

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Η

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΩΟΘΗΚΩΝ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΣΚΑΡΑΜΑΓΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2006



Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κυρία Γάκη Ελένη η οποία με βοήθησε και με καθοδήγησε για τη σωστή πορεία και ολοκλήρωση της εργασίας μου. Καθώς επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη γραμματέα του Ελληνικού Αντικαρκινικού Συλλόγου Πατρών και τη γυναικολόγο την κυρία Μαυρομάτη για τις πληροφορίες που μου παρείχαν για την πραγματοποίηση της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>Πρόλογος</u>	6
<u>Εισαγωγή</u>	7
<u>Πρώτο Μέρος</u>	8
<u>Κεφάλαιο 1^ο</u>	
- 1.1 Ανατομία ωοθηκών	9
- 1.2 Φυσιολογία ωοθηκών	12
<u>Κεφάλαιο 2^ο</u>	
- 2.1 Επιδημιολογία καρκίνου ωοθηκών.....	16
- 2.2 Αιτιοπαθογένεια	18
<u>Κεφάλαιο 3^ο</u>	
- 3.1 Κατάταξη των κακοήθων ωοθηκικών όγκων.....	21
- 3.2 Περιγραφή των κακοήθων ωοθηκικών όγκων	22
- 3.2.1 Επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών	22
- 3.2.2 Όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.....	28
- 3.2.3 Όγκοι της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων.....	33
- 3.2.4 Μεταστατικοί όγκοι (δευτεροπαθείς).....	35
<u>Κεφάλαιο 4^ο</u>	
- 4.1 Σταδιοποίηση καρκίνου ωοθηκών.....	37
- 4.2 Μεταστάσεις του καρκίνου των ωοθηκών	39
- 4.3 Συμπτωματολογία και παράγοντες κινδύνου	41
- 4.3.1 Συμπτώματα του καρκίνου των ωοθηκών	41
- 4.3.2 Παράγοντες κινδύνου	43
- 4.4 Αντικειμενικά ευρήματα.....	44
<u>Κεφάλαιο 5^ο</u>	
- 5.1 Διαγνωστική προσπέλαση του ωοθηκικού καρκίνου.....	45
- 5.1.1 Κλινική διάγνωση.....	45
- 5.1.2 Διαγνωστική έρευνα, εργαστηριακή και παρακλινική.....	46
- 5.2 Διαφορική διάγνωση	48
- 5.3 Ελπίδες για έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών.....	49

Κεφάλαιο 6^ο

- 6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών	50
- 6.1.1 Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	51
- 6.1.1.1 Διάγνωση και αρχική σταδιοποίηση.....	51
- 6.1.1.2 Αρχική κυτταρομειωτική χειρουργική	52
- 6.1.1.3 Ενδιάμεση κυτταρομειωτική χειρουργική.....	54
- 6.1.1.4 Χειρουργική επανασταδιοποίηση επιλεγμένων ασθενών	55
- 6.1.1.5 Κυτταρομειωτική χειρουργική για υποτροπιάζουσα ή προοδευτική νόσο	57
- 6.1.1.6 Παρηγορητικές επεμβάσεις σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο	57
- 6.1.1.7 Η επίδραση της εγχειρητικής θεραπείας στη γονιμότητα	58
- 6.1.2 Χημειοθεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου	58
- 6.1.2.1 Χημειοθεραπεία αρχόμενων σταδίων καρκίνου των ωοθηκών.	59
- 6.1.2.2 Χημειοθεραπεία προχωρημένων σταδίων καρκίνου των ωοθηκών.....	59
- 6.1.2.3 Παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	63
- 6.1.2.4 Η επίδραση της χημειοθεραπείας στη γονιμότητα	63
- 6.1.3 Αντινεοπλασματική φαρμακοθεραπεία στον καρκίνο ωοθηκών	65
- 6.1.4 Ακτινοθεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου	67
- 6.1.4.1 Η ολοκοιλιακή ακτινοθεραπεία (εξωτερική).....	67
- 6.1.4.2 Ενδοπεριτοναϊκά ραδιοϊσότοπα (εσωτερική ακτινοθεραπεία)	68
- 6.1.4.3 Ανακουφιστική αγωγή.....	70
- 6.1.4.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας	70
- 6.2 Η κατά στάδια θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	72
- 6.3 Η κατά ιστολογικό τύπο θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	73
- 6.3.1 Θεραπεία του κοινού επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών.	73
- 6.3.2 Θεραπεία των στρωματικών όγκων.....	74
- 6.3.3 Θεραπεία όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.	74
- 6.4 Πρόγνωση.....	75

Κεφάλαιο 7^ο

Συνύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών με εγκυμοσύνη.....	78
---	----

Δεύτερο Μέρος	80
----------------------------	----

Κεφάλαιο 8^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου

των ωοθηκών	81
- 8.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	81
- 8.1.1 Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	81
- 8.1.2 Ειδική προεγχειρητική ετοιμασία – ημέρα επέμβασης	83
- 8.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	84
- 8.2.1 Η άρρωστη στην αίθουσα ανάνηψης.....	85
- 8.2.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την επιστροφή της άρρωστης στο νοσηλευτικό τμήμα	86
- 8.2.3 Μετεγχειρητικά προβλήματα – νοσηλευτική φροντίδα	87

Κεφάλαιο 9^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών	92
- 9.1 Τρόποι χορήγησης χημειοθεραπείας.	93
- 9.1.1 Ενδοφλέβια χορήγηση χημειοθεραπευτικών.....	93
- 9.1.2 Στοματική χορήγηση χημειοθεραπευτικών	95
- 9.1.3 Ενδομυϊκή/υποδόρια χορήγηση χημειοθεραπευτικών	95
- 9.1.4 Ενσταλάξεις σε σωματικές κοιλότητες.....	96
- 9.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	97
- 9.3 Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο μετά τη χημειοθεραπεία	102

Κεφάλαιο 10^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία του καρκίνου ωοθηκών.....	104
- 10.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατά την εξωτερική ακτινοθεραπεία.....	104
- 10.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατά την εσωτερική ακτινοθεραπεία	106
- 10.3 Αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας	108
- 10.4 Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο μετά την ακτινοθεραπεία	109

Κεφάλαιο 11^ο

Πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών	111
- 11.1 Επίπεδα πρόληψης.....	111
- 11.1.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	111
- 11.1.2 Δευτερογενής πρόληψη	112
- 11.2 Ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη.....	112
- 11.2.1 Ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη στο νοσοκομείο	113
- 11.2.2 Ρόλος κοινοτικής νοσηλεύτριας	113

- 11.2.3 Ρόλος της νοσηλεύτριας εργασίας.....114
- 11.3 Συμβουλές διατροφής για την πρόληψη του καρκίνου114

Κεφάλαιο 12^ο

- Ψυχολογική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών115
- 12.1 Ψυχολογικά στάδια.....115
 - 12.1.1 Στάδιο της άρνησης.....115
 - 12.1.2 Στάδιο του θυμού.....116
 - 12.1.3 Στάδιο της διαπραγμάτευσης.....117
 - 12.1.4 Στάδιο της κατάθλιψης.....117
 - 12.1.5 Στάδιο της αποδοχής.....118
- 12.2 Επιπτώσεις ψυχολογικών καταστάσεων118
 - 12.2.1 Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας119
 - 12.2.2 Ο φόβος της εξάρτησης.....119
 - 12.2.3 Ο φόβος του πόνου.....119
 - 12.2.4 Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς119
 - 12.2.5 Ο φόβος του αποχωρισμού.....119
 - 12.2.6 Ο φόβος για το θάνατο120
 - 12.2.7 Ο φόβος για το σώμα.....120
 - 12.2.8 Ο φόβος της στέρωσης.....120
- 12.3 Οι επιπτώσεις και ο στόχος του προσωπικού υγείας.....120
- 12.4 Η αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων.....121
 - 12.4.1 Η αντιμετώπιση του θυμού.....121
 - 12.4.2 Συμφιλίωση με το φόβο.....122
 - 12.4.3 Αντιμετώπιση του φόβου των άλλων.....122
 - 12.4.4 Αλλαγές στη μορφή του σώματος.....123
 - 12.4.5 Αποφυγή της απομόνωσης.....123
- 12.5 Κέντρα αποκατάστασης.....124
- 12.6 Προτάσεις αποκατάστασης ψυχικής υγείας126

Κεφάλαιο 13^ο

- Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα**129

- Επίλογος**.....137

- Βιβλιογραφία**.....138

- Παράρτημα**142

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, παρά την καθημερινή παρατηρούμενη εντυπωσιακή πρόοδο της τεχνολογικής υποστήριξης, διαπιστώνεται τελικά ότι οι σύγχρονες δυνατότητες θεραπείας αλλά και διάγνωσης των διαφόρων παθήσεων δεν έχουν προαχθεί ανάλογα και απέχουν πολύ από το να είναι ικανοποιητικές. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται ακόμη περισσότερο αν αναφερθεί κανείς στον τομέα της ογκολογίας. Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Είναι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων, χαρακτηριζόμενες πρωτίστως από απεριόριστη, μη φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων. Συγκεκριμένα, ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ένας απ' τους σημαντικότερους καρκίνους των γυναικείων γεννητικών οργάνων και εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες 45-64 ετών, λευκής φυλής. Η συχνότητα θανάτου από τον καρκίνο των ωοθηκών υπερβαίνει τη συχνότητα που παρουσιάζουν από κοινού όλες οι άλλες κακοήθειες των γυναικών επειδή η νόσος δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα και η διάγνωση γίνεται όταν ο καρκίνος είναι ήδη προχωρημένος.^{1,2}

Το γεγονός μιας προσωπικής μου περιπέτειας με επηρέασε και με παρακίνησε ώστε να ασχοληθώ και να πραγματοποιήσω την εργασία αυτή, δίνοντας σ' όλες τις γυναίκες κάθε ηλικίας μια όσο το δυνατόν σωστότερη πληροφόρηση, διαφώτιση και πιο ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου και της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος εμφανίζεται σε μια ωοθήκη όταν αναπτύσσεται εκεί μη φυσιολογικός ιστός που δημιουργεί κακοήθη όγκο. Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση μεταξύ όλων των γυναικολογικών καρκίνων και την κύρια αιτία θανάτου ανάμεσα σε όλες τις γυναικολογικές νεοπλασίες. Είναι η έβδομη συχνότερη κακοήθεια και είναι υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους από γυναικολογικό καρκίνο, στην Ευρώπη και Β. Αμερική. Υπολογίζεται ότι μια στις 70 γυναίκες (1,4%) θα προσβληθούν από τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ μια στις 100 θα πεθάνει από τη νόσο. Η επίπτωση της νόσου ποικίλλει, αλλά είναι μεγαλύτερη στις δυτικές βιομηχανοποιημένες κοινωνίες (Β. Αμερική, Βόρεια και Δυτική Ευρώπη), με εξαίρεση την Ιαπωνία. και αυξάνεται με την ηλικία, κατ' αρχήν αργά έως τα 40 χρόνια, και έπειτα ταχέως και κορυφώνεται γύρω στα 70, ενώ η διάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 59-63 χρόνια^{3,1,4}.

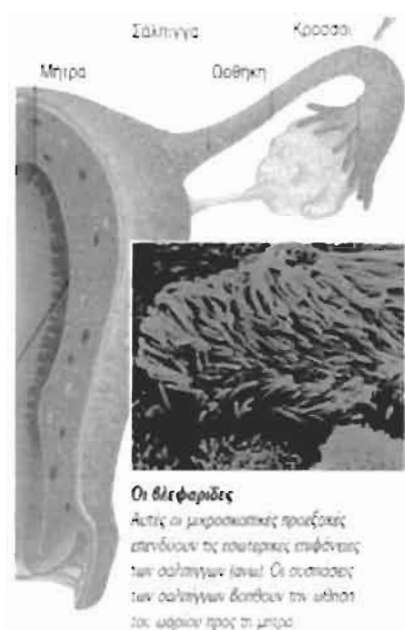
Από τις διάφορες νεοπλασίες των ωοθηκών ο επιθηλιακός καρκίνος αποτελεί την πλέον συχνή ωοθηκική νεοπλασία και ένα από τα τραγικότερα χαρακτηριστικά της νόσου είναι το γεγονός ότι στα 2/3 των περιπτώσεων οι ασθενείς προσέρχονται στο γιατρό σε προχωρημένα στάδια λόγω της συμπτωματολογίας των μεταστάσεων, ενώ σε πρώιμα στάδια η νόσος είναι συνήθως τελείως ασυμπτωματική. Γι' αυτό το λόγο η πρόληψη είναι σημαντική, ιδίως η πρωτογενής πρόληψη, γιατί είναι προφανώς η ζητούμενη ιδανική λύση στην προσπάθεια για αγωγή και βελτίωση της δημόσιας υγείας. Ιδιαίτερα για το γυναικείο πληθυσμό, και μάλιστα για τις νέες σε ηλικία γυναίκες, η σημασία των γεννητικών οργάνων, που σχετίζονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, γονιμότητα και αναπαραγωγή, καθιστά προφανή την ανάγκη για ενδελεχή γνώση της αιτιολογίας και παθογένεσης των κακοήθων νόσων των οργάνων αυτών, με στόχο πάντα την πρωτογενή ή δευτερογενή τους πρόληψη.^{1,5}

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται τα είδη των κακοήθων νεοπλασμάτων των ωοθηκών και τα συμπτώματά τους, καθώς επίσης και η διαγνωστική τους προσπέλαση και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η νοσηλευτική παρέμβαση του καρκίνου των ωοθηκών και η ψυχολογική αποκατάσταση της ασθενούς.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

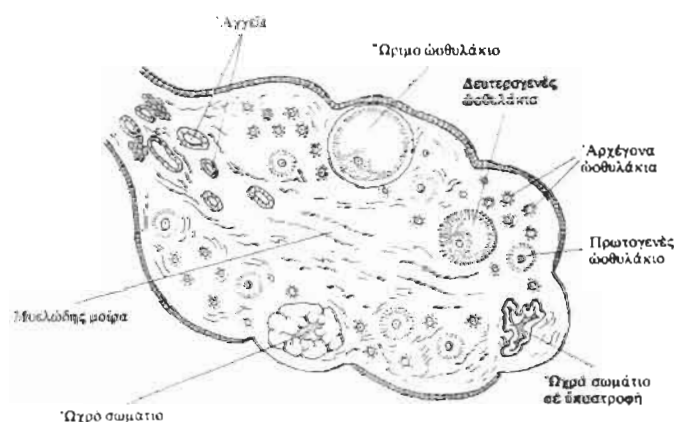
1.1 Ανατομία ωοθηκών



Περιγραφή: Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα. Είναι δύο τον αριθμό, ανά μία στην κάθε πλευρά, όπως οι σάλπιγγες, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος ενός αμυγδάλου. Οι διαστάσεις τους στη γενετήσια ηλικία της γυναίκας είναι περίπου 4*2*1cm. και το βάρος της καθεμίας κυμαίνεται από 7 έως 14gr. Βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου της μήτρας, κάτω από τους ωαγωγούς και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που

λέγονται ωοθηκικοί βόθροι.⁵

Οι παιδικές ωοθήκες είναι λείες, ενώ η επιφάνεια των ωοθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ηβώδης και ανώμαλη επειδή επηρεάζεται από την ωρίμαση των ωοθηλακίων, ωσότου αυτά σπάσουν, σχηματίσουν ωχρο σώματιο και ύστερα μικροσκοπική ουλή. Έτσι, η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.⁵



Τομή ωοθήκης στη γεννητική ηλικία

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

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

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

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

Τα οπίσθια χείλη των ωοθηκών είναι ελεύθερα και στρέφονται προς τους ουρητήρες.⁵

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 σωμάτια, όμοια με τα λυσοσώματα. Αυτά κάνουν το τοίχωμα του ώριμου ωοθυλακίου εύθραυστο τη στιγμή της ωοθυλλακιορρηξίας.

Φλοιώδης 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 της ωοθήκης αποτελεί το σπουδαιότερο τμήμα της ωοθήκης, γιατί μέσα σ' αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό, που λέγεται στρώμα, υπάρχουν, σε διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους, τα ωοθυλάκια, που στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000. Επίσης, υπάρχουν ωχρά σωμάτια σε διάφορα στάδια ωρίμανσής τους.

Από τα ωοθυλάκια, όπως παρακάτω θα αναφέρουμε, παράγονται ορμόνες, που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. επίδραση και μεταβάλλεται στη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου.

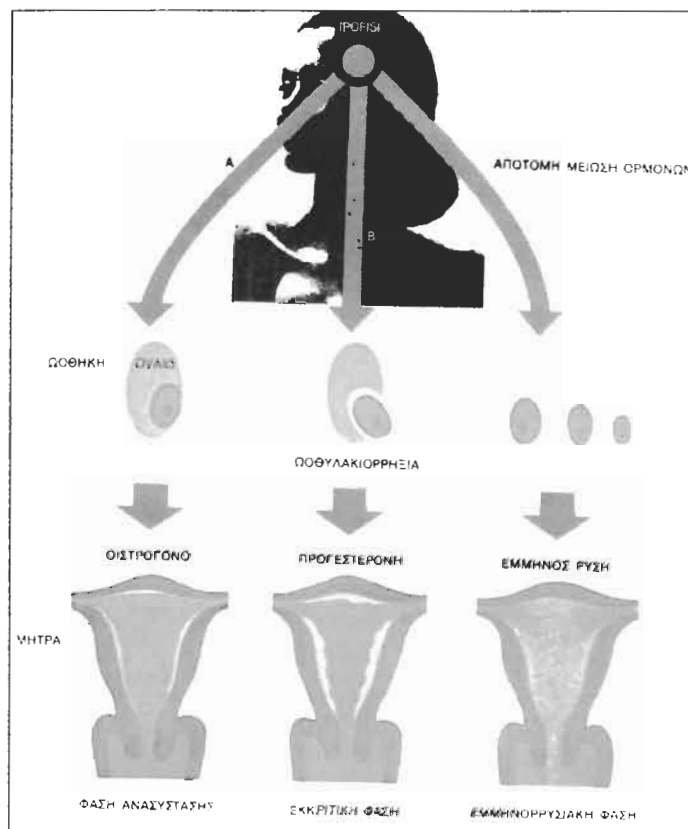
Μυελώδης ουσία. Αυτή βρίσκεται στο κέντρο των ωοθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και εμβρυικά υπολείμματα.

