινών συνηθειών ζωής και υγιεινής συμπεριφοράς των ανθρώπων.³⁰
- ❖ Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα, το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.¹⁷
- ❖ Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματικής αλλαγής ή ασυμπτωματικής νόσου με τη συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.³¹
- ❖ Διαφώτιση του κοινού.¹⁷

Συνοψίζοντας λοιπόν, καθήκον του νοσηλευτή είναι η αγωγή υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, έτσι ώστε να συμβάλλει στην παρεμπόδιση εμφάνισης του καρκίνου, στην έγκαιρη διάγνωσή του και επομένως στην ταχύτερη εφαρμογή θεραπείας με μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης και ίασης.

19.4 Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών.

Η κολπική εξέταση των ωοθηκών δύο φορές το χρόνο, είναι μια αποτελεσματική μέθοδος πρώιμης διερεύνησης των ασυμπτωματικών όγκων των ωοθηκών. Οι

γυναίκες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου πρέπει να κάνουν μια φορά το χρόνο εξέταση πυέλου. Πρόσφατα σε ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών ερευνάται ένας συνδυασμός προσέγγισης, ο οποίος συνεπάγεται σειρά επιπέδων CA-125, ενδοκολπικό υπέρηχο και συνήθεις εξετάσεις πυέλου.

Σχετικά με τον καρκίνο των ωοθηκών, οι νοσηλευτές εμπλέκονται στον προσδιορισμό των γυναικών υψηλού κινδύνου, στη συμβουλευτική για την πρώιμη διερεύνηση και τον κίνδυνο περιορισμού των μέτρων, στη διεξαγωγή εξετάσεων και στην εξασφάλιση πληροφόρησης για τις γυναίκες.

Εάν η συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου πρέπει να μειωθεί, χρειάζεται οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν περισσότερο ώστε να έχουν ενεργό ρόλο στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου. Απαιτείται περισσότερη νοσηλευτική έρευνα στην διερεύνηση περισσότερο αποτελεσματικών μεθόδων για την προσέγγιση γυναικών «δύσκολων στην προσέγγιση»: τις γυναίκες υψηλού κινδύνου, τις φτωχές, τις ηλικιωμένες και τις ανήλικες γυναίκες.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20^ο

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

20.1 Α΄ Περιστατικό.

Ιστορικό ασθενούς:

Πρόκειται για εμμηνόπαυσιακή ασθενή, ηλικίας 67 ετών, η οποία εμφάνισε διόγκωση της κοιλιακής χώρας. Κατά την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε ευμεγέθης κυστικός όγκος στην αριστερή ωοθήκη. Η ασθενής υποβλήθηκε σε υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκηεκτομή. Η ιστολογική εξέταση έδειξε διηθητικό καρκίνωμα της ωοθήκης από πλακώδες επιθήλιο, καλής διαφοροποίησης, επί εδάφους ενδομητρίωσης. Μετά τη επέμβαση δεν ακολούθησε συμπληρωματική θεραπεία λόγω άρνησης της ασθενούς. Δώδεκα μήνες αργότερα, η ασθενής εμφάνισε υποτροπή του όγκου στην ελάχισσωνα πύελο. Σήμερα υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.

Μακροσκοπικά, στο χειρουργικό παρασκεύασμα της ολικής υστερεκτομής, η αριστερή ωθήκη είχε υποκατασταθεί από ευμεγέθη κυστικό όγκο, βάρους 1.427 γρ. και διαστάσεων 22,5x17x9,5εκ. Η σύστοιχη σάλπιγγα είχε μήκος 7 εκ. και διάμετρο 0,4 εκ. Στη διάνοιξη ο όγκος ήταν τρίχωρος, με οροαιματηρό περιεχόμενο και ομαλές επιφάνειες στη μεγαλύτερη του έκταση. Εστιακά μόνο, κοντά στην πρόσφυση της σάλπιγγας, στην εσωτερική πλευρά του τοιχώματος, παρατηρήθηκε λευκωπή, συμπαγής εξεργασία, διαμέτρου 3,5 εκ. Η δεξιά ωθήκη ήταν μικρή, διαμέτρου 1,5 εκ. Στο σώμα της μήτρας βρέθηκαν δυο περιγεγραμμένα λευκωπά ογκίδια, διαμέτρου 0,3 και 0,6 εκ. Ο τράχηλος δεν εμφάνιζε αξιόλογες αλλοιώσεις.

Μικροσκοπικά, η λευκωπή εξεργασία στο τοίχωμα του κυστικού όγκου της αριστερής ωθήκης, εμφάνιζε ιστολογικά χαρακτηριστικά διηθητικού καρκινώματος από κύτταρα πλακώδους τύπου, καλής διαφοροποίησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάννηση.</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός.</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος.</u>
1) Μείωση ασφάλειας, κίνδυνος λοίμωξης.	Πρόληψη λοίμωξης.	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση άρρωστης για σημεία λοίμωξης • Καλλιέργειες και ευαισθησίες πριν από την έναρξη αντιμικροβιακής θεραπείας. • Αναφορά αλλαγής σε αναπνευστική κατάσταση, συχνουρίας ή αισθήματος καύσου κατά την ούρηση, αισθήματος κακουχίας, μυαλγίας, αρθραλγίας, εξανθήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση αριθμού και τύπου λευκών αιμοσφαιρίων. • Φροντίδα όλων των σημείων που μπορεί να αποτελέσουν θύρες εισόδου μικροβίων (φλεβοκαθετήρες, στοματική κοιλότητα, τραύματα). • Απομόνωση της άρρωστης αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων <1000/ημ³. • Βοήθεια άρρωστης στην εκτέλεση σχολαστικής ατομικής υγιεινής. 	<p>Η άρρωστη δεν παρουσιάζει σημεία λοίμωξης.</p>
2) Θρεπτικό ανισοζύγιο	Διατήρηση της καλύτερης δυνατής θρεπτικής κατάστασης.	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση επεισοδίων ναυτίας/ εμετών κατά την διάρκεια και μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας. • Μέτρα για την αντιμετώπιση ανορεξίας, δυσαπορρόφησης, καχεξίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσαρμογή διαίτας μετά την χημειοθεραπεία σύμφωνα με τις προτιμήσεις και την ανοχή της άρρωστης. • Χορήγηση αντιεμετικών, κατευναστικών και κορτικοστεροειδών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. • Συχνή υγιεινή στοματικής κοιλότητας. 	<p>Η άρρωστη διατηρεί επαρκή πρόσληψη υγρών και θρεπτικών ουσιών.</p>
3) Μείωση και αλλαγής σωματικού βάρους λόγω αλωπεκίας.	Αποδοχή από την άρρωστη της παροδικής αλλαγής του σωματικού βάρους.	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την άρρωστη και την οικογένειά της για την αλωπεκία. • Διερεύνηση επίδρασης της αλωπεκίας στο αυτοειδωλό και στις διαπροσωπικές σχέσεις της άρρωστης. • Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση απώλειας μαλλιών. • Προτάσεις για αντιμετώπιση αλωπεκίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξήγηση στην άρρωστη ότι τα μαλλιά της θα ξαναμεγαλώσουν και ότι τα νέα της μαλλιά θα είναι καλύτερα σε ποιότητα. • Διδάσκει η άρρωστη ότι όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά πρέπει να γίνει αποτρίχωση και ότι μπορεί στη συνέχεια να φορέει καπέλο ή μαντήλι ή μπορεί αν θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα. 	<p>Η άρρωστη αποδέχεται τον εαυτό της όπως είναι τώρα, βιώνει μειωμένο άγχος και δείχνει κατανόηση για τους τρόπους που πρέπει να ζει με την αρρώστια της.</p>

20.2 Β΄ Περιστατικό.