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. Αλλά και το στρώμα της φλοιώδους ουσίας βρίσκεται κάτω από την ίδια ορμόνες.⁵



1. Φλοιός της ωοθήκης. Από έξω προς τα μέσα διακρίνονται το βλαστικό επιθήλιο, ο ινώδης χιτώνας και μέρος του στρώματος. Χρώση A + H, Μεγ. x 500.

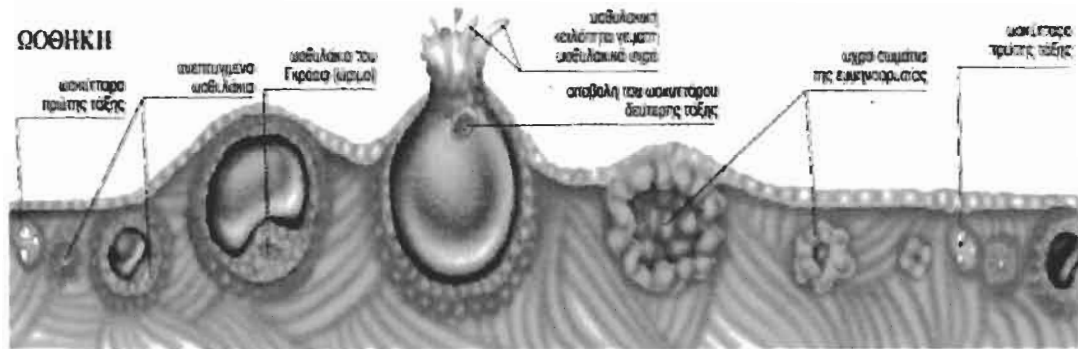
1.2 Φυσιολογία ωοθηκών



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

Ωογένεση: Η καταβολή των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας γίνεται στην εμβρυϊκή ζωή. Στους πρώτους μήνες της οι αρχέγονοι θηλυκοί γαμέτες λέγονται ωογόνια. Αυτά, με συνεχείς μιτωτικές διαιρέσεις, αυξάνονται σε αριθμό. Όταν ένα ωογόνιο εισέρχεται στην πρώτη του μιτωτική διαίρεση λέγεται ωάριο ή ωοκύτταρο. Το ωάριο εμφανίζεται την 8^η περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής. Όταν ωριμάζει το ωοθυλάκιο, ο πυρήνας του άωρου ωαρίου, που περικλείεται σ' αυτό, συμπληρώνει τη μιτωτική διαίρεση, που αρχίζει στην ενδομήτρια ζωή. Έτσι, σχηματίζονται δύο

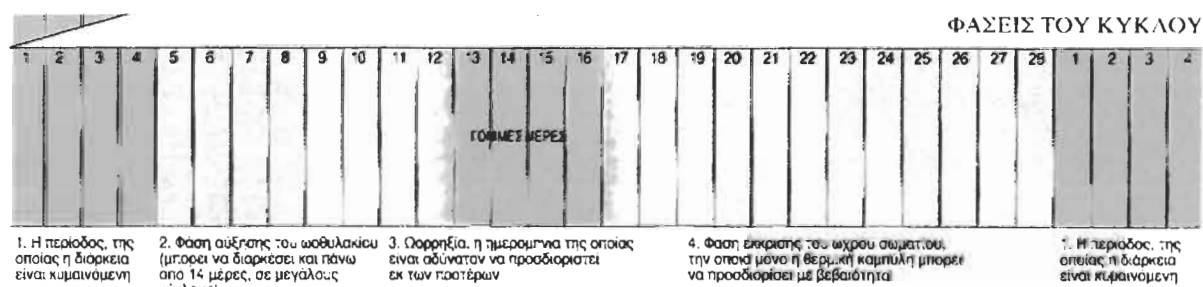
άνισα θυγατρικά κύτταρα, που περιέχουν απλοειδή, δηλαδή μισό αριθμό χρωμοσωμάτων. Το μεγαλύτερο από αυτά λέγεται ωοκύτταρο δεύτερης τάξης και το μικρότερο πρώτο πολικό σωματίο. Το ωοκύτταρο δεύτερης τάξης ξαναδιαίρεείται με δεύτερη μιτωτική διαίρεση και σχηματίζεται ένα μεγαλύτερο ώριμο ωάριο. Το ώριμο ωάριο έχει μέγεθος 150μ. Η συμπλήρωση της δεύτερης διαίρεσης του ωαρίου γίνεται μέσα στη σάλπιγγα στις πρώτες 24 ώρες από την ωοθυλακιορρηξία και όταν αυτό ανταμώσει το σπερματοζώαριο.⁵

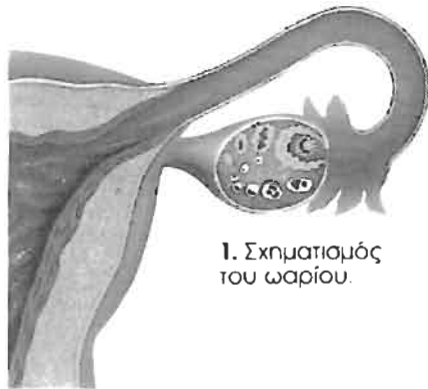


Ωοθηκικές ορμόνες: Οι ωοθήκες παράγουν:

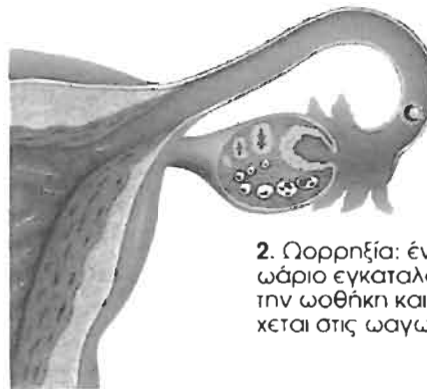
- α) Οιστρογόνες ορμόνες, από το ωοθυλάκιο, που ωριμάζει.
- β) Προγεστερόνη, που η έκκρισή της αρχίζει λίγο πριν την ωοθυλακιορρηξία από κύτταρα του ωοθυλακίου που ωχρινοποιούνται.
- γ) Ανδρογόνες ορμόνες, από τη μυελώδη ουσία.
- δ) Κυβερνίνες, που είναι πεπτικές ουσίες, που δρουν πάνω στις ίδιες τις ωοθήκες.
- ε) Ριλαξίνη, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.⁵

Ωοθηκικός κύκλος: Κατά τη διάρκεια του γόνιμου μέρους της ζωής μιας γυναίκας, οι ωοθήκες ωριμάζουν τα ωάρια κατά περιόδους. Περίπου την πέμπτη ημέρα του μέσου 28ήμερου έμμηνου κύκλου, 20 περίπου ωάρια αρχίζουν να ωριμάζουν στην ωοθήκη μέσα σε σάκους γεμάτους υγρό που λέγονται *ωοθυλάκια*. Κατά την ημέρα 14, ένα ωοθυλάκιο έχει ξεπεράσει τα άλλα σε αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια συρρικνώνονται, πεθαίνουν και απορροφώνται, ενώ το ωοθυλάκιο που έχει διαρραγεί αναπτύσσεται σε *ωχρό σωματίο*. Κατά το δεύτερο μισό του κύκλου, το ωχρό σωματίο παράγει *προγεστερόνη* που κάνει το *ενδομήτριο* (βλεννογόνο της μήτρας) να παχύνει και να μαλακώσει, προετοιμάζοντάς το να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, το ωάριο πεθαίνει και αποσυντίθεται και το ωχρό σωματίο συρρικνούται. Η προκαλούμενη μείωση της προγεστερόνης προκαλεί την απόσπαση του ενδομητρίου κατά την *εμμηνόρροια*. Συνήθως απελευθερώνεται ένα ωάριο κάθε φορά, αν και κάποιες γυναίκες έχουν την τάση να απελευθερώνουν αρκετά ωάρια, οδηγώντας σε πολλαπλούς τοκετούς καμιά φορά δεν απελευθερώνεται καθόλου ωάριο. Οι δύο ωοθήκες παράγουν ωάρια με τυχαία σειρά, αλλά σε σύνολο πολλών κύκλων η καθεμία τους παράγει ίσο αριθμό ωαρίων με την άλλη.⁶





1. Σχηματισμός του ωαρίου.

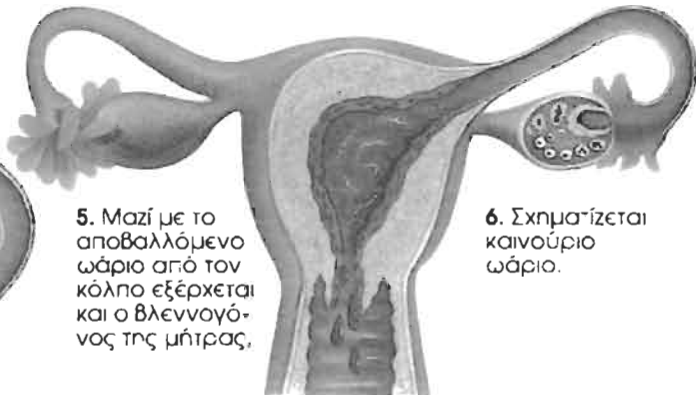


2. Ωορρηξία: ένα ωάριο εγκαταλείπει την ωοθήκη και εισέρχεται στις ωαγωγούς.

3. Το ωάριο διατρέχει την ωαγωγό



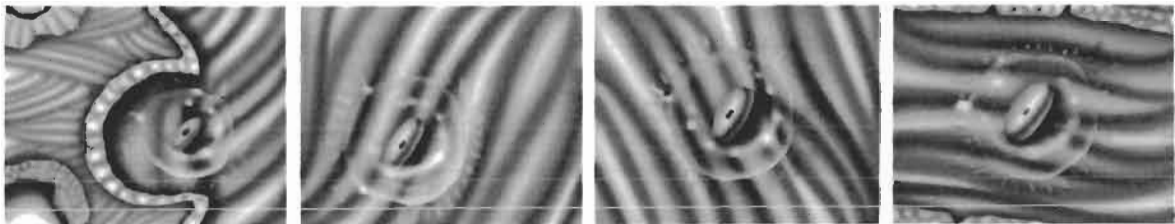
4. Ο βλεννογόνος της μήτρας καθίσταται περισσότερο απογνώδης.



5. Μαζί με το αποβαλλόμενο ωάριο από τον κόλπο εξέρχεται και ο βλεννογόνος της μήτρας.

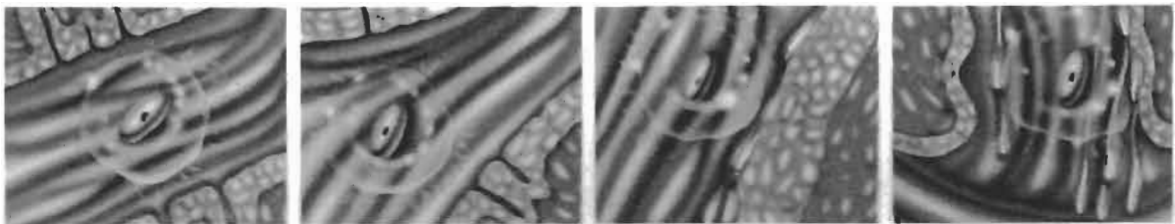
6. Σχηματίζεται καινούριο ωάριο.

ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΩΟΚΥΤΤΑΡΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ



ρήξη του ωοθυλακίου και αποβολή του ωοκυττάρου

διαδρομή που διανύει το ωοκύτταρο μέχρι τη ρήξη μέσω της ωοθηκικής αγγειογενετικής



απόκτηση του ωοκυττάρου στην κοιλότητα του θυλακίου

απομάκρυνση του ωοκυττάρου από την κοιλότητα του θυλακίου

απόκτηση του ωοκυττάρου από τη μήτρα από τη βλεννογονική κοιλότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Επιδημιολογία καρκίνου ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ειδικά στις μεσήλικες γυναίκες. Οι ωοθήκες αποτελούν το έβδομο κατά σειρά συχνότερο σημείο εντόπισης καρκίνου στις γυναίκες μετά το μαστό, τον τράχηλο, το παχύ έντερο, το στομάχι, το σώμα μήτρας και τον πνεύμονα.⁷

Το μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου των ωοθηκών αποτελούν οι επιθηλιακοί καρκίνοι, ενώ τα νεοπλάσματα από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα καθώς και του στρώματος και της γεννητικής ταινίας είναι σπάνια. Παρόλο που η πλειοψηφία των καρκίνων της ωοθήκης είναι ευαίσθητη στις αντικαρκινικές θεραπείες, ο καρκίνος αυτός έχει τη μεγαλύτερη θνητότητα μεταξύ των γυναικολογικών καρκίνων, γεγονός το οποίο αποδίδεται στο ότι η διάγνωση γίνεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της νόσου.²

Στην Ελλάδα υπάρχει το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας) που λειτουργεί με σύστημα παθητικής συλλογής στοιχείων: αρχειοθετεί τα στοιχεία που του αποστέλλονται από τα παθολογοανατομικά εργαστήρια των νοσοκομείων. Επίσης υπάρχει το Πρόγραμμα Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης (λειτουργεί στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης) ως περιφερειακό πληθυσμιακό σύστημα καταγραφής. Άρχισε το 1992 και υλοποιήθηκε αρχικά με μερική χρηματοδότηση από το πρόγραμμα "Ευρώπη κατά του Καρκίνου" της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αργότερα από άλλα ερευνητικά προγράμματα του Πανεπιστημίου. Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιεί την περιπατητική μέθοδο και διεξάγει ετήσιες καταγραφές.²

Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών παρατηρούνται στις λεγόμενες αναπτυγμένες χώρες με αξιοσημείωτη εξαίρεση την Ιαπωνία, στην οποία τα ποσοστά θανάτων από ωοθηκικό καρκίνο συγκοιτάγονται μεταξύ των χαμηλότερων σε παγκόσμια κλίμακα. Στις Η.Π.Α. το 1993 διαγνώστηκαν 22.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με ωοθηκικό καρκίνο και 13.300 γυναίκες πέθαναν εξαιτίας της νόσου. Σε γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών στην οικογένεια, η πιθανότητα

εμφάνιση είναι 1,4% (1 στις 70 γυναίκες). Μεταξύ γυναικών όμως, με δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού με ωοθηκικό καρκίνο, η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου πλησιάζει το 50%.⁷

Το 1994 το Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης κατέγραψε 848 νέες περιπτώσεις γυναικών με κακοήθη νεοπλάσματα από τις οποίες 207 (24.4%) ήταν περιπτώσεις μαστού, 32 (3.8%) τραχήλου μήτρας, 45 (5.3%) σώματος μήτρας και 28 (3.3%) ωοθηκών. Ο συνολικός αριθμός των γυναικών που απεβίωσαν το 1994 από κακοήθη νεοπλάσματα ήταν 323 από τις οποίες 73 (22.6%) ήταν περιπτώσεις μαστού, 7 (2.2%) ήταν τραχήλου, 9 (2.8%) σώματος μήτρας και 13 (4.0%) ωοθηκών. Με βάση τα στοιχεία αυτά υπολογίζονται οι προτυποποιημένοι ως προς ηλικία δείκτες που παρουσιάζονται στον **πίνακα 1**. Έτσι φαίνεται ότι στην Κρήτη η επίπτωση ανά 100.000 γυναίκες είναι: 70 γυναίκες με καρκίνο μαστού, 13 με καρκίνο του τραχήλου μήτρας, 15 σώματος μήτρας και 9 με ωοθηκών. Οι αντίστοιχοι δείκτες θνησιμότητας, ανά 100.000 γυναίκες, **πίνακας 2**, είναι 22 θάνατοι που οφείλονται στον καρκίνο του μαστού, 3 με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, 3 σώματος μήτρας και 4 ωοθηκών.²

Πίνακας 1. Αδρός και προτυποποιημένος δείκτης επίπτωσης, ανά 100.000 γυναικείου πληθυσμού, για τους τέσσερις γυναικολογικούς καρκίνους στην Κρήτη το 1994.

Θέση	Α.Δ.Ε.	Π.Δ.Ε.	ΣΣ (%)	Κ.Π.Δ.Ε.	Α.Κ.Ε. (%)
Μαστός	76.92	69.93	24.41	102.80	5.46
Τράχηλος μήτρας	11.89	12.59	3.77	14.26	0.89
Σώμα μήτρας	16.72	15.41	5.31	24.95	1.37
Ωοθήκες	10.41	9.04	3.30	13.07	0.77

Α.Δ.Ε. = Αδρός δείκτης επίπτωσης, Π.Δ.Ε. = Προτυποποιημένος ως προς ηλικία δείκτης επίπτωσης, ΣΣ = Σχετική συχνότητα (ποσοστό επί όλων των νεοπλασμάτων), Κ.Π.Δ.Ε. = Κόλουρος Π.Δ.Ε., Α.Κ. = Αθροιστικός κίνδυνος επίπτωσης (0-75 ετών). Η προτυποποίηση έγινε με βάση τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό.

Πίνακας 2. Αδρός και προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας, ανά 100.000 γυναικείου πληθυσμού, για τους τέσσερις γυναικολογικούς καρκίνους στην Κρήτη το 1994.