Ιστορικό ασθενούς.

Γυναίκα 37 ετών, άτοκος, προσήλθε με αμηνόρροια έξι εβδομάδων και θετικό τεστ κύησης. Η ασθενής είχε ιστορικό πρωτοπαθούς υπογονιμότητας από 15ετίας, με δύο ανεπιτυχείς προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης, 18 και 12 μήνες πριν. Από το γυναικολογικό της αναμνηστικό αναφέρονταν ενδομητρίωση σταδίου 111, αφαίρεση ενδομητριώματος από την αριστερή ωοθήκη και θεραπεία με GnRH αγωνιστή για 6 μήνες. Το ιατρικό της ιστορικό ήταν ελεύθερο, εκτός από την ύπαρξη καλά ρυθμιζόμενου υποθυρεοειδισμού. Το οικογενειακό ιστορικό της ήταν αρνητικό για καρκίνο ωοθήκης, μαστού και παχέος εντέρου.

Στο πρώτο διακολπικό υπερηχογράφημα της κύησης αναδείχθηκε κυστικός σχηματισμός στην αριστερή ωοθήκη (6,1 x 3,8 εκατ.), με παχύ αλλά ομαλό τοίχωμα και ανώμαλη θηλώδη προσεκβολή στο εσωτερικό του. Σε επαναληπτικό υπερηχογράφημα μετά από 15 ημέρες, η κύστη παρέμενε. Η μορφολογία της κύστης σε συνδυασμό με την τιμή του CA 125 ορού δημιούργησε υπόνοια κακοήθειας. Το ζεύγος ενημερώθηκε για αυτή την πιθανότητα, λόγω όμως της έντονης επιθυμίας τους για απόκτηση παιδιού, επέλεξαν την παρακολούθηση της ασθενούς με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις του CA 125 και υπερηχογραφικό έλεγχο, και την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας μετά από το πρώτο τρίμηνο, όταν πλέον η επέμβαση θεωρείται ασφαλέστερη για το έμβρυο. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στις 12 εβδομάδες ανέδειξε ζων έμβρυο με φυσιολογική ανατομία, αυχενική διαφάνεια 1,3 mm και παρουσία ρινικού οστού, μειώνοντας ουσιαστικά τον κίνδυνο για σύνδρομο Down στα επίπεδα γυναίκας ηλικίας 20-22 ετών.

Κατά τη λαπαροτομία στις 14+4 εβδομάδες βρέθηκε μεγάλη (περίπου 4x6 εκατ.) κύστη στην αριστερή ωοθήκη, με ομαλή εξωτερική επιφάνεια και μακροσκοπική μορφολογία ενδομητριώματος. Έγινε αφαίρεση της κύστης, με διατήρηση του υπολοίπου ωοθηκικού ιστού (κυστεκτομή). Κατά τη διάρκεια της εκτομής της κύστης σημειώθηκε αυτόματη ρήξη του τοιχώματός της σε ένα σημείο και αναρροφήθηκε παχύρρευστο καφεοειδές υγρό. Έγινε λήψη ιστοικού δείγματος από το περιτόναιο και το επίπλουν, καθώς και πλύση –

αναρρόφηση της περιτοναϊκής κοιλότητας στην αρχή και στο τέλος της επέμβασης και το υγρό εστάλη για κυτταρολογική εξέταση.

Η ιστολογική εξέταση του τοιχώματος της κύστης έδειξε φθαρτοιδή μετατροπή του επιθηλίου και ύπαρξη διαυγοκυτταρικού καρκινώματος. Η εσωτερική προσεκβολή βρέθηκε ότι αποτελούνταν επίσης από νεοπλασματικό ιστό, με κύτταρα που διαμόρφωναν συμπαγείς εστίες διαιρούμενες από διαφραγμάτια, ή θηλώδεις, σωληνοειδείς ή μικροκυστικούς σχηματισμούς. Ο νεοπλασματικός ιστός δεν διηθούσε το τοίχωμα της κύστης, ενώ σε επαφή με αυτό βρέθηκαν πολλαπλές εστίες ωθηκικής ενδομητρίωσης με φθαρτοιδή μετατροπή. Η ιστολογική εξέταση των τεμαχίων του περιτόναιου και επιπλόου και η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού δεν ανέδειξε κακοήθεια.