Θέση	Α.Δ.Θ.	Π.Δ.Θ.	ΣΣ (%)	Κ.Π.Δ.Θ.	Α.Κ.Θ. (%)
Μαστός	27.13	22.25	22.60	35.67	1.65
Τράχηλος μήτρας	2.60	2.66	2.17	4.54	0.20
Σώμα μήτρας	3.34	2.55	2.79	3.66	0.18
Ωοθήκες	4.83	3.82	4.02	6.30	0.28

Α.Δ.Θ. = Αδρός δείκτης θνησιμότητας, Π.Δ.Θ. = Προτυποποιημένος ως προς ηλικία δείκτης θνησιμότητας, ΣΣ = Σχετική συχνότητα (ποσοστό επί όλων των θανάτων από καρκίνο), Κ.Π.Δ.Θ. = Κόλουρος Π.Δ.Θ., Α.Κ. = Αθροιστικός κίνδυνος θνησιμότητας (0-75 ετών). Η προτυποποίηση έγινε με βάση τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό.

Πηγή: Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης.

Η θνησιμότητα από τον ωοθηκικό καρκίνο είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τη συνδυασμένη θνησιμότητα των υπολοίπων καρκίνων και η 5/ετής επιβίωση δεν υπερβαίνει το 35%.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών αυξάνει με την ηλικία, αλλά συνδέεται και με πολλούς προδιαθεσικούς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ή καρκίνου των μαστών, η παρατεταμένη οιστρογονική διέγερση (π.χ. σε θεραπείες υποκατάστασης με οιστρογόνα χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση προγεστερόνης), η ατεκνία ή υπογονιμότητα, η καθυστερημένη εγκυμοσύνη, η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση καφέ, η υψηλή σε λιπαρά διαίτα και η χρήση τάλκ κατά τις εγχειρήσεις. Αντίθετα η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από το στόμα και η τεκνοποίηση, βρέθηκε ότι αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών.

Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες, αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών φαίνεται ότι έχουν και οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπείες με διεγερτικά της ωοθυλακιορρηξίας φάρμακα, όπως η HMG και η κιτρική κλομιφένη.⁸

2.2 Αιτιοπαθογένεια

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

Οι στεροειδείς ορμόνες (οιστρογόνα, ανδρογόνα, προγεσταγόνα και κορτικοστεροειδή) συνδέονται με ειδικούς ενδοκυττάρους υποδοχείς και διεγείρουν τη μιτωτική δραστηριότητα των φυσιολογικών κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου της ωοθήκης κατά συνέπεια προάγουν την καρκινογένεση.

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

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

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

Οι μεταλλάξεις επίσης των *ογκογονιδίων* και των *ογκοκατασταλτικών γονιδίων* παρεμβαίνουν στην καρκινογένεση με αντιγραφή παθολογικών πρωτεϊνών. Η «ακατάπαυστη» ωοθηλακιορρηξία προκαλεί επαναλαμβανόμενα μικροτραύματα στην επιφάνεια της ωοθήκης, που επούλωνονται με ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων του επιφανειακού επιθηλίου. Αυτό έχει ως συνέπεια την επαναλαμβανόμενη και ακατάπαυστη μιτωτική δραστηριότητα στα κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου, που αυξάνει την πιθανότητα μεταλλάξεων. Τα πρωτο-ογκογονίδια κωδικοποιούν στο κύτταρο πρωτεΐνες που αποτελούν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες μέρος των αυξητικών διεργασιών, αυξάνοντας την κυτταρική μιτωτική δραστηριότητα. Σε περίπτωση όμως μεταλλάξεων, τα πρωτοογκογονίδια αντιγράφουν παθολογικές

πρωτεΐνες και με τον τρόπο αυτό παρεμβάλλονται στη διεργασία της καρκινογένεσης. Τα κατασταλτικά του όγκου γονίδια, δρώντας ως αντι-ογκογόνα, κωδικοποιούν πρωτεΐνες που αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η αδρανοποίηση τους μέσω μεταλλάξεων είναι αναγκαία για να προκληθεί κακοήθης εξαλλαγή.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Κατάταξη των κακοήθων ωοθηκικών όγκων

A. Επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών:

1. Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα
2. Βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα
3. Ενδομητριοειδές καρκίνωμα (endometrioid carcinoma)
4. Καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα ή μεσονεφροειδές καρκίνωμα (clear cell carcinoma)
5. Όγκος του Brenner
6. Μικτοί επιθηλιακοί όγκοι
7. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
8. Οριακής κακοήθειας επιθηλιακοί όγκοι (border-line tumors)

B. Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (germ cell tumors):

1. Δυσγερμίνωμα ή δυσγονίωμα
2. Όγκοι λεκιθικού ασκού (endodermal sinus tumor)
3. Εμβρυϊκό καρκίνωμα (embryonal carcinoma)
4. Πολυεμβρύωμα (polyembryoma)
5. Ωοθηκικό χοριοκαρκίνωμα (extraembryonal cell tumor)
6. Τερατώματα:
7. Μικτές μορφές καρκίνωματος
8. Γοναδοβλάστωμα

Γ. Όγκοι της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων ή μεσεγγυματικοί όγκοι

1. Κοκκιοστρωματικοί όγκοι (granulosastromal cell tumors)
2. Ανδροβλάστωμα ή αρρενοβλάστωμα (sertoli cell tumor)

Δ. Μεταστατικοί όγκοι⁸

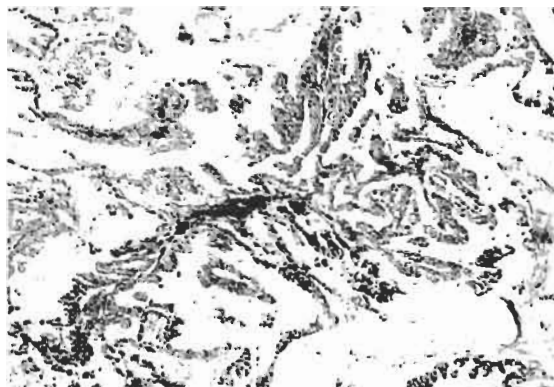
3.2 Περιγραφή των κακοήθων ωοθηκικών όγκων

A. Επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών

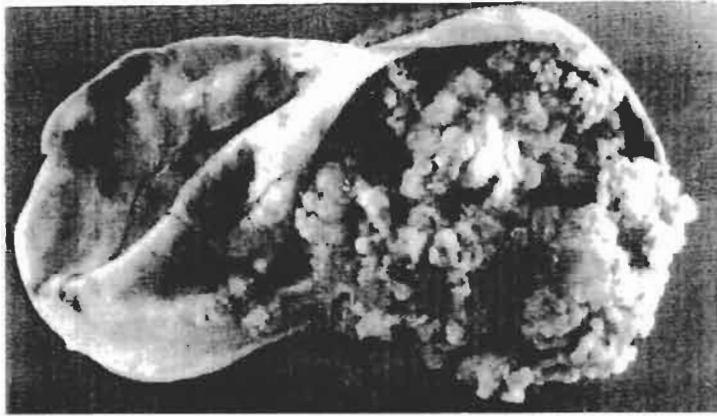
Ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα

Πρόκειται για τον πλέον συνηθισμένο κακοήθη ωοθηκικό όγκο. Εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών. Προέρχεται από εξαλλαγή του ορώδους κυσταδενώματος, που παίρνει μακροσκοπικά ξεχωριστή μορφή από θηλώδεις προσεκβολές μέσα στην κοιλότητά του· γι' αυτό λέγεται και θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα (εικόνα 2). Η κακοήθης αυτή εξαλλαγή εμφανίζεται όταν παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στο μέγεθος των επιθηλιακών κυττάρων ή όταν η ανάπτυξη των παραπάνω κυττάρων είναι στο σύνολό της ανώμαλη ή τα κύτταρα εμφανίζονται υπερχρωματικά και στους πυρήνες παρουσιάζονται πολλαπλές μιτώσεις. Συνήθως τα θηλώδη κυσταδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν πολύχωρη κυστική μορφή με συμπαγείς περιοχές.^{5,9}

Το ορώδες κυσταδενοκαρκίνωμα επεκτείνεται γρήγορα στην περιτοναϊκή κοιλότητα· γι' αυτό, τις περισσότερες φορές, η διάγνωσή του γίνεται όταν δεν είναι εύκολη η χειρουργική του εξαίρεση. Στο 80% των γυναικών, με προχωρημένα ορώδη καρκινώματα, τα επίπεδα του CA125 είναι αυξημένα και κατά συνέπεια χρησιμεύουν για τον έλεγχο της εξέλιξης της νόσου. Η επιβίωση της γυναίκας μετά την αντιμετώπισή του φτάνει το 25%.



Εικόνα 1: Ιστολογική εικόνα κυσταδενοκαρκινώματος της ωοθήκης

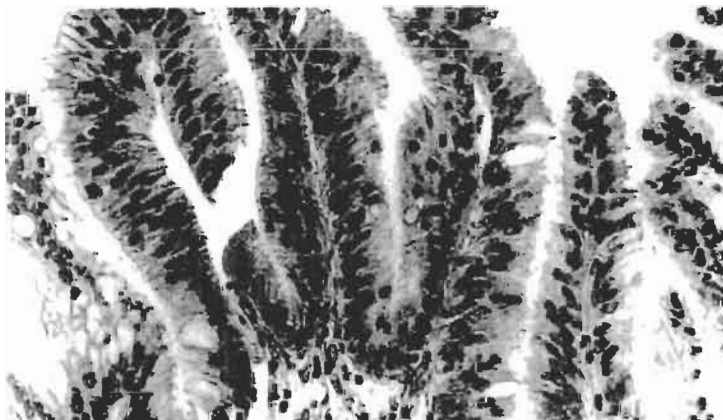


Εικόνα 2:Ορώδες θηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα της ωοθήκης με χαρακτηριστικές θηλωματώδεις προσεκβολές στο εσωτερικό του όγκου

Βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα

Το βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 15% όλων των κακοήθων επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Προέρχεται από το βλενώδες κυσταδένωμα, το οποίο υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή στο 5-10% περίπου των περιπτώσεων. Μακροσκοπικά, τα βλενώδη κυσταδενοκαρκινώματα είναι κυστικά και πολύχωρα, με ορισμένες συμπαγείς περιοχές (εικόνα 4). Μικροσκοπικά, το νεοπλασματικό επιθήλιο μοιάζει με το επιθήλιο του παχέος εντέρου. Κατά τη διατομή διαπιστώνεται συνήθως η παρουσία του αδενοκαρκινώματος σε μια περιοχή με τη μορφή συμπαγούς λευκωπής μάζας. Τα κύτταρα είναι κυλινδρικά, εμφανίζουν κυτταρική ατυπία με μιτώσεις και έχουν την τάση ανάπτυξης αδενικών σχηματισμών (εικόνα 3).

Στο 65% περίπου των γυναικών με βλενώδεις όγκους, τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) είναι αυξημένα και κατά συνέπεια είναι χρήσιμα για τον έλεγχο της εξέλιξης της νόσου.⁸



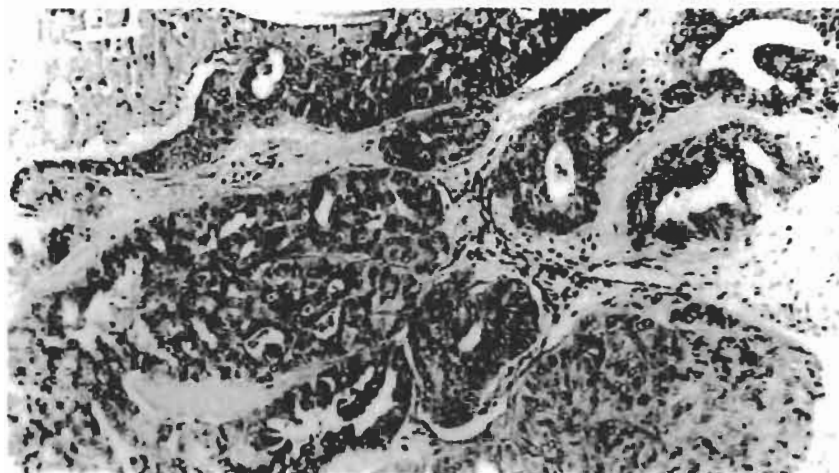
Εικόνα 3:Βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα της ωοθήκης με ήπια ατυπία των πυρήνων και τάση ανάπτυξης αδενικών σχηματισμών



Εικόνα 4: Βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα της ωοθήκης με συμπαγείς περιοχές και ομαλή εξωτερική επιφάνεια

Ενδομητριοειδές καρκίνωμα

Ο ωοθηκικός καρκίνος, που ιστολογικά χαρακτηρίζεται από ένα αδενοειδές πρότυπο έχει τώρα ταξινομηθεί ως ενδομητριοειδές καρκίνωμα. Ο όγκος αντιπροσωπεύει το 10-15% όλων των κακοήθων επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Αναπτύσσεται πρωτοπαθώς στις ωοθήκες, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί και σε εστίες ωοθηκικής ενδομητρίωσης ή σε ενδομητρίωμα, στο 30% των περιπτώσεων. Είναι συνήθως ετερόπλευρος (10% αμφοτερόπλευρος), επεκτείνεται τοπικά και εμφανίζει καθυστερημένη ενδοπεριτοναϊκή διασπορά. Μακροσκοπικά είναι συνήθως κυστικός με σοκολατοειδές περιεχόμενο, αλλά συχνά εμφανίζει στερεά στοιχεία, που γεμίζουν μερικώς την κοιλότητα. Μικροσκοπικά, το νεοπλασματικό επιθήλιο μοιάζει με το επιθήλιο του τυπικού αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου (εικόνα 5) και μπορεί κατά συνέπεια να προσλάβει τη μορφή καλώς διαφοροποιημένου αδενοκαρκινώματος. Μπορεί να συνυπάρχει με το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου, στο 20% των περιπτώσεων, αλλά στην περίπτωση αυτή οι δύο όγκοι θεωρούνται ως πρωτοπαθείς μάλλον όγκοι παρά ως μεταστατικοί.^{8,9}



Εικόνα 5: Τυπικό ενδομητριοειδές καρκίνωμα της ωοθήκης με συμπαγείς περιοχές

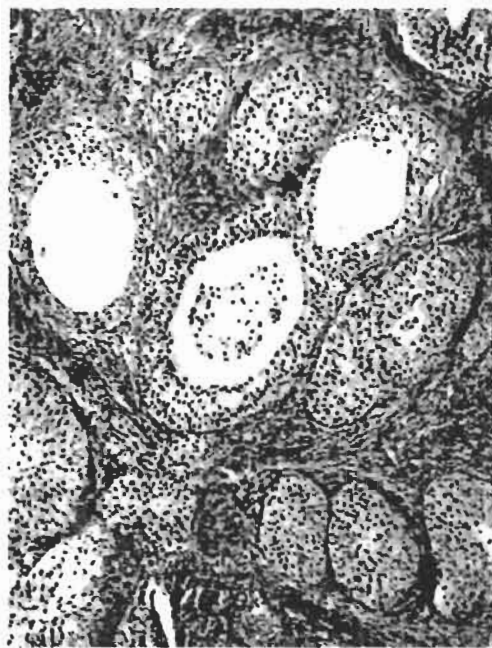
Μεσονεφροειδές καρκίνωμα

Ο όρος μεσονέφρωμα προτάθηκε από τον Schiller το 1939 για να περιγράψει ένα κακοήθες νεόπλασμα, που προέρχεται από μεσονεφρικά υπολείμματα στην ωοθήκη. Αντιπροσωπεύει το 5% όλων των κακοήθων επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης και συμπεριφέρεται όπως οποιοσδήποτε συμπαγής καρκίνος. Μακροσκοπικά, αποτελείται από ένα μίγμα κυστικών και συμπαγών περιοχών, όπως τα περισσότερα ωοθηκικά νεοπλάσματα και η εξωτερική του επιφάνεια είναι ομαλή. Μικροσκοπικά, τα κύτταρα του νεοπλασματικού επιθηλίου μοιάζουν με κύτταρα μεσονεφρικής προέλευσης, είναι διαυγή γεμάτα γλυκογόνο και διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς παρόμοιους με τα νεφρικά σπειράματα. Ο όγκος είναι αμφοτερόπλευρος στο 40% των περιπτώσεων, επεκτείνεται τοπικά και αναπτύσσει καθυστερημένη περιτοναϊκή διασπορά. Έχει χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με άλλους επιθηλιακούς καρκίνους των ωοθηκών.^{8,9}

Όγκος του Brenner

Πρόκειται κατά κύριο λόγο για στερεό όγκο της ωοθήκης που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών και αποτελεί το 1,7% των νεοπλασμάτων της ωοθήκης, με αμφοτερόπλευρη ανάπτυξη σε ποσοστό 7-8%. Ο κακοήθης όγκος του Brenner είναι

εξαιρετικά σπάνιος και αντιπροσωπεύει μόλις το 0,1% όλων των κακοηθών επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης. Ανήκει στην κατηγορία εκείνη των όγκων που ξεκινούν από το επιφανειακό επιθήλιο και τον ωοθηκικό στρωματικό ιστό. Επειδή αποτελείται κατά μεγάλο μέρος από στρωματικά στοιχεία, έχει τάση να έχει στερεή σύσταση. Εμφανίζεται αργά στην αναπαραγωγική ηλικία και μετά την εμμηνόπαυση. Μακροσκοπικά εμφανίζεται σε διάφορα μεγέθη και περιβάλλεται από στερεή κάψα και έτσι μοιάζει πολύ με τα ινώματα. Μικροσκοπικά η τυπική εικόνα ενός όγκου Brenner είναι αυτή ενός αρχικά ινώδους όγκου με νησίδες φολιδωτών επιθηλιακών κυττάρων που προβάλλουν στο βάθος του ινώδους ιστού (εικόνα 6).^{8,9}



Εικόνα 6: Όγκος του Brenner με βλενώδη μετασχηματισμό των επιθηλιακών κυττάρων

Μικτοί επιθηλιακοί όγκοι

Αντιπροσωπεύουν το 10% όλων των ωοθηκικών όγκων. Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό της ιστολογικής διαφοροποίησης.⁸

Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα

Είναι ένα συμπαγές καρκίνωμα της ωθήκης (solid carcinoma), που αντιπροσωπεύει το 10% του πρωτοπαθούς καρκινώματος. Είναι συνήθως αμφοτερόπλευρο, αν και ο όγκος είναι συνήθως μεγαλύτερος στη μια πλευρά σε σχέση με την άλλη. Στην αρχή, διατηρείται το σχήμα της ωθήκης, αλλά σύντομα ο όγκος καθιλώνεται, εμφανίζονται δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο επίπλου και αναπτύσσεται ασκίτης. Είναι ένα πολύ επιθετικό καρκίνωμα με πολύ φτωχή πρόγνωση. Μικροσκοπικά, μπορεί να έχει τη μορφή αδenoκαρκινώματος, αλλά συνθέστερα αποτελείται από αναπλαστικά (αδιαφοροποίητα) κύτταρα μέσα σε ινώδες στρώμα.⁸

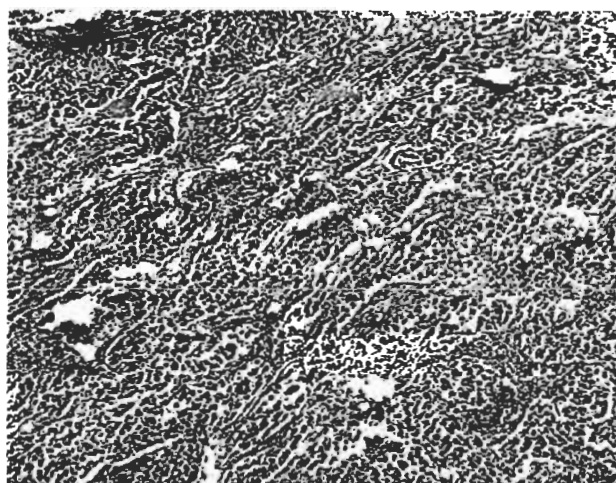
Οριακής κακοήθειας επιθηλιακοί όγκοι

Υπάρχουν μερικοί ωθητικοί όγκοι επιθηλιακής προέλευσης, που ύστερα από προσεκτική ιστολογική εξέταση δεν μπορεί και ο πιο έμπειρος παθολογοανατόμος να καθορίσει εάν είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Σε διάφορες ιστολογικές τομές υπάρχουν ανώμαλα στοιχεία που ενώ δίνουν υπόνοια για καρκίνο δεν μπορεί να δώσουν μια τέτοια τελική διάγνωση. Αυτές οι ιστολογικές αλλοιώσεις μπορεί να παρατηρηθούν σ' ένα τμήμα του όγκου ή να τον καταλαμβάνουν ολόκληρο. Σε καθένα από τους τέσσερις τύπους των επιθηλιακών όγκων, δηλαδή ορώδη, βλεννώδη, ενδομητριοειδή και μεσонеφροειδή, μπορούν να αναπτυχθούν όγκοι οριακής κακοήθειας, που χαρακτηρίζονται από έντονο πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων και πυρηνικές ανωμαλίες, χωρίς να παρατηρείται διηθητική και καταστροφική ανάπτυξη. Οι όγκοι αυτοί χαρακτηρίζονται ως μικρής δυνητικής ή οριακής κακοήθειας και ταξινομούνται χωριστά από τους αναμφίβολα κακοήθεις όγκους.^{8,9}

Β. Όγκοι από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα

Δυσγερμίνωμα ή δυσγονίωμα

Το δυσγερμίνωμα είναι σπάνιος κακοήθης όγκος των ωοθηκών, αλλά και ο συχνότερος μεταξύ των όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Αποτελεί το 4% όλων των κακοήθων όγκων των ωοθηκών. Είναι αμφοτερόπλευρο στο 15-30% των περιπτώσεων και παρατηρείται στο 75% των περιπτώσεων σε νέες γυναίκες, κάτω από τα 30, αλλά και σε παιδιά, ενώ είναι σπάνιο μετά τα 35. Στο 75% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται, όταν είναι στο στάδιο I. Μακροσκοπικά, εμφανίζεται ως συμπαγής όγκος, ποικίλου μεγέθους (από μόλις ορατά οζίδια μέχρι ογκώδεις μάζες 30 εκ. και πλέον) και ωοειδούς σχήματος με σύσταση ελαστική και χρώμα φαιό (γκρίζο) (εικόνα). Περίπου το μισό των περιπτώσεων υπάρχουν νεκρώσεις, αιμορραγίες και μικροκυστικοί σχηματισμοί. Μικροσκοπικά, αποτελείται από ομάδες μεγάλων επιθηλιόμορφων βαθυχρωματικών κυττάρων, που διαχωρίζονται μεταξύ τους σε δεσμίδες με λεπτά ινώδη διαφράγματα, όπως και τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (εικόνα 7). Το δυσγερμίνωμα είναι κακοήθης, ιδίως στα παιδιά. Τα δυσγερμινώματα είναι, όπως και τα σεμινώματα, εξαιρετικά ακτινευαίσθητα, σε τρόπο που η 5/ετής επιβίωση φθάνει σχεδόν το 80% ακόμη και σε νόσο του σταδίου III. Προσφάτως, η ακτινοθεραπεία έχει αντικατασταθεί από τη χημειοθεραπεία, επειδή σε πολλές άρρωστες επιλέγεται η διατήρηση της ωοθηκικής λειτουργίας.^{8,9}



Εικόνα 7: Τυπική μικροσκοπική εμφάνιση δυσγερμινώματος ή δυσγονιώματος της ωοθήκης

Όγκοι λεκιθικού ασκού (endodermal sinus tumors)

Οι όγκοι του λεκιθικού ασκού είναι εξαιρετικά κακοήθεις όγκοι, που αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά σε νέες γυναίκες με μέση ηλικία κατά τη διάγνωση τα 20 χρόνια. Έρχονται δεύτεροι στη συχνότητα μεταξύ των όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (22%). Αυξάνουν ταχύτατα, επεκτείνονται συνήθως με ενδοπεριτοναϊκή διασπορά και εμφανίζουν μια τάση αυτόματης ρήξης, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη αιμοπεριτοναίου. Πρόκειται για όγκους διαμέτρου 5-13cm, που περιβάλλονται από κάψα, είναι σφαιρικοί, ψευδοκυστικοί, κιτρινωπής χροιάς με νεκρωτικές και αιμορραγικές εστίες και κυστικές εκφυλίσεις και ρήξεις. Μικροσκοπικά το συχνότερο εύρημα αποτελεί η εξωεμβρυϊκή διαφοροποίηση με το σχηματισμό ενός δικτύου ανώμαλων αναστομωτικών χώρων, που περιβάλλονται γραμμοειδώς από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Η πρόγνωση σε ασθενείς με όγκο του λεκιθικού ασκού είναι εξαιρετικά φτωχή.^{4,8}

Εμβρυϊκό καρκίνωμα (embryonal carcinoma)

Το εμβρυϊκό καρκίνωμα είναι υψηλής κακοήθειας ωοθηκικός όγκος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, εξαιρετικά σπάνιος σε αντίθεση με τον αντίστοιχο του όρχεως, που αναπτύσσεται σχεδόν πάντοτε ως μέρος των μικτών μορφών. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι τα 15 χρόνια. Οι άρρωστες με εμβρυϊκό καρκίνωμα συχνά εμφανίζονται με αμφίφυλη πρώιμη ήβη ή άλλες ορμονικές διαταραχές. Μακροσκοπικά μοιάζει με τους άλλους δυσγενετικούς όγκους. Χαρακτηρίζεται από κυτταρική πολυμορφία και ομοιότητα με το E.C. των όρχεων. Αποτελείται από μεγάλα, ωοειδή, πολυγωνικά κύτταρα με κοκκιώδες ηωσινόφιλο κυτταρόπλασμα και πυρήνα ανώμαλο, υπερχρωματικό με ευδιάκριτα πυρήνια. Μικροσκοπικά, οι όγκοι αυτοί αποτελούνται από εμβρυϊκά στοιχεία με επιθηλιακή εμφάνιση. Εκκρίνουν hCG ή AFP ή και τα δύο. Η πρόγνωση είναι όπως και στους όγκους του λεκιθικού ασκού εξαιρετικά φτωχή.^{4,8}

Πολυεμβρύωμα (polyembryoma)

Είναι εξαιρετικά σπάνιος όγκος και εμφανίζεται ως μέρος των μικτών μορφών σε πολύ νέα κορίτσια, κατά την προεφηβική ηλικία. Το μέγεθος του όγκου συνήθως είναι μικρό, χωρίς να αποκλείεται η ύπαρξη πολυεμβρυώματος, όταν ο όγκος καταλαμβάνει όλη την πυελική κοιλότητα. Είναι συμπαγής με αιμορραγικές ζώνες και περιοχές νέκρωσης. Αποτελείται από πολυάριθμα καλά διαφοροποιημένα εμβρυικά σωματίδια, μεταξύ των οποίων υπάρχει βλενώδης ιστός. Εκκρίνει AFP και hCG. Είναι ακτινοάντοχος και απαντά ελλιπώς στα χημειοθεραπευτικά, η πρόγνωση όμως είναι κάπως ευνοϊκή σε εντατική θεραπεία.^{4,8}

Ωοθηκικό χοριοκαρκίνωμα (extraembryonal cell tumor)

Το αμιγές ωοθηκικό χοριοκαρκίνωμα είναι εξαιρετικά σπάνιο και αναπτύσσεται μόνο στην προεφηβική ηλικία κυρίως στη μία ωοθήκη και μάλιστα συχνότερα δεξιά, έχει διάμετρο 8-30cm. Συνήθως, ο τροφοβλαστικός ιστός αποτελεί μέρος των μικτών όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Συχνά συνδυάζεται με αμφίφυλη πρόωρη εφηβεία και σε αντιδιαστολή προς το χοριοκαρκίνωμα της εγκυμοσύνης, δίνει φτωχή απάντηση στη χημειοθεραπεία. Έχει την τάση αιματογενούς διασποράς σε απομακρυσμένα παρεγχυματώδη όργανα και εμφανίζει γενικά φτωχή πρόγνωση.⁸

Τερατώματα

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

1) Τα ανώριμα τερατώματα είναι σπάνιοι υψηλής κακοήθειας όγκοι, που αναπτύσσονται σε πολύ νεότερες γυναίκες, σε σχέση με τη δερμοειδή κύστη και συχνά κατά την παιδική ηλικία. Αυξάνουν με ταχύ ρυθμό, για να σχηματίσουν μια μεγάλη συμπαγή μάζα, διαμέτρου 18-20 εκ., με πολλούς κυστικούς χώρους. Αντιπροσωπεύουν το 20% των κακοήθων όγκων

από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και έρχονται τρίτα στη σειρά μεταξύ των όγκων αυτών. Το συνηθέστερο κακοήθες στοιχείο τους είναι ο νευρικός ιστός, αλλά μπορεί να βρεθεί και μεσέγχυμα, χόνδρος και μη νευρικά επιθήλια, όπως αναπνευστικό και εντερικό επιθήλιο. Η πρόγνωσή τους εξαρτάται από το στάδιο, από τη διαφοροποίηση και από την παρουσία και άλλων στοιχείων όγκου από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα.

2) Στα ώριμα συμπαγή τερατώματα ο ένας τύπος ιστού μπορεί να αναπτυχθεί περισσότερο και να επισκιάσει τους άλλους. Εμφανίζονται π.χ. σπάνια μονοδερμικά τερατώματα, που αποτελούνται ολοσχερώς από θυρεοειδή ιστό (*struma ovarii*) (εικόνα 8) ή αποτελούν καρκινοειδείς όγκους. Το *struma ovarii* είναι ένας καλοήθης όγκος, που μπορεί να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή και να προκαλέσει, αν είναι βιολογικά ενεργός, μια κατάσταση υπερθυρεοειδισμού.

3) Στα ώριμα κυστικά τερατώματα (δερμοειδής κύστη) κακοήθης εξαλλαγή επέρχεται σε αναλογία περίπου 1%, κυρίως (στο 85% περίπου των περιπτώσεων) σε γυναίκες με ηλικία μεγαλύτερη των 40 χρόνων. Τα καλοήθη τερατώματα με κακοήθη στοιχεία έχουν διάμετρο συνήθως μεγαλύτερη των 10 εκ. Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος είναι το καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα και το καρκινοειδές. Μπορούν επίσης να αναπτυχθεί αδеноκαρκίνωμα, σάρκωμα, μελάνωμα και καρκίνωμα θυρεοειδούς.⁸



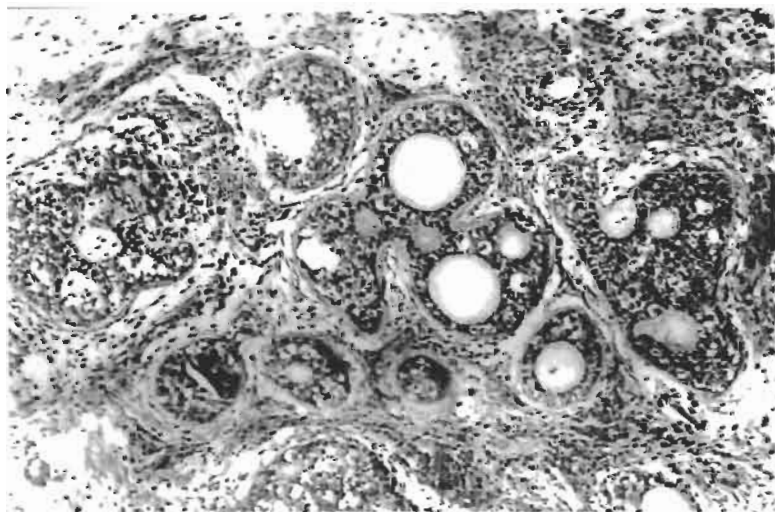
Εικόνα 8: Ωριμο συμπαγές τεράτωμα

Μικτές μορφές καρκινώματος από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα

Οι μικτές μορφές αντιπροσωπεύουν το 10-15% όλων των καρκίνων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και περιέχουν περισσότερα από ένα στοιχεία των νεοπλασματικών τύπων, που έχουν περιγραφεί παραπάνω. Το αμφοτερόπλευρο ή μη των όγκων αυτών εξαρτάται από την παρουσία στον όγκο του δυσγονιώματος. Εάν συνυπάρχει δυσγονίωμα, η διήθηση της άλλης ωοθήκης φθάνει στο 10% των περιπτώσεων. Ο πιο συχνός συνδυασμός είναι αυτός του δυσγονιώματος με όγκο του λεκιθικού ασκού. Οι όγκοι αυτοί εκκρίνουν πολλές φορές AFP και hCG. Η πρόγνωσή τους εξαρτάται από το στάδιο και από τον τύπο του κακοήθους στοιχείου του όγκου.^{4,8}

Γοναδοβλάστωμα

Δεν είναι συχνό νεόπλασμα. Εμφανίζεται ως αμιγές γοναδοβλάστωμα ή ως μικτό με δυσγερμίνωμα ή άλλες μορφές όγκου από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, όπως οι κοκκιοστρωματικοί και τα ανδροβλαστώματα. Τα γοναδοβλαστώματα αναπτύσσονται σχεδόν αποκλειστικά σε άρρωστες με δυσγενετικές ωοθήκες και από αυτά το 25% επέρχονται σε φαινοτυπικά αρσενικά άτομα. Μακροσκοπικά, πρόκειται για συμπαγή διόγκωση όχι μεγαλύτερη σε διάμετρο από 8cm, που αναπτύσσεται στη μία ωοθήκη. Μικροσκοπικά, αποτελούνται από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα και κύτταρα του στρώματος της γεννητικής ταινίας (εικόνα 9). Επειδή έχουν μια δυναμική ανάπτυξης όγκων από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (συχνά δυσγερμινωμάτων), πρέπει να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση για ενδεχόμενη εξαίρεση και του άλλου εξαρτήματος.^{8,9}



Εικόνα 9: Γοναδοβλάστωμα με μεικτή εικόνα αρχέγονων κυττάρων, επιθηλιακά κοκκιώδη κύτταρα και κύτταρα του Leydig

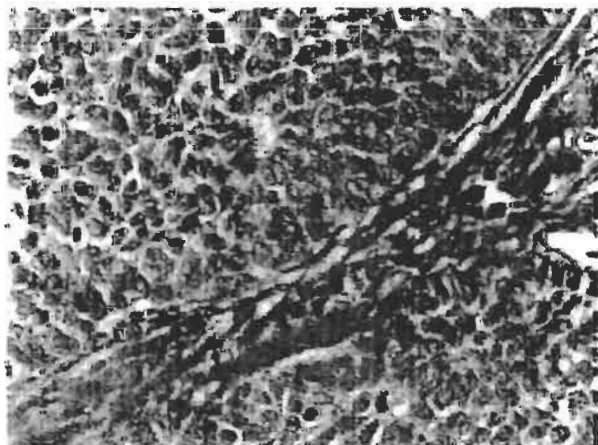
Γ. Όγκοι της γεννητικής ταινίας ή του στρώματος των γονάδων ή μεσεγγυματικοί όγκοι

Κοκκιοστρωματικοί όγκοι (granulosastromal cell tumors)

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι, τα θηκώματα και τα ινώματα.