Το ζεύγος ενημερώθηκε λεπτομερώς για τη διάγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές και επέλεξε να συνεχιστεί η κύηση και να αναβληθεί η οριστική θεραπεία μέχρι τον τοκετό. Παρατηρήθηκε συνεχής και σημαντική πτώση των τιμών του CA 125, από την αρχική μέτρηση των 226 U/ml, σε 22 U/ml κατά την 31^η εβδομάδα της κύησης. Ο λεπτομερής υπέρηχος στις 22 εβδομάδες κατέδειξε φυσιολογική ανατομία του εμβρύου και ο υπέρηχος στις 31 εβδομάδες κατέδειξε φυσιολογική ανάπτυξη. Η μαγνητική τομογραφία στις 18 και 28 εβδομάδες της κύησης δεν ανέδειξε στοιχεία υποτροπής της ασθένειας.

Στις 34+3 εβδομάδες, οπότε μηδενίζονται ουσιαστικά οι επιπλοκές της προωρότητας, εκτελέσθηκε προγραμματισμένη καισαρική τομή και ακολούθησε ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Γεννήθηκε θήλυ ζων, με φυσιολογικό βάρος γέννησης. Η μήτρα και τα εξαρτήματα αφαιρέθηκαν χωρίς συμβάματα και δεν βρέθηκε μακροσκοπικό στοιχείο υποτροπής. Έγινε επιπλεκτομή και λήφθηκαν περιτοναϊκά δείγματα για ιστολογική εξέταση. Πριν από την καισαρική τομή και στο τέλος της επέμβασης έγινε έκπλυση – αναρρόφηση της περιτοναϊκής κοιλότητας και το υγρό εστάλη για κυτταρολογική εξέταση. Δεν σημειώθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η ιστολογική εξέταση της μήτρας, των εξαρτημάτων, του επιπλόου, του πλακούντα, του ομφαλίου λώρου και των περιτοναϊκών δειγμάτων απέβη αρνητική για κακοήθεια. Στην κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού δεν ανευρέθησαν νεοπλασματικά κύτταρα. Τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό, η