1.Κοκκιοκυτταρικοί όγκοι

Πρόκειται για συμπαγή νεοπλάσματα σαφώς περιγεγραμμένα με διάμετρο από λίγα χιλιοστά ως αρκετά εκατοστά. Αναπτύσσονται συχνότερα από τη μια ωοθήκη σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων μετά την εμμηνόπαυση, αλλά και κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ή και της παιδικής ηλικίας. Τα νεοπλάσματα μικρού μεγέθους είναι συνήθως συμπαγή, ενώ τα μεγαλύτερα εμφανίζουν πολυάριθμους κυστικούς χώρους που περιέχουν υγρό. Έχει προταθεί η διάκριση των κοκκιοκυτταρικών όγκων σε τέσσερις τύπους. Αυτοί είναι σύμφωνα με τη σειρά της συχνότητάς τους: Ο θυλακιώδης, ο δοκιδώδης, ο μικτός τύπος και ο σαρκοματώδης. Η κακοήθης εξαλλαγή των όγκων φθάνει σε ποσοστό 5- 10%. Οι περισσότεροι ανακαλύπτονται νωρίς, στο στάδιο I της νόσου. Η πιο εντυπωσιακή τους ιδιότητα είναι η έκκριση οιστρογόνων. Μετά την εμμηνόπαυση η προκαλούμενη υπερπλασία του ενδομητρίου εκδηλώνεται με μητρορραγία, ενώ στα παιδιά προκαλεί πρόωρη φυλετική ανάπτυξη και πρόωρη εμμηναρχή. Κατά την αναπαραγωγική ηλικία μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές της εμμηνορρυσίας ή και αμηνόρροια. Η συνεχής οιστρογονική επίδραση μπορεί να οδηγήσει και στην ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου. Ο όγκος εμφανίζει καθυστερημένες υποτροπές, περίπου 10 χρόνια μετά τη θεραπεία. Η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ του 95% στο στάδιο I και του 25% στο στάδιο IV.^{8,9}



Εικόνα 10: Κοκκιοκυτταρικός όγκος της ωοθήκης

2. Το θήκωμα

Αποτελεί το 0,5- 0,7% των όγκων της ωοθήκης. Αποτελείται από κύτταρα του στρώματος, που μοιάζουν με τα κύτταρα της έσω θήκης του ωοθυλακίου. Η σύσταση του όγκου είναι σκληρή και το χρώμα του λευκωπό με πορτοκαλόχρωμες περιοχές. Η διαφορική διάγνωση από τα ινώματα, με τα οποία μοιάζουν, γίνεται με την ανεύρεση των λιποειδικών ουσιών στα κύτταρα του θηκώματος και από τον υπεροιστρογονισμό που τα συνοδεύει. Πρόκειται για ετερόπλευρο όγκο που απαντά σε διαφορετικό μέγεθος, είναι καλά περιγεγραμμένος, ενώ σπάνια παρατηρείται κακοήθης εξαλλαγή.⁸

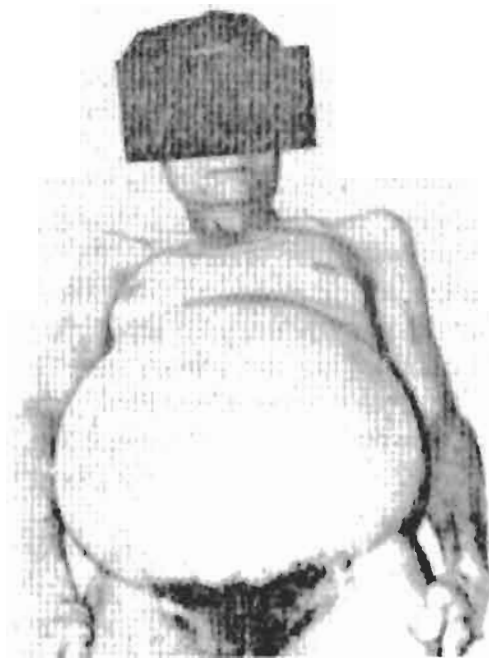
3. Το Ίνωμα

Το ωοθηκικό ίνωμα αποτελεί το 3-5% από όλους τους όγκους της ωοθήκης. Εμφανίζεται συνήθως στην προεμμηνόπαυσιακή ή μετεμμηνόπαυση ηλικία, με μέση ηλικία τα 45 περίπου χρόνια. Είναι μισχωτός ή άμισχος συμπαγής όγκος, ο οποίος φαίνεται ότι ξεκινάει από το αδιαφοροποίητο ινώδες στρώμα της ωοθήκης. Το μέγεθος του ποικίλλει από λίγα εκατοστά μέχρι τα 25 και περισσότερο. Σε ένα ποσοστό 10% είναι αμφοτερόπλευρο και παρατηρούνται περισσότερα από ένα ινώματα στη μια μόνο ωοθήκη. Το ίνωμα της ωοθήκης είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικό, έως ότου λόγω μεγέθους δημιουργεί προβλήματα πίεσης. Σε υψηλό ποσοστό (75%) είναι συνδεδεμένο με ύπαρξη ασκίτη, ενώ σε ένα 3% αποτελεί το σύνδρομο Meigs που σ' αυτό εκτός από ασκίτη συνυπάρχει και υδροθώρακας. Κακοήθη εξαλλαγή παθαίνει πολύ σπάνια.⁸

Ανδροβλάστωμα ή αρρενοβλάστωμα (sertoli cell tumor)

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

ανδροβλαστώματος αφορούν στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στους νεφρούς. Η θνησιμότητά του φτάνει το 20%. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τους αρρενοποιητικούς επινεφριδικούς όγκους και επιβεβαιώνεται από την παρουσία ενός όγκου στη μία ωοθήκη.⁸



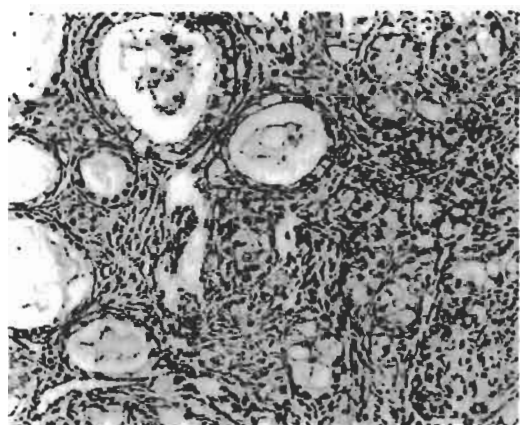
Εικόνα 11: Άρρωστη από αρρενοβλάστωμα ωοθήκης και ασκίτη

Δ. Μεταστατικοί όγκοι (δευτεροπαθείς)

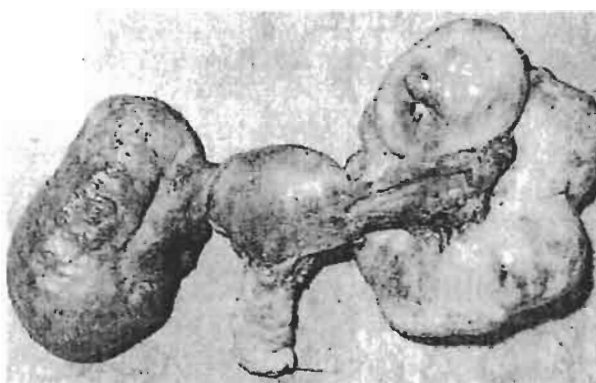
Από τα κακοήθη νεοπλάσματα της ωοθήκης, 80% είναι πρωτοπαθείς όγκοι των ωοθηκών και μόλις 20% μεταστατικοί. Ως προς τους μεταστατικούς όγκους, αναφέρεται ότι σχεδόν όλοι οι τύποι των καρκίνων μπορούν να εμφανίσουν μεταστάσεις στην ωοθήκη. Οι περισσότεροι κοινοί τύποι προέρχονται από το γαστρεντερικό σύστημα, τους μαστούς και τα ενδοπυελικά όργανα, ενώ λιγότερο συχνές πηγές μεταστάσεων αποτελούν το καρκινοειδές του εντέρου, το λέμφωμα και το μελάνωμα.

Ένας από τους συχνότερους μεταστατικούς όγκους των ωοθηκών είναι ο « όγκος του Krukenberg », που αναπτύσσεται σε άρρωστες με πρωτοπαθές καρκίνωμα του στομάχου. Μακροσκοπικά, οι όγκοι του Krukenberg είναι συμπαγείς και έχουν την τάση να διατηρούν το αρχικό περίγραμμα της ωοθήκης, έτσι που το σχήμα τους

γίνεται ωοειδές ή νεφροειδές (εικόνα 13). Οι όγκοι αυτοί είναι αμφοτερόπλευροι στο 50% των περιπτώσεων. Μικροσκοπικά, ο όγκος αποτελεί ένα διηθητικό βλενώδες καρκίνωμα με φολιές επιθηλιακών κυττάρων, που είναι διάσπαρτα κατανεμημένα σε ένα κυτταρικό μη νεοπλασματικό, ινώδες ή μυξωματώδες στρώμα. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται έντονη στρωματική υπερπλασία, που θυμίζει το σάρκωμα, ενώ άλλοτε επέρχεται ωχρινοποίηση του στρώματος όπως στα θηκώματα και προκαλείται ανώμαλη αιμορραγία από τη μήτρα.⁸



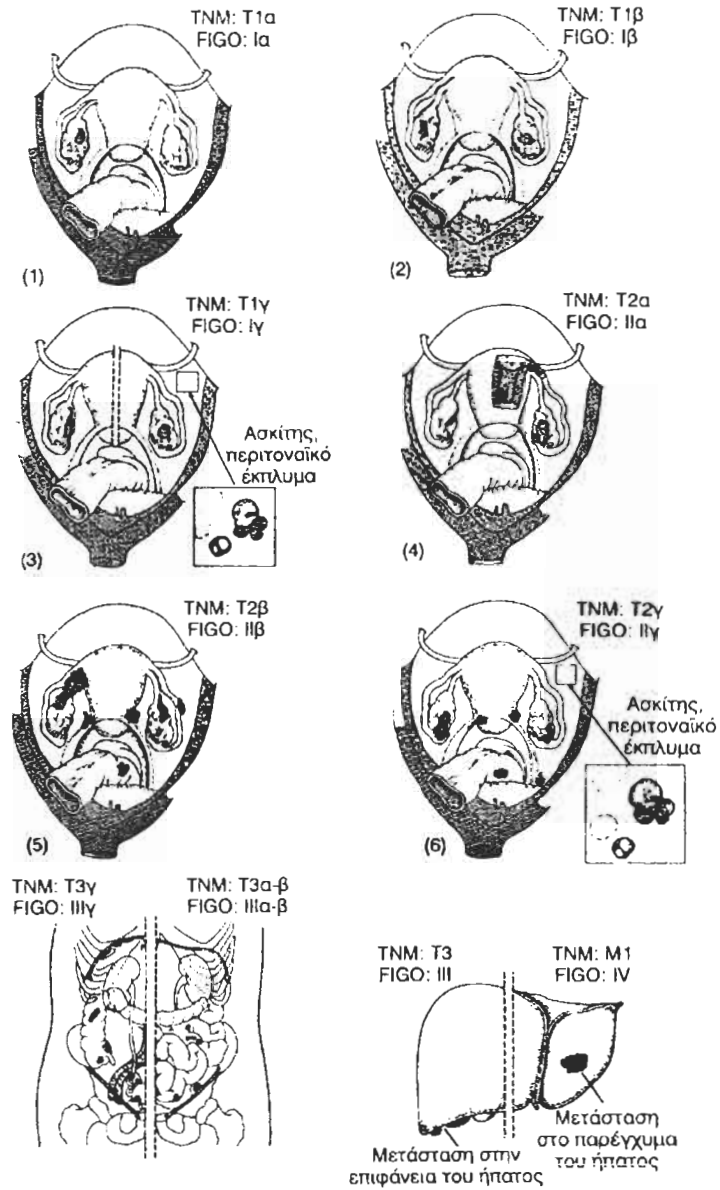
Εικόνα 12: Όγκος του Krukenberg. Κύτταρα με χαρακτηριστική εμφάνιση "σφραγιστήρος δακτυλίου"



Εικόνα 13: Όγκοι του Krukenberg, λοβώδεις, με νεφροειδές σχήμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Σταδιοποίηση καρκίνου ωοθηκών



Χειρουργική / ιστολογική σταδιοποίηση των όγκων των ωοθηκών

Η σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται στο χειρουργείο. Τα στάδια προσδιορίζονται συνήθως σύμφωνα με το σύστημα κατάταξης της Διεθνούς Ομοσπονδίας Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Το σύστημα TNM αντιστοιχεί στα στάδια που αποδέχεται η Διεθνής Ομοσπονδία..

Στάδιο I. Ο καρκίνος περιορίζεται στις ωοθήκες.

Iα. Ο καρκίνος περιορίζεται στη μία ωοθήκη. Δεν υπάρχει ασκίτης ή όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωοθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.

Iβ. Ο καρκίνος εντοπίζεται και στις δύο ωοθήκες. Δεν υπάρχει ασκίτης ή όγκος στην εξωτερική επιφάνεια των ωοθηκών και η κάψα είναι ακέραιη.

Iγ. Ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο Iα ή Iβ, ενώ παρατηρείται και ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: ύπαρξη όγκου στην επιφάνεια της μίας ή και των δύο ωοθηκών ή με κάψα ερρηγμένη ή με ύπαρξη ασκίτη και με ανεύρεση κακοηθών κυττάρων στο ασκίτικό υγρό ή στο περιτοναϊκό έκπλυμα.

Στάδιο II. Ο καρκίνος εντοπίζεται στη μία ή και στις δύο ωοθήκες και επεκτείνεται σε άλλα όργανα της πυέλου.

IIα. Ο καρκίνος επεκτείνεται στη μήτρα και στις σάλπιγγες, αλλά χωρίς προσβολή του σπλαχνικού περιτοναίου και χωρίς ασκίτη.

IIβ. Ο καρκίνος επεκτείνεται σε άλλους πυελικούς ιστούς και/ή με προσβολή του σπλαχνικού περιτοναίου, χωρίς ασκίτη.

IIγ. Ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο IIα ή το IIβ, αλλά και με ασκίτη, που περιέχει καρκινικά κύτταρα του ασκίτικού υγρού ή με θετικά περιτοναϊκά εκπλύματα.

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

IIIα. Ο όγκος είναι μικροσκοπικά περιορισμένος στη μικρή πυέλο, αλλά με ιστολογικά επιβεβαιωμένες μικροσκοπικές εμφυτεύσεις στις ενδοκοιλιακές περιτοναϊκές επιφάνειες – οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί.

IIIβ. Ο όγκος αφορά τη μία ή και τις δύο ωοθήκες με ιστολογικά επιβεβαιωμένες εμφυτεύσεις με διάμετρο μικρότερη των 2εκ. στις ενδοκοιλιακές περιτοναϊκές επιφάνειες. Οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί.

IIIγ. Ο όγκος αφορά τη μία ή και τις δύο ωοθήκες, με ενδοκοιλιακές εμφυτεύσεις με διάμετρο μεγαλύτερη των 2εκ. στην επιφάνεια της κοιλιακής κοιλότητας και/ή θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες.

Στάδιο IV. Ο όγκος προσβάλλει τη μία ή τις δύο ωοθήκες. Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις στο ήπαρ, σπλήνα, πνεύμονα, υπεζωκότα και στους υπερκλειδίους λεμφαδένες. – Δεν είναι δυνατός ο εντοπισμός του αρχικού όγκου.⁸

4.2. Μεταστάσεις του καρκίνου των ωοθηκών

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

1. Άμεση επέκταση («κατά συνέχεια ιστού»)

Η πρώτη διασπορά γίνεται μέσω της κάψας της ωοθήκης απευθείας στους γειτονικούς ιστούς, δηλαδή στο περιτόναιο, μήτρα, σάλπιγγες, ουροδόχο κύστη, εντερικές έλικες, πνευλικά τοιχώματα, δουλγάσειο και επίπλουν.

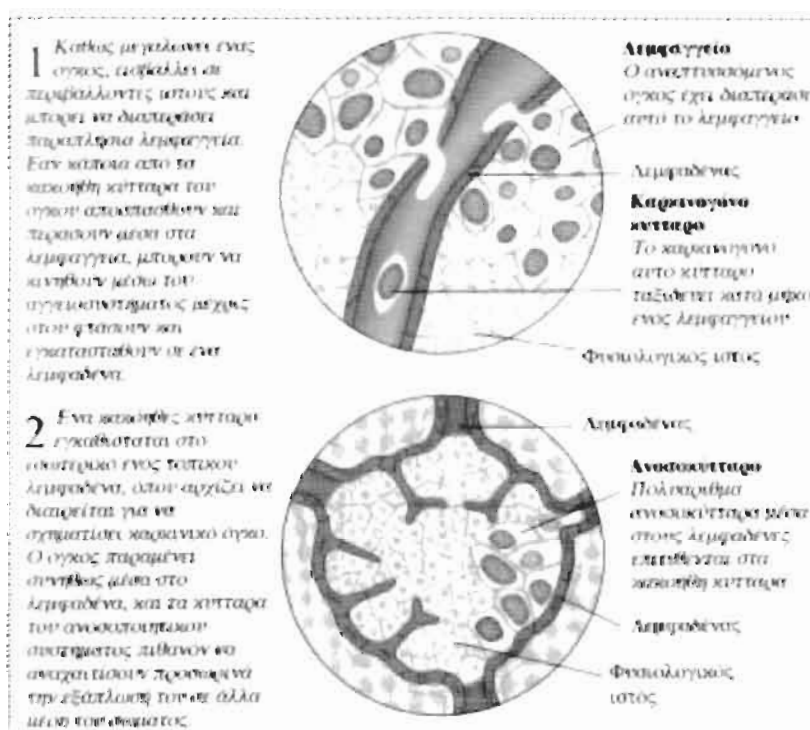
2. Ενδοκοιλιακή διαπεριτοναϊκή διασπορά

Είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς και ακολουθεί τη ροή του ενδοπεριτοναϊκού υγρού, που κινείται προς τα δεξιά. Τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται με το ορώδες ενδοπεριτοναϊκού υγρό, όπου και εμφυτεύονται, και από εκεί στον υποδιαφραγματικό χώρο και στην κάψα του ήπατος. Οι κοινοί όμως επιθηλιακοί καρκίνοι των ωοθηκών επεκτείνονται όχι μόνο διαπεριτοναϊκώς, αλλά και κατά μήκος της επιφάνειας των οργάνων, χωρίς να διεισδύουν συνήθως στα όργανα. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να προσβάλλουν ιστούς στην άνω κοιλία μέχρι και την κάτω επιφάνεια του δεξιού ημιδιαφράγματος.