ασθενής είναι σε καλή κατάσταση, το βρέφος αναπτύσσεται φυσιολογικά και δεν έχει γίνει περαιτέρω θεραπεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>Ανάγκες</u> <u>Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική</u> <u>διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός</u> <u>σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος.</u>
<p>1) Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος.</p>	<p>Διατήρηση της άρρωστης στην καλύτερη δυνατή ψυχολογική κατάσταση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της άρρωστης. • Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης της άρρωστης. • Σχεδιασμός φροντίδας της άρρωστης, τέτοια ώστε να μπορεί να συμμετέχει και η ίδια. • Σχεδιασμός για συμμετοχή της άρρωστης σε κοινωνικές εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την άρρωστη μέσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της. • Βοήθεια της άρρωστης να επισημάνει τις θετικές της πλευρές και τις δυνατότητές της. • Πρόταση στην άρρωστη να εισχωρήσει σε υποστηρικτική ομάδα. 	<p>Η άρρωστη δεν δείχνει βελτιωμένη ψυχολογική προοπτική, εκφράζεται θετικά και φαίνεται να απολαμβάνει επισκέψεις από συγγενείς και φίλους.</p>
<p>2) Μείωση άνεσης, πόνος και δυσχέρεια.</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο και την δυσχέρεια.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση χαρακτηριστικών του πόνου και της δυσχέρειας: εντόπιση, ποιότητα, συχνότητα, διάρκεια. • Εκτίμηση παραγόντων που αυξάνουν το αίσθημα του πόνου. • Διδασκαλία της άρρωστης νέων στρατηγικών για ανακούφιση του πόνου (περισπασμό, χαλάρωση). • Εκτίμηση συμπεριφορικών αποκρίσεων στον πόνο και στην εμπειρία του πόνου της άρρωστης που παρέχει επιπρόσθετες πληροφορίες για τον πόνο της άρρωστης. • Εκτίμηση της απόκρισης της άρρωστης στην νοζική παρέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών, μυοχαλαρωτικών, αντισπασμωδικών, ναρκωτικών) για προαγωγή άριστης ανακούφισης από τον πόνο μέσα στα πλαίσια της ιατρικής οδηγίας. • Συνεργασία με την άρρωστη, τον γιατρό και τα άλλα μέλη της ομάδας υγείας, όταν είναι απαραίτητες αλλαγές στην αγωγή του πόνου. • Ενθάρρυνση στρατηγικών ανακούφισης του πόνου τις οποίες η άρρωστη έχει διδαχθεί. • Ενθάρρυνση της άρρωστης να εκφράζει τον πόνο και τη δυσχέρεια που συνοδεύουν τις επαναλαμβανόμενες επώδυνες θεραπείες. 	<p>Η άρρωστη αισθάνεται ανακούφιση από τον πόνο, βιώνει λιγότερη ή καθόλου δυσχέρεια και χρησιμοποιεί αποτελεσματικά στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έχει διαπιστωθεί ότι η διάγνωση και η θεραπεία των ωθηκικών όγκων αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της εποχής μας. Παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται, μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί στην ανάπτυξη νέων μεθόδων που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη αντιμετώπιση των παθήσεων των ωθηκών στα πρώιμα στάδια. Επίσης έχει αναγνωρισθεί γενικά ότι παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων για τους κακοήθεις όγκους δεν έχει αυξηθεί σημαντικά η επιβίωση των ασθενών, που πάσχουν από αυτούς και ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια λόγω της δύσκολης ανίχνευσής τους.

Εάν η συχνότητα του καρκίνου των ωθηκών τείνει να μειωθεί, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εκπαιδευτεί ώστε να είναι ενεργά μέλη στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και επομένως στην ταχύτερη εφαρμογή θεραπείας με μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης και ίασης.

Η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα σε όλο τον κύκλο ζωής, αποτελούν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές εφόσον το θέμα του καρκίνου καλύπτει το φάσμα αυτό. Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκινοπαθούς είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Καλονερόπουλος Αχ.** Γυναικολογία Α Έκδοση, Εκδόσεις "UNIVERSITY STUDIO PRESS", Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 3-18, 315-322, 337-348, 370-409.
- 2. Παπαδόπουλος Ν.** Εμβρυολογία – ιστολογία ωοθήκης, Αρχαία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 10^{ος}, Τεύχος 2^ο, Μάιος – Αύγουστος 1996, σελ. 96-99.
- 3. Τοκμακίδης Π.** Μαιευτική και Γυναικολογία, Εκδόσεις "ΑΦΟΙ Κυριακίδη Α. Ε.", Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 21-23, 242-245.
- 4. Αραβαντίνου Διονυσίου Ι.** Φυσιολογία της Κύησης, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1982.
- 5. Αραβαντίνου Διονυσίου Ι.** Παθολογία της Γυναίκας, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1985.
- 6. Κατσούλης Μ.** Προγνωστικοί μορφομετρικοί παράγοντες στα προχωρημένα καρκινώματα των ωοθηκών, Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο 1995, σελ. 3-4, 9-20,42.
- 7. Hoskins W., Perez C., Young R.** Principles and practice of Gyneologic Oncology, Third Edition, "Williams an Williams", 1999, p.3-8.
- 8. <http://www.medlook.net>**
- 9. <http://www.care.gr>**
- 10. http://www.ivf.gr/documents/Genetiki_prodiathesi.doc**
- 11. <http://www.womanshealth.gr>**
- 12. Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν.** Γυναικολογία Γ' Έκδοση, Εκδόσεις "ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ", Αθήνα 1994, σελ. 224-225, 234-241, 242-245, 271-282.
- 13. Παπαλουκάς Αχ.** Γυναικολογική Ογκολογία, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 208.
- 14. Πάνου Μ., Σαχίνη – Καρδάση Αν.** Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική 2^{ος} Τόμος, Β' Έκδοση, εκδόσεις 'ΒΗΤΑ', Αθηνά 1997, σελ 428-440,454-464.