3. Λεμφική διασπορά

Η ωοθηκική λεμφική παροχέτευση και συνεπώς η διασπορά των καρκινικών κυττάρων γίνεται κυρίως προς τους παρα-αορτικούς λεμφαδένες δια των λεμφαγγείων που πορεύονται παράλληλα προς τα ωοθηκικά αγγεία. Τα καρκινικά κύτταρα φέρονται επίσης, με τα λεμφαγγεία που πορεύονται κατά μήκος των πλατέων συνδέσμων, προς τα πυελικά λεμφογάγγλια ή ακόμη και προς τις βουβωνικές ομάδες, με τα λεμφαγγεία των στρογγύλων συνδέσμων. Η συχνότητα προσβολής είναι μεγαλύτερη στις ομάδες των πυελικών και παρα-αορτικών λεμφαδένων (80 και 78% αντίστοιχα), μικρότερη στους μεσοθωράκιους και υπερκλειδίους (50 και 48%) και ακόμη μικρότερη στους βουβωνικούς ή στους υπεζωκοτικούς λεμφαδένες (40 και 35%).

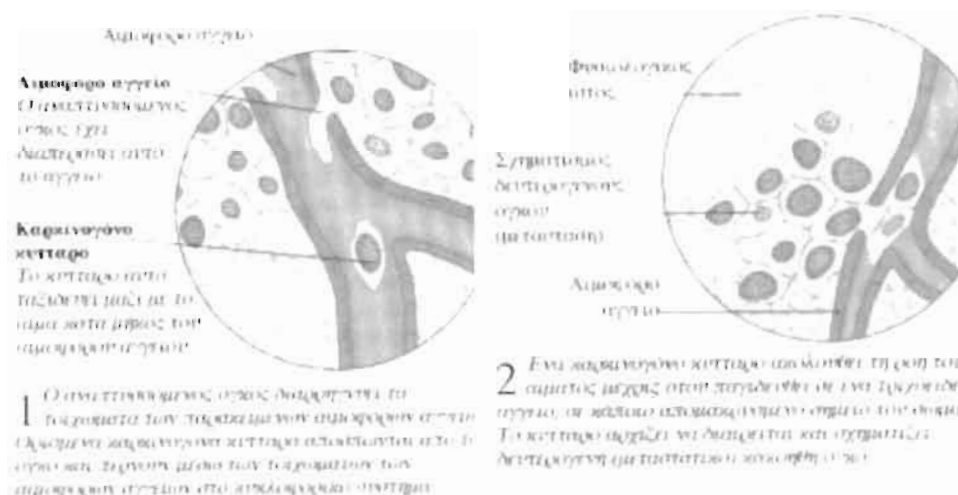
ΞΕΠΛΩΣΗ ΣΤΟ ΛΕΜΦΙΚΟ ΥΓΡΟ



4. Αιματογενής διασπορά

Ο τρόπος αυτός διασποράς γίνεται στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου προς το ήπαρ, τα οστά, τους πνεύμονες και το ΚΝΣ. Η αιματογενής διασπορά αποτελεί βαρύ προγνωστικό σημείο.⁸

ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΣΤΟ ΑΙΜΑ



4.3. Συμπτωματολογία και παράγοντες κινδύνου

4.3.1 Συμπτώματα του καρκίνου ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι από τους πλέον επικίνδυνους καρκίνους των γυναικών. Είναι δύσκολος να ανιχνευθεί στα αρχικά στάδια καθώς η παρουσία συμπτωμάτων ή σημείων δεν δείχνουν αναγκαστικά την ύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών. Είναι γεγονός ότι κάτω από ομαλές συνθήκες, σπάνια οι όγκοι της ωοθήκης δίνουν συμπτώματα. Από την περιγραφή των διαφόρων μορφών των ωοθηκικών όγκων διαπιστώνεται, ότι αυτοί είναι κυστικοί ή συμπαγείς και είναι δυνατό να αποκτήσουν μεγάλες διαστάσεις.

Στα αρχικά στάδια του καρκίνου ωοθηκών αναφέρονται συμπτώματα βραχείας διάρκειας με ασαφή κοιλιακά ενοχλήματα και ήπιες πεπτικές διαταραχές, όπως «φουσκώματα», δυσπεψία, ανορεξία ή ναυτία. Επίσης, αν μια κύστη στις ωοθήκες γίνει πολύ μεγάλη πιέζει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό και μπορεί να παρατηρηθεί συχνουρία ή επίσχεση ούρων ή/και κοπράνων και απροσδιόριστοι κοιλιακοί πόνοι, που στο σύνολό τους καταπονούν την άρρωστη πολλούς μήνες πριν τη διάγνωση. Τα νεύρα των ποδιών μπορεί να επηρεαστούν προκαλώντας κίρσους ή πρήξιμο των αστραγάλων.^{8,9,10,11}

Στα προχωρημένα στάδια, τα παραπάνω συμπτώματα επιδεινώνονται και με την εξάπλωση του όγκου μπορεί να μαζευτεί υγρό στο υπογάστριο προκαλώντας υπερβολικό πρήξιμο (ασκίτης). Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές της εμμηνορρυσίας και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να παρατηρηθεί κολπική αιμορραγία από την επίδραση των οιστρογόνων που παράγονται από το στρώμα των ωοθηκών. Επίσης η νόσος μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του κόλου ή του λεπτού εντέρου, μεγάλη απώλεια βάρους και καχεξία, αναπνευστική δυσχέρεια, ενώ μπορεί να εμφανισθούν και διηθημένοι υπερκλείδιοι ή βουβωνικοί λεμφαδένες.^{7,8,10}

Τέλος, συμπτωματολογία και μάλιστα ιδιαίτερα έντονη υπάρχει σε επιπλοκές των όγκων της ωοθήκης.

- Σε συστροφή του όγκου η διαταραχή στην αιμάτωση προκαλεί έντονο άλγος, το οποίο μπορεί να είναι κωλικοειδές, να συνοδεύεται από εμέτους και γενικά να δίνει εικόνα οξείας κοιλίας. Η διαταραχή της αιμάτωσης του όγκου λόγω της συστροφής μπορεί να έχει ως τελικό αποτέλεσμα τη νέκρωση και τη δευτερογενή φλεγμονή του όγκου.
- Σε ρήξη του όγκου, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα συστροφής ή ακόμη και τυχαίο σύμβαμα κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, το άλγος είναι έντονο, συνήθως γενικευμένο και δίνει εικόνα οξείας κοιλίας.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις ορμονοπαραγωγών όγκων δυνατόν να εμφανισθεί αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα, ενώ σε περιπτώσεις που η αιμορραγία προέρχεται από ρήξη του όγκου εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, η αιμορραγία μπορεί να είναι μεγάλη και να προκαλέσει ολιγαϊμική καταπληξία.¹²

4.3.2 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης κακοήθειας στις ωοθήκες είναι:

1. Ιστορικό εμμήνου ρύσεως. Φαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ των μηνιαίων κύκλων που έχει μια γυναίκα στη διάρκεια της ζωής της και της εμφάνισης του καρκίνου της ωοθήκης. Όσο περισσότερους κύκλους έχει στη ζωή της τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για την εμφάνιση του καρκίνου της ωοθήκης. Έτσι αυξάνει ο κίνδυνος για την πρόωμη εμμηναρχή (πριν τα 12) και με την καθυστερημένη εμμηνόπαυση όπως και με την ατεκνία.
2. Φάρμακα που προκαλούν ωορρηξία. Η λήψη για μεγάλο χρονικό διάστημα ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων, όπως η κλομιφαίνη, χωρίς να επιτευχθεί εγκυμοσύνη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης ενός νεοπλασματος που ονομάζεται μικρής δυναμικής κακοήθειας.
3. Ηλικία. Ο κίνδυνος ανάπτυξης όγκου αυξάνει με την ηλικία (μέση ηλικία κατά τη διάγνωση τα 60 χρόνια).
4. Κληρονομικότητα. Περίπου 5- 7% των καρκίνων της ωοθήκης οφείλονται σε κληρονομική επιβάρυνση από συγγενείς εξ αίματος όπως μητέρα, αδελφή ή κόρη με καρκίνο της ωοθήκης, ιδίως εάν τον ανέπτυξε σε νέα ηλικία. Η γυναίκα κληρονομεί τον κίνδυνο αυτό όχι μόνο από την πλευρά της μητέρας της αλλά και του πατέρα της.
5. Διατροφή και τρόπο ζωής. Η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση καφέ και η πλούσια σε λιπαρά διατροφή αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η νόσος παρουσιάζεται συχνότερα σε πληθυσμούς των βιομηχανικών χωρών ιδίως κατά τα τελευταία 50 χρόνια.
6. Καρκίνος μαστού. Οι γυναίκες που παρουσίασαν καρκίνο μαστού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν και καρκίνο των ωοθηκών.^{8,12,13,14}

4.4 Αντικειμενικά ευρήματα

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

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

Στα *προχωρημένα στάδια*, ο ασκίτης είναι πολύ συχνό συνοδό αντικειμενικό εύρημα του καρκίνου των ωοθηκών. Η μεγάλη κοιλιακή ή πυελική μάζα χωρίς συνοδό ασκίτη δεν θεωρείται ύποπτη για κακοήθεια των ωοθηκών, αλλά συνήθως αντιπροσωπεύει πρωτοπαθή γαστρεντερικό όγκο ή καλοήγη όγκο των ωοθηκών. Σε μερικές περιπτώσεις, το κυρίαρχο σύμπτωμα της κακοήθειας είναι η θρομβοφλεβίτιδα, ιδίως στον όγκο από διαυγή κύτταρα, αλλά θρομβοφλεβίτιδα μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε μεγάλο όγκο, που προκαλεί μερική απόφραξη της φλεβικής ροής. Στα προχωρημένα στάδια, επίσης, η άρρωστη εμφανίζεται καχεκτική και με προσωπείο χρόνιας νόσου. Ενίοτε, μπορούν να ψηλαφηθούν μεταστάσεις στο επίπλου, με τη μορφή των οζωδών μαζών, ή μεταστάσεις στους υπερκλειδίους ή βουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ συχνά εμφανίζεται οίδημα στα κάτω άκρα.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Διαγνωστική προσέλαση του ωοθηκικού καρκίνου



5.1.1 Κλινική διάγνωση

Η πρώτη κλινική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι αποτέλεσμα τύχης και όχι εφαρμογής οποιασδήποτε επιστημονικής μεθοδολογίας, επειδή ακριβώς ο καρκίνος είναι «ύπουλος» και «σιωπηλός». Επομένως, δεν είναι ασύνηθες γεγονός, ότι η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών γίνεται στα προχωρημένα στάδιά του.

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

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

4) η κοιλιά, για την καταγραφή διάτασης, ευαισθησίας, μαζών, ανώμαλων εντερικών ήχων και ασκίτη

5) τα κάτω άκρα, για ενδείξεις οιδήματος ή θρομβοφλεβίτιδας

6) οι πνεύμονες, για ταχύπνοια ή αμβλύτητα κατά την επίκρουση και οι μαστοί, για την αναζήτηση μαζών (πιθανή ωοθηκική μεταστατική νόσος)

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ψηλάφηση της ωοθήκης στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα δεν αποτελεί αναμενόμενο φυσιολογικό εύρημα και επιβάλλει την άμεση διερεύνηση.

5.1.2 Διαγνωστική έρευνα, εργαστηριακή και παρακλινική

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

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

1) Κυτταρολογική εξέταση ασκίτικού υγρού (παρακέντηση κοιλιάς ή δουγλασειού). Η μέθοδος αυτή έχει αποδεχθεί χρήσιμη στην παρακολούθηση των αρρώστων, οι οποίες θεραπεύονται για καρκίνο των ωοθηκών και δεν εμφανίζουν κλινική ένδειξη νόσου. Ατυχώς η μέθοδος δίνει συχνά ψευδώς αρνητικά ευρήματα και μπορεί να οδηγήσει στη μετεμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά μήκος της διαδρομής της βελόνας, με την οποία γίνεται η παρακέντηση.

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

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

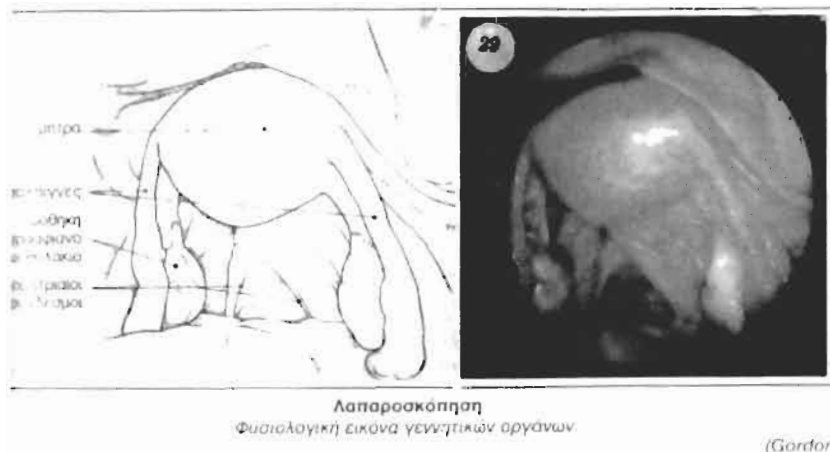
4) Ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και οστών για την αναζήτηση υγρού και μεταστάσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα ή στα οστά, καθώς και μαστογραφία για την αναζήτηση μεταστατικής εστίας στους μαστούς από πρωτοπαθή καρκίνο των ωοθηκών ή αντίστροφα.

5) Ενδοφλέβια πυελογραφία και διάβαση του εντέρου. Οι εξετάσεις αυτές είναι αναγκαίες για να προσδιορισθεί η έκταση της προγραμματιζόμενης κυτταρομειωτικής εγχείρησης.

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

7) Τεχνικές απεικόνισης της πύελου. Τα τελευταία χρόνια, με τη βελτίωση των μηχανημάτων, την υψηλότερη ευκρίνεια στα monitors, την ανάπτυξη καλύτερων προγραμμάτων για τους υπολογιστές και η χρήση της κοιλιακής κεφαλής, αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη διαγνωστική εμβέλεια το υπερηχογράφημα. Είναι μια πολύ ασφαλής και μη επεμβατική μέθοδος, εύκολα επαναλήψιμη. Τα ευρήματα είναι τις περισσότερες φορές χαρακτηριστικά. Με το υπερηχογράφημα μπορεί εύκολα να διαφοροδιαγνωστεί το ασκитικό υγρό από μια μεγάλη κύστη ωοθήκης. Μια μάζα έξω από τη μήτρα σε συνδυασμό με εσωτερικές ηχητικές αντανάκλασεις υποδηλώνει επίσης καρκίνο των ωοθηκών. Πιο αξιόλογη μέθοδο υπερηχογραφικού ελέγχου θεωρείται τελευταία το έγχρωμο διακολπικό Doppler, που επέχει θέση αγγειογραφίας των ωοθηκών. Τέλος, η λεμφαγγειογραφία, η μαγνητική και η αξονική τομογραφία μπορούν να συνεισφέρουν στην προεγχειρητική διάγνωση αλλά κυρίως στη διαπίστωση της έκτασης του ωοθηκικού καρκίνου.

8) Λαπαροσκοπικός έλεγχος. Η λαπαροσκόπηση ως διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο της ωοθήκης είναι ένα αποτελεσματικό μέσο στα χέρια του κλινικού γιατρού για τον έλεγχο της ύποπτης διόγκωσης των ωοθηκών και κυρίως όταν αυτή αφορά γυναίκες που βρίσκονται κοντά στην εμμηνόπαυση. Παρ' όλα αυτά όμως, η λαπαροσκόπηση θα πρέπει να μην ενθαρρύνεται. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι η βιοψία μέσω λαπαροσκοπίου και η αναρρόφηση με βελόνη μιας άρρηκτης ωοθηκικής μάζας, μπορεί να έχει ως επακόλουθο τη διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα.



(Gordon)

9) Καρκινικοί δείκτες. Στην προσπάθεια να ανακαλυφθεί ο καρκίνος των ωοθηκών πολύ πριν εμφανιστεί με κλινικά σημεία ή συμπτώματα –ακόμα και στο στάδιο του πρώιμου ωοθηκικού καρκίνου– χρησιμοποιούνται *οι καρκινικοί δείκτες*. Αυτοί είναι χημικές ουσίες –ποικίλης προελεύσεως και σύστασης- που παράγονται κατά κύριο λόγο από επιθηλιακά νεοπλασματικά κύτταρα. Για τον ωοθηκικό καρκίνο χρησιμοποιούνται κυρίως το ωοθηκικό αντιγόνο CA-125, η β υποομάδα της χοριακής γοναδοτροπίνης (β-HCG), το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP) και το TAG 72. Το μονοκλωνικό αντίσωμα OC-125 (το οποίο εκκρίνεται από τους περισσότερους μη βλεννοπαραγωγούς επιθηλιακούς όγκους της ωοθήκης) αποτελεί τον πιο χρήσιμο δείκτη. Ο συνδυασμός μετρήσεων του CA-125 με υπερηχογραφικό έλεγχο και την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση προσφέρει διαγνωστική προσέγγιση που πλησιάζει το 95%.^{7,8,9,11}

5.2. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τα λειομύωματα, την εγκυμοσύνη, τη γεμάτη με ούρα ουροδόχο κύστη, την εξαρτηματίτιδα, τη νεφρόπτωση κλπ. Σε ύπαρξη ασκίτη πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την πυλαία υπέρταση, τη νέφρωση, την καρδιακή ανεπάρκεια και από το σύνδρομο Meigs, από το ιστορικό της άρρωστης. Επίσης, η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει από ένα περισαλπγγικό ή

οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, από μια εξωμήτρια κύηση, από ένα ινομύωμα και από μία λόγω συμφύσεων καθηλωμένη κύστη ωοθήκης.^{5,15}

5.3 Ελπίδες για έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα για τους ογκολόγους, αφού συνήθως, όταν διαγνώσκεται, βρίσκεται ήδη σε πολύ προχωρημένο στάδιο και τα αποτελέσματα της θεραπείας συνήθως δεν είναι ικανοποιητικά. Όμως, ερευνητές από τον Οργανισμό Τροφών και Φαρμάκων (FDA) και το Διεθνές Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI), δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, που αφορούν σ' ένα νέο τεστ για την ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών. Πρόκειται για την ανακάλυψη μιας αιματολογικής εξέτασης που βασίζεται στην ανίχνευση μιας σειράς πρωτεϊνών στο αίμα γυναικών, διαρκεί 30 λεπτά και φαίνεται πως είναι 100% αποτελεσματικό στην ανίχνευση περιπτώσεων καρκίνου των ωοθηκών, ακόμα και αυτών που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο της νόσου. Οι επιστήμονες ελπίζουν σύντομα να τελειοποιήσουν τη μέθοδο αυτή και να την εισάγουν στο προσυμπτωματικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού.