- 15. Engram Β.** Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική, Επιμέλεια: Καραχάλιος Γ., Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ", Αθήνα 1997, σελ.612-615
- 16. Σουγλέρη Μ.** Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία, Νοσηλευτικό management στην ανακουφιστική φροντίδα, Σεμινάριο νοσηλευτικής ογκολογίας, <http://www.oncology.gr/1/praktikaagsoyglerinn.htm>.
- 17. Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Μαλγαρινού Μ.Α.** Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1997, σελ 12-20, 22-26, 31-37.
- 18. Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντάκου Ε.** Χημειοθεραπεία, Β' Έκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1989, σελ 12-20, 22-26, 31-37.
- 19. Ταραμπίκου Ι.** Προετοιμασία κυτταροστατικών φαρμάκων προς έγχυση και μέτρα προφύλαξης του νοσηλευτικού προσωπικού, Σεμινάριο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, <http://www.oncology.gr/1/praktikaagtarabik.htm>.
- 20. Πάνου Μ., Σαχίνη – Καρδάση Αν.** Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, 1^{ος} Τόμος, Β' Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1997, σελ 177-178, 185-186, 190-192.
- 21. Παπαδόπουλο Λ.Σ., Πιστευτού – Γουμπάκη Κ.Π., Πλατανιώτης Γ.Α.** Μαθήματα Ακτινοθεραπείας, Α' Έκδοση, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1998, σελ 63-69.
- 22. Ρασιά Α.** Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Γ' Έκδοση, Αθήνα 2001, σελ 169 – 175.
- 23. Σύρακα Μ.** Η κατ' οίκον νοσηλεία στον ογκολογικό ασθενή, Σεμινάριο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, <http://www.oncology.gr/1/praktikaagsiraka.htm>
- 24. Μαραπίδου Σ.** Η προσφορά της Υ.Κ.Ο.Ν. στον ογκολογικό ασθενή, http://www.esdne.gr/pdf/12a-home_health_care2.pdf
- 25. Γαβαλά Θ.** Ογκολογικός ασθενής και προβλήματα στην κατ' οίκον νοσηλεία του http://www.esdne.gr/pdf/12b_patient_neoplasm2.pdf
- 26. <http://www.health.in.gr>**

- 27. Τριχόπουλος Δ., Τριχοπούλου Α.,** Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή, Επιστημονικές Εκδόσεις "ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ", Αθήνα 1986, σελ 61-65].
- 28. Καραϊωσηφίδη Ε., Διάτη – Αυέση Γ.,** Όγκοι επιφανειακού επιθηλίου – στρώματος ωθηκών , Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 10^{ος} , Τεύχος 2^ο , Μάιος-Αύγουστος 1996, σελ 130-136.
- 29. Καλονιάνη Α.,** Αγωγή Υγείας και Πρόληψη Κακοθών Νοσημάτων, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Αθήνα 1998, σελ. 54-57.
- 30. Λανάρα Β.Α.,** Νοσηλευτική στην ογκολογία, Πρακτικά Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας, Αθήνα 1989, σελ.239-243.
- 31. Λανάρα Β.Α.,** Εκπαιδευτικά Προγράμματα Νοσηλευτικής Ογκολογίας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, Νοσηλευτική, Τριμηνιαία Έκδοση του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος, Τόμος 33, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1994, σελ. 29-30.
- 32. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,** Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Αθήνα 1999, σελ. 342-343.