Ο Δρ. Σάμουελ Μοκ και οι συνεργάτες του από το Brigham and Women's Hospital της Βοστώνης μελέτησαν κύτταρα προερχόμενα από κακοήθεις ωοθηκικούς όγκους, καθώς και φυσιολογικά ωοθηκικά κύτταρα. Ανακάλυψαν ότι τα επίπεδα ορού της πρωτεΐνης προστασίνης ήταν αυξημένα στις 64 γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο των ωοθηκών, συγκριτικά με τα αντίστοιχα του ορού των 137 υγιών γυναικών που χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα μ' αυτή την ανακάλυψη, οι μελετητές υποστηρίζουν ότι η προστασίνη θα μπορούσε να συνδυαστεί με άλλες εργαστηριακές παραμέτρους και να αποτελέσει αξιόπιστο δείκτη διάγνωσης του καρκίνου των ωοθηκών σε αρχικό στάδιο σε γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών ή σε όσες είναι πάνω από 40 ετών). Ευελπιστούν δηλαδή ότι θα χρησιμοποιήσουν κάτι ανάλογο με τον καρκινικό δείκτη PSA που χρησιμοποιείται για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη στους άνδρες.^{16,17,18,19}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου ωοθηκών

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

Στα αρχικά στάδια, όπου η νόσος είναι τοπικά περιορισμένη, το 60% των ασθενών μπορούν να ιαθούν με την εγχείρηση και μόνον. Πολλές μελέτες στις οποίες ερευνήθηκαν και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες όπως χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, δεν έδειξαν με σαφήνεια καλύτερα αποτελέσματα, και προς το παρόν πολλές κλινικές έρευνες βρίσκονται σε εξέλιξη.

Στα προχωρημένα στάδια, η κατάσταση είναι διαφορετική. Απαραίτητη είναι η σωστή αρχική εγχείρηση. Σε αυτήν θα γίνει αφαίρεση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης μάζας καρκίνου. Η σωστή αρχική εγχείρηση, μπορεί να περιλαμβάνει και αφαίρεση άλλων προσβεβλημένων οργάνων όπως η μήτρα, το μείζον επίπλουν, τμήματα λεπτού και παχέος εντέρου, ακόμη και εκτομή τμημάτων του περιτοναίου. Ταυτόχρονα με την εγχείρηση θα εκτιμηθεί η έκταση της νόσου.

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν δείξει πολλές εργασίες που ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και αφορούν στην ενδοπεριτοναϊκή έγχυση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Οι ενδείξεις είναι τόσο θετικές, ώστε σε ορισμένα μεγάλα κέντρα του εξωτερικού, να αποτελούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας. Τελευταίως εφαρμόζεται και η μέθοδος της διεγχειρητικής συνεχούς ενδοπεριτοναϊκής υπερθερμικής έκπλυσης με χημειοθεραπευτικά φάρμακα, μέθοδος που χρησιμοποιείται αμέσως μετά το τέλος της εγχείρησης και όσο ακόμη η ασθενής βρίσκεται υπό γενική αναισθησία. Τα αποτελέσματα στον τοπικό έλεγχο της νόσου και στον έλεγχο του ασκίτη είναι πολύ ενθαρρυντικά. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται με επιτυχία και σε ελληνικά Κέντρα.

Μετά την εγχείρηση, ακολουθεί σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις χημειοθεραπεία. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η αντιμετώπιση των προχωρημένων σταδίων

βασίζεται στο συνδυασμό ενός παραγώγου της πλατίνας (Σισπλατίνη, Καρμποπλατίνη) και μιας Ταξάνης. Δυστυχώς όμως, οι συνδυασμοί αυτοί δεν έχουν βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση στα προχωρημένα στάδια και η έρευνα κατευθύνεται προς την ανάπτυξη άλλων, δραστικότερων φαρμάκων.^{7,11,12}

6.1.1 Χειρουργική θεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου

Η χειρουργική δεν επαρκεί μόνη να θεραπεύσει τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με πρωτοπαθές επιθηλιακό καρκίνο της ωοθήκης. Ο ρόλος της, εντούτοις, στην αντιμετώπιση της συχνής αυτής γυναικολογικής κακοήθειας είναι καθοριστικός, αφού εκτείνεται από τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση της νόσου έως την παρηγορητική αντιμετώπιση της εντερικής απόφραξης. Η χειρουργική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς επιθηλιακού καρκίνου της ωοθήκης, μπορεί να διαιρεθεί σχηματικά στα εξής στάδια:

- Διάγνωση και αρχική σταδιοποίηση.
- Αρχική κυτταρομειωτική χειρουργική.
- Ενδιάμεση κυτταρομειωτική χειρουργική.
- Χειρουργική επανασταδιοποίηση επιλεγμένων ασθενών (second look operation) και κυτταρομειωτική χειρουργική κατά τη διάρκεια της επανασταδιοποίησης.
- Κυτταρομειωτική χειρουργική για υποτροπιάζουσα ή προοδευτική νόσο.
- Παρηγορητικές επεμβάσεις σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο.²⁰

6.1.1.1 Διάγνωση και αρχική σταδιοποίηση

Είτε πρόκειται για πρώιμη νόσο, είτε για γενικευμένη καρκινομάτωση με ασκίτη, η οριστική διάγνωση του πρωτοπαθούς επιθηλιακού καρκίνου της ωοθήκης είναι δυνατή μόνο με τη χειρουργική διερεύνηση. Κατά τη διάρκεια της αρχικής χειρουργικής επέμβασης, όλες οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική σταδιοποίηση, ώστε να επιλεγεί η ιδανικότερη με την μετεγχειρητική θεραπεία.

Η χειρουργική σταδιοποίηση είναι μια αυτοτελής επέμβαση που ακολουθεί χρονικά την εξαίρεση που ενδείκνυται για το συγκεκριμένο στάδιο της νόσου. Πρόκειται ουσιαστικά για τη λήψη βιοψιών από πολλαπλές, συγκεκριμένες θέσεις στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με στόχο να ελεγχθούν όλα τα πιθανά σημεία διασποράς της νόσου. Η χειρουργική σταδιοποίηση ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις νεοδιαγνωσμένης νόσου, εκτός από τις ασθένειες υψηλού εγχειρητικού κινδύνου, γιατί μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τον καθορισμό της πρόγνωσης χωρίς να προκαλεί σημαντική νοσηρότητα.^{4,20}

6.1.1.2 Αρχική κυτταρομειωτική χειρουργική

Η αρχική κυτταρομειωτική χειρουργική έχει στόχο την αφαίρεση όσο το δυνατόν περισσότερης καρκινικής μάζας κατά τη διάρκεια της πρώτης επέμβασης. Στο πρωτοπαθές επιθηλιακό καρκίνωμα της ωοθήκης η κυτταρομείωση φαίνεται να έχει σημαντικά πλεονεκτήματα ακόμα και όταν δεν μπορεί να εξαιρεθεί πλήρως η νόσος.

Σε κλινικό επίπεδο, ήδη από το 1935 ο Meigs είχε προτείνει να αφαιρείται όσον το δυνατόν περισσότερη καρκινική μάζα κατά την αρχική επέμβαση, ώστε να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας.

Μια πρόσφατη ανασκόπηση πολλών κλινικών μελετών απέδειξε τα πλεονεκτήματα της αρχικής κυτταρομειωτικής χειρουργικής σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο: Από τις ασθένειες που χειρουργήθηκαν με σκοπό την εξαίρεση όσο το δυνατόν περισσότερου καρκινικού όγκου, οι ασθενείς όπου η χειρουργική επέτρεψε "ιδανική" κυτταρομείωση (νόσο με μέγιστη διάμετρο <1 εκ.), παρουσίασαν καλύτερη ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία (43% έναντι 24%), παρατεταμένο διάστημα χωρίς πρόοδο της νόσου (31 έναντι 13 μήνες) και βελτίωση στη μέση επιβίωση (36 έναντι 16 μήνες). Σε ασθενείς σταδίου IV, έχει αποδειχθεί ότι η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία είναι καλύτερη όταν μετά την κυτταρομειωτική χειρουργική παραμένει υπολειμματικός όγκος 2 εκ. ή λιγότερο.

Η επιτυχημένη κυτταρομείωση δεν είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει την πρόγνωση των ασθενών μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η βιολογική συμπεριφορά και η επιθετικότητα του κάθε όγκου μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο. Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί οι ασθενείς σταδίου III, που στην αρχική επέμβαση

έχουν μεταστατική νόσο <1 εκ, έχουν καλύτερη πρόγνωση από ασθενείς με αρχικά μεγαλύτερο όγκο, που υποβλήθηκαν σε κυτταρομείωση και είχαν λιγότερο από 1εκ. υπολειπόμενο όγκο, ή γιατί εάν δεν επιτευχθεί κυτταρομείωση <2 εκ, δεν υπάρχει διαφορά στην επιβίωση ανεξάρτητα από το πόσος νεοπλασματικός όγκος πάνω από το όριο αυτό παραμένει στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τεχνικά, σε προχωρημένη νόσο, η χειρουργική κυτταρομείωση μπορεί να αποδειχθεί μια πολύ δύσκολη επέμβαση, καθώς η προσπάθεια να εγκαταλειφθεί όσο το δυνατόν λιγότερη νεοπλασματική νόσος μπορεί να οδηγήσει σε εκτεταμένες εκτομές και άλλων οργάνων εκτός από το μείζον επίπλουν και τα έσω γεννητικά όργανα.^{4,20}

Στην κυτταρομειωτική εγχείρηση εφαρμόζεται η ακόλουθη εγχειρητική τεχνική, η οποία στοχεύει καταρχήν στη σταδιοποίηση και στη συνέχεια στη σμίκρυνση του όγκου:

(1) Κοιλιακή τομή. Η τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων πρέπει να είναι μέση κάθετη υπομφάλιος, που μπορεί να επεκταθεί και να γίνει και υπερομφάλιος. Η εγκάρσια τομή πρέπει να αποφεύγεται, πρώτα γιατί δυνατόν να αντιμετωπιστούν απροσδόκητες δυσχέρειες στην εξαίρεση του όγκου και ύστερα γιατί αυτός δεν πρέπει να σπάσει στην προσπάθεια να βγει έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα.

(2) Λήψη υγρού για κυτταρολογική εξέταση. Παίρνονται ασκитικό υγρό ή περιτοναϊκά εκπλύματα, εάν δεν υπάρχει ασκίτης, μετά από έγχυση 200 κ.εκ. φυσιολογικού όρου και επαναρρόφησή του. Το υγρό ηπαρινίζεται και αποστέλλεται αμέσως στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

(3) Έλεγχος περιτοναϊκής κοιλότητας. Πρέπει να ελέγχεται με άμεση επισκόπηση και να ψηλαφάται όλη η περιτοναϊκή κοιλότητα, περιλαμβανομένου του ήπατος, του διαφράγματος, του εντέρου και του μεσεντερίου, του επιπλόου και των παραορτικών λεμφογαγγλίων για να καταστεί δυνατή η σταδιοποίηση του όγκου.

(4) Εξαίρεση οργάνων και ιστών. Αν και το διαγνωστικό σκέλος της κυτταρομειωτικής εγχείρησης, καθώς και το σκέλος της σταδιοποίησης του ωοθηκικού καρκίνου, αποτελούν βασικούς στόχους, το θεραπευτικό μέρος της εγχείρησης είναι καθοριστικό. Κύριος στόχος της εγχείρησης είναι η μείωση της νεοπλασματικής μάζας, η εξαίρεση δηλαδή όσο περισσότερων καρκινικών ιστών είναι δυνατό.

(5) Εξαίρεση μεγάλων κύστεων. Κατά την εγχειρητική εξαίρεση των μεγάλων κύστεων είναι αναγκαία ενίοτε η παροχέτευση του περιεχομένου, προκειμένου να καταστεί δυνατή η εκβολή της κύστης δια του εγχειρητικού τραύματος. Κατά την παροχέτευση πρέπει να αποφευχθεί η διαφυγή του περιεχομένου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα για να ελαττωθεί ο κίνδυνος διασποράς. Με τον τρόπο αυτό επιτρέπεται η βαθμιαία ελάττωση του μεγέθους της κοιλιακής διόγκωσης και περιορίζεται ο κίνδυνος καρδιο-αναπνευστικής ανεπάρκειας, όταν αρθεί βαθμιαία η προς τα άνω απόθεση του διαφράγματος.^{4,8}

6.1.1.3 Ενδιάμεση κυτταρομειωτική χειρουργική

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η χειρουργική κυτταρομείωση που επιχειρείται μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο που έχουν ήδη υποβληθεί αρχικά σε χειρουργική επέμβαση, που όμως δεν κατόρθωσε να επιτύχει ικανοποιητική κυτταρομείωση.

Σε μια ανασκόπηση 1777 ασθενών, ο Hoskins αναφέρει ότι ικανοποιητική κυτταρομείωση επιτεύχθηκε στην πρώτη επέμβαση σε ποσοστό μόνο 33%. Αυτό σημαίνει ότι η πλειοψηφία των ασθενών με προχωρημένο επιθηλιακό καρκίνωμα της ωοθήκης, αρχίζει τη χημειοθεραπεία έχοντας σημαντικού βαθμού ενδοκοιλιακή νόσο.

Φαίνεται έτσι λογικό, μετά από 2 έως 4 κύκλους χημειοθεραπείας, να προσφερθεί στην ασθενή μια δεύτερη ευκαιρία να υποβληθεί σε ικανοποιητική κυτταρομείωση (υπολειπόμενος όγκος <1 cm), ώστε η συνέχιση της χημειοθεραπείας να έχει καλύτερα αποτελέσματα, έχοντας να αντιμετωπίσει μικρότερο καρκινικό φορτίο πριν από την ανάπτυξη αντοχής στη θεραπεία. Στην επέμβαση αυτή υποβάλλονται κατά κανόνα ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στην αρχική χημειοθεραπεία.

Οι επεμβάσεις οι οποίες είναι γνωστές ως ενδιάμεσες κυτταρομειωτικές επεμβάσεις και έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες ετεροειδείς ομάδες ασθενών είναι οι πιο κάτω:

1. Επανεγχειρήσεις (second look operations) σε ασθενείς χωρίς κλινικά ευρήματα υπολειμματικής νόσου μετά από αρχική χειρουργική θεραπεία και χημειοθεραπεία.

2. Ασθενείς που έχουν ανταποκριθεί στην αρχική χειρουργική θεραπεία και στη συμπληρωματική χημειοθεραπεία αλλά παρουσιάζουν κλινικά ανιχνεύσιμη υπολειμματική νόσο.
3. Ασθενείς στις οποίες το μέγεθος του όγκου παραμένει το ίδιο ή εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
4. Ασθενείς με πλήρη ανταπόκριση αλλά στις οποίες η νόσος υποτροπιάζει μετά τη συμπλήρωση της αρχικής χειρουργικής θεραπείας και χημειοθεραπείας.
5. Ασθενείς με μη ιδανική ή ανεπαρκή αρχική χειρουργική θεραπεία στις οποίες γίνεται προσπάθεια κυτταρομειωτικής θεραπείας κατά τη διάρκεια ή μετά τη συμπλήρωση της πρωτογενούς χημειοθεραπείας.
6. Τέλος, οι ενδιάμεσες χειρουργικές επεμβάσεις είναι διαφορετικές μεταξύ τους, ενέχουν διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου και θα πρέπει να εξεταστούν ξεχωριστά.^{4,20}

6.1.1.4 Χειρουργική επανασταδιοποίηση επιλεγμένων ασθενών (second look operation)

Η χειρουργική επανασταδιοποίηση απευθύνεται εξ ορισμού σε επιλεγμένες ασθενείς, που συμπλήρωσαν ένα αρχικό κύκλο θεραπείας και δεν έχουν καμία κλινική ένδειξη νόσου και τόσο η απεικονιστικές εξετάσεις όσο οι πιο καρκινικοί δείκτες είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Πρόκειται για μια προγραμματισμένη επέμβαση που παρουσιάζει ορισμένα σημαντικά θεωρητικά πλεονεκτήματα:

- (1) Η ανακάλυψη πολύ μικρής υπολειμματικής νόσου που έχει διαφύγει από τις απεικονιστικές εξετάσεις. Στην περίπτωση αυτή, η ασθενής δικαιούται να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν ο υπολειπόμενος νεοπλασματικός όγκος είναι μικρός
- (2) Η διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς που είναι ελεύθερες νόσου ή η ένταξή τους σε ειδικά ερευνητικά πρωτόκολλα.

- (3) Στις ασθενείς με σημαντική υπολειμματική νόσο, παρέχεται μία ακόμα ευκαιρία για κυτταρομείωση. Πράγματι, έχει υπολογισθεί ότι στο 40% των ασθενών που θεωρούνται με κλινικά και ακτίνα λογικά κριτήρια ελεύθερες νόσου, βρίσκεται μετρητός όγκος κατά τη χειρουργική επανασταδιοποίηση. Οι ασθένειες αυτές, εφόσον υποβληθούν σε επιτυχή κυτταρομείωση, επιβιώνουν περισσότερο.
- (4) Επιτρέπει την τοποθέτηση ενώ ως καθετήρα ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών. Η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, φαίνεται να προκαλεί ευνοϊκή ανταπόκριση σε σημαντικό ποσοστό ασθενών (65%). Η διάρκεια της ανταπόκρισης ωστόσο δεν είναι ακόμα καθορισμένη, αν και υποστηρίζεται ότι η second look χειρουργική επιτρέπει την αναγνώριση των ομάδων εκείνων των ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από την ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία

Παρά τα θεωρητικά αυτά σημεία οι second look επεμβάσεις παρουσιάζουν μια νοσηρότητα που πρέπει να συνυπολογίζεται στο προσδοκώμενο όφελος. Μπορεί να γίνουν είτε με λαπαροτομία είτε με λαπαροσκόπηση και η εγχειρητική στρατηγική είναι εν πολλοίς ταυτόσημη με αυτή που ακολουθείται κατά την αρχική σταδιοποίηση των ασθενών.

Οι επιπλοκές της λαπαροτομίας για επανασταδιοποίηση περιλαμβάνουν: διαπρήξεις του εγχειρητικού τραύματος (6-12%), λοιμώξεις του ουροποιητικού (5-13%), επιπλοκές από το αναπνευστικό (2-5%) και κυρίως επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα σε ποσοστό 5 έως 17% σε διάφορες σειρές.

Οι πρόοδοι στην λαπαροσκοπική χειρουργική έχουν ενισχύσει τη θέση της λαπαροσκόπησης στην επανασταδιοποίηση των ασθενών με πρωτοπαθή επιθηλιακό καρκίνο της ωοθήκης. Ωστόσο η μέθοδος αυτή παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα: ανεπαρκής εξερεύνηση της περιτοναϊκής κοιλότητας σε ποσοστό έως και 12%, υψηλό αριθμό ψευδώς αρνητικών λαπαροσκοπήσεων (11-55%) και σημαντικό ποσοστό επιπλοκών κυρίως τραυματισμών του εντέρου (2-9%). Συνολικά πάντως, η λαπαροσκόπηση θεωρείται μια καλή οδός προσπέλασης για τις second look επεμβάσεις στον καρκίνο της ωοθήκης, αφού επιπλέον υπολογίζεται ότι μειώνει την ανάγκη μιας λαπαροτομίας σε ποσοστό 35-50%.^{4,20}

6.1.1.5 Κυτταρομειωτική χειρουργική για υποτροπιάζουσα ή προοδευτική νόσο

Η κυτταρομειωτική χειρουργική σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χημειοθεραπεία της πρώτης γραμμής δεν φαίνεται να παρατείνει σημαντικά την επιβίωση, ενώ συνεπάγεται σημαντική νοσηρότητα.

Πρόκειται συνήθως για περίπλοκες επεμβάσεις με σημαντική νοσηρότητα. Στις σειρές του Morris και του Michel σε 31 και 77 ασθενείς αντίστοιχα, ικανοποιητική κυτταρομείωση (υπολειμματικός όγκος <2 cm) επιτεύχθηκε αντίστοιχα σε 16 και 32 περιπτώσεις. Η μέση επιβίωση των ασθενών αυτών δεν ήταν καλύτερη από εκείνες όπου παρέμενε πιο εκτεταμένη νόσος.

Πιθανή εξαίρεση αποτελούν οι ασθενείς που παρουσίασαν υποτροπή της νόσου μέσα σε διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών από τη συμπλήρωση της αρχικής χημειοθεραπείας. Το 83% των ασθενών αυτών μπορεί να υποβληθούν σε πλήρη κυτταρομειωτική επέμβαση και εφόσον αυτό κατορθωθεί, η επιβίωσή τους είναι μεγαλύτερη από αντίστοιχες ασθενείς που παραμένουν με μακροσκοπική νόσο (μέση επιβίωση 45 μήνες, έναντι μόνο 5 μηνών στις υπόλοιπες).²⁰

6.1.1.6 Παρηγορητικές επεμβάσεις σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο

Οι παρηγορητικές επεμβάσεις σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο συνήθως αφορούν το πεπτικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα εντερικές εκτομές ή παρακάμψεις για αποφρακτικό ειλεό, στα πλαίσια μιας προοδευτικής ενδοκοιλιακής νόσου.

Συχνά οι επεμβάσεις αυτές περατώνονται με μια στομία του πεπτικού σωλήνα (ειλεοστομία ή κολοστομία). Το λεπτό έντερο αποτελεί το συνηθέστερο σημείο απόφραξης σε ποσοστό 44%, ακολουθούμενο σε συχνότητα από το κόλον (33%) ή από απόφραξη και του λεπτού και το παχέως εντέρου.

Υποστηρίζεται ότι στο 80% των περιπτώσεων η χειρουργική θα μπορέσει να λύσει το πρόβλημα της απόφραξης. Από αυτές, το 80% θα καταφέρει τελικά να εξέλθει από το νοσοκομείο, με μια μέση επιβίωση 6-8 μήνες.

Η συντηρητική - μη χειρουργική- αντιμετώπιση των ασθενών αυτών με παρεντερική διατροφή, με ή χωρίς την προσθήκη μιας ενδοσκοπικής γαστροστομίας αποτελεί ελκυστική λύση και χρειάζονται σχεδιασμένες μελέτες για να αποδειχθεί εάν η μέθοδος αυτή πλεονεκτεί σε σχέση με τις παρηγορητικές εκτομές ή παρακάμψεις.²⁰

6.1.1.7 Η επίδραση της εγχειρητικής θεραπείας στη γονιμότητα

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλική λειτουργία βλάπτοντας την αγγειακή παροχή ή μειώνοντας τα επίπεδα της κυκλοφορούμενης ορμόνης ή βλάπτοντας τα νευρικά πλέγματα της περιοχής. Άμεση επίδραση έχει και η αφαίρεση των έξω γεννητικών οργάνων.

Αρκετές μελέτες όμως εμφανίζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά την δυνατότητα για επιθυμία, διέγερση και την αίσθηση του οργασμού.²¹

6.1.2 Χημειοθεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου

Η χαμηλή μέση επιβίωση πολλών αρρώστων με προχωρημένο καρκίνο αποτελεί σαφή ένδειξη της αναγκαιότητας πρόσθετης θεραπευτικής αγωγής, μετά την αρχική θεραπεία, με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ο σκοπός της θεραπείας με χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με όσο το δυνατό μικρότερη επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα, αλλά λίγα κυτταροτοξικά φάρμακα έχουν τέτοια εκλεκτική δράση και πολλές από τις παρενέργειες τους, σχετίζονται με τη φύση της δράσης τους, καθώς προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ταχέως διαιρούμενα κύτταρα.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών ήδη από το 1950, όταν άρχισε ευρύτερα να χρησιμοποιείται η μελφαλάνη, ένας αλκυλιωτικός παράγοντας. Από τότε, μέχρι και σήμερα ακόμη, η μελφαλάνη αποτελεί σημείο αναφοράς για τη συντήρηση της αποτελεσματικότητας και της τοξικότητας των νεότερων φαρμάκων.^{8,22}

6.1.2.1 Χημειοθεραπεία αρχόμενων σταδίων καρκίνου των ωοθηκών

Οι βασικές αρχές της συστηματικής θεραπείας των σταδίων I και II είναι αρκετά σαφείς. Για τις ασθενείς με στάδιο Ia και Ib και ανώτερη ιστολογική διαβάθμιση φαίνεται ότι η ριζική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και η επιπλοεκτομή επαρκούν, αφού η ίαση επιτυγχάνεται σε περισσότερο από το 90% των ασθενών. Ο σκοπός της θεραπείας με χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με όσο το δυνατόν μικρότερη επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα, αλλά λίγα κυτταροτοξικά φάρμακα έχουν τέτοια εκλεκτική δράση και πολλές από τις παρενέργειες τους, σχετίζονται με τη φύση της δράσης τους, καθώς προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ταχέως διαιρούμενα κύτταρα.

Η συστηματική ή η ενδοπεριτοναϊκή θεραπεία επιφυλάσσεται για τις ασθενείς σταδίου Ia ή Ib με χαμηλή ιστολογική διαβάθμιση (πτωχά διαφοροποιημένο νεόπλασμα) ή σταδίου Iγ ή σταδίου IIa ή IIβ. Η αγωγή μπορεί να είναι μελφαλάνη, ενώ περιτοναϊκή χορήγηση P32 ή συνδυασμοί σισπλατίνης - κυκλοφωσφαμίδης και καρμποπλατίνης - πακλιταξέλης βραχείας διάρκειας (4 ή 6 κύκλοι). Η συγκριτική μελέτη της GOG (Gynecologic Oncology Group) όπου 141 ασθενείς σταδίου Ia, Ib, Iγ και IIa τυχαιοποιήθηκαν σε μελφαλάνη ή ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση P32, έδειξε ότι η ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση P32 είναι η θεραπεία εκλογής σε σχέση με τη μελφαλάνη. Ωστόσο σε 2 τυχαιοποιημένες μελέτες όπου συγκρίθηκε ο P32 με την πλατίνη δεν αποδείχθηκε ουσιαστικό όφελος από τη χορήγηση P32.^{4,8,22}

6.1.2.2 Χημειοθεραπεία προχωρημένων σταδίων καρκίνου των ωοθηκών

1. Χημειοθεραπεία χωρίς πλατίνη

Διάφοροι αλκυλιούντες παράγοντες, η εξαμεθαλμελαμίνη και οι ανθρακυκλίνες έχουν δείξει δραστηριότητα στον προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών. Ωστόσο οι επιταχυνόμενες ανταποκρίσεις (συνολικές ανταποκρίσεις 40-50%, πλήρεις ανταποκρίσεις 10-20%) και η επιβίωση (διάμεση 12-15 μήνες) ήταν σε απελπιστικά χαμηλό επίπεδο.⁴

2. Χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη ή την καρμποπλατίνη

Η πλατίνη από μόνη της είτε σε συνδυασμό με κυκλοφωσφαμίδη ή με κυκλοφωσφαμίδη και δοξορουμπικίνη αποδείχθηκε πολύ δραστική θεραπεία στον καρκίνο ωοθηκών, επιτυγχάνοντας 60-80% συνολικές ανταποκρίσεις με περίπου 50% πλήρεις κλινικές ανταποκρίσεις και 20% ιστολογικά τεκμηριωμένες υφέσεις. Επιπλέον ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών που θεραπεύθηκαν με χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη παρουσίασαν μια σημαντική επιμήκυνση της επιβίωσης (διάμεση επιβίωση 24 μήνες) και 15-20% ελεύθερο νόσου διάστημα. Η μελέτη της Γυναικολογικής Ογκολογικής Ομάδος (GOG) όπως συγκρίθηκε ο συνδυασμός της κυκλοφωσφαμίδης με δοξορουμπικίνη έναντι των ιδίων φαρμάκων με προσθήκη της πλατίνης (CAP) έδειξε ότι η χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη (CAP) υπερείχε στις ανταποκρίσεις (51% έναντι 26%) και τη συνολική επιβίωση (15,7 έναντι 9,7 μήνες). Ανάλογες μελέτες από την Ολλανδία και της ΗΠΑ κατέληξαν στα ίδια αποτελέσματα.

Ωστόσο, οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών παρουσιάζουν τη νόσο στην 6η 10ετία της ζωής τους, όπου συνυπάρχουν συχνά παθολογικά προβλήματα, όπως διαταραχές της καρδιακής και νεφρικής λειτουργίας. Επιπλέον η ανοχή των ασθενών τις ορισμένες οξείες (ναυτία – έμετος) ή μακροχρόνιες (νευροτοξικότητα) παρενέργειες είναι πτωχή. Τέλος σε αύξηση της δόσης της πλατίνης που ενδεχομένως αυξάνει την ανταπόκριση, συνοδεύεται από πολύ σοβαρή, ενίοτε απαράδεκτη, νευροτοξικότητα και κάποιο βαθμό μυελοκαταστολής. Έτσι η χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη συχνά διακόπτεται, καθυστερεί ή μειώνεται σημαντικά με αποτέλεσμα την ελάττωση της αποτελεσματικότητας.

Η καρμποπλατίνη (CBDCA) είναι ένα ανάλογο της πλατίνης που εκτός της μυελοκαταστολής, στερείται των σοβαρών και συχνών πάρα ενεργειών της μητρικής ουσίας, ενώ συγχρόνως μπορεί να χορηγηθεί εύκολα σε εξωτερική βάση χωρίς προενυδάτωση και μετενυδάτωση.

Οι συνδυασμοί καρμποπλατίνης με κυκλοφωσφαμίδη ή κυκλοφωσφαμίδη και ανθρακυκλίνες δείχνουν αποτελέσματα ανάλογα με εκείνα όταν η καρμποπλατίνη χορηγείται σαν μονοθεραπεία.

Η χορήγηση της καρμποπλατίνης σύμφωνα με τον υπολογισμό της περιοχής κάτω της καμπύλης (area under the curve, AUC) επιτρέπει με ασφάλεια τη χορήγηση

υψηλότερων δόσεων καρμποπλατίνης χωρίς σοβαρή μυελοτοξικότητα. Παραπέρα η συνδυασμένη χορήγηση πακλιταξέλης με καρμποπλατίνη, όπως αργότερα θα αναφερθεί όχι μόνο είναι εφικτή αλλά φαίνεται να περιορίζει της το ελάχιστο την πιθανότητα της θρομβοπενίας.⁴

3. Χημειοθεραπεία με βάση τις ταξάνες

Οι ταξάνες (Paclitaxel, Docetaxel) είναι μια νέα κατηγορία κυτταροτοξικών φαρμάκων που ασκούν την αντινεοπλασματική τους δράση σαν δηλητήρια της μίτωσης με μοναδικό τρόπο (επαγωγή του πολυμερισμού της τουμπουλίνης σε μικροσωληνάρια, αναστολή αποπολυμερισμού των μικροσωληναρίων). Τα φάρμακα αυτά αποδείχθηκαν δραστικά στον καρκίνο των ωοθηκών που υποτροπίασε μετά από χορήγηση πλατίνης. Ανταποκρίσεις παρατηρήθηκαν ακόμη και σε ανθεκτικές στην πλατίνη περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών.

Μετά τις αναφερθείσες διαπιστώσεις η Γυναικολογική Ογκολογική Ομάδα (GOG) συγκρίνει τη δράση της πλατίνης 75 mg/m² με κυκλοφωσφαμίδη 750 mg/m² έναντι πλατίνης 75 mg/m² με πακλιταξέλη 135 mg/m² (24ωρη έγχυση) σε 410 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών. Η μελέτη απέδειξε υπεροχή του συνδυασμού πλατίνης – πακλιταξέλης σε σχέση με την ανταπόκριση (73% έναντι 60%) και διάμεση επιβίωση (38 έναντι 24 μήνες). Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής επέτρεψαν να διατυπωθεί η άποψη ότι στις παρούσες συνθήκες του Ιανουαρίου 1996 η θεραπεία εκλογής του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών είναι ο συνδυασμός πλατίνης – πακλιταξέλης.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω δεδομένα οι συνδυασμοί πακλιταξέλης με την πλατίνη ή τα παράγωγά της (καρμποπλατίνη) φαίνεται να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στον προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών. Παραπέρα συνδυασμοί ταξανών με νεότερα δραστικά φάρμακα όπως η τοποτεκάνη (Hycamptin) και η λιποσωμιακή δοξορουμπικίνη (Caelyx) φαίνονται ιδιαίτερα ελκυστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.⁴

4. Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

Το περιτόναιο σαν «πύλη εισόδου» φαρμάκων έχει χρησιμοποιηθεί ήδη από τον 18^ο αιώνα. Η περιτοναϊκή κοιλότητα αποτελεί συχνή περιοχή μεταστάσεων ορισμένων νεοπλασμάτων, όπως καρκίνου των ωοθηκών, του στομάχου, του παχέος εντέρου και

του παγκρέατος. Ειδικότερα ο καρκίνος των ωοθηκών χαρακτηρίζεται από τις περιτοναϊκές μεταστάσεις που είναι ιδιαίτερα συχνές, ενώ οι μεταστάσεις συγχρόνως μπορεί να παραμείνουν περιορισμένες εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να δώσουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Η μεταφορά ενός φαρμάκου διαμέσου του περιτοναίου εξαρτάται από το μοριακό βάρος, το μέγεθος, τη λιποδιαλυτότητα και το ηλεκτρικό του φορτίο. Η διαμέσου του περιτοναίου κάθαρση μια ουσίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του μοριακού βάρους. Έτσι η 5-φθοριουρακίλη που έχει μικρό μοριακό βάρος χαρακτηρίζεται από ταχεία περιτοναϊκή κάθαρση σε αντίθεση με τη μπλεομυκίνη που έχει μεγάλο μοριακό βάρος. Η λιποδιαλυτότητα ενός φαρμάκου επιταχύνει την κίνησή του μέσω του περιτοναίου έτσι τα περισσότερα χρησιμοποιούμενα σήμερα αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι υδροδιαλυτά. Μετά την ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση το φάρμακο φθάνει στις νεοπλασματικές εστίες, τόσο με άμεση διείσδυση, όσο και διά μέσου των τριχοειδών, μετά την απορρόφησή του από την συστηματική κυκλοφορία. Τα αντινεοπλασματικά φάρμακα με μικρό μοριακό βάρος (<5000) απάγονται από την περιτοναϊκή κοιλότητα με τη συστηματική κυκλοφορία, ενώ τα μεγάλου μοριακού βάρους (5000-10000) φάρμακα μέσω των λεμφαγγείων.

Το ιδανικό για ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία αντινεοπλασματικό φάρμακο, πρέπει να έχει τις εξής ιδιότητες:

α) Υψηλή συγκέντρωση στην περιτοναϊκή κοιλότητα έναντι του πλάσματος.

β) «Κρημνώδη» καμπύλη δόσης- αποτελέσματος.

γ) Απουσία τοπικής τοξικότητας.

δ) Απουσία διασταυρούμενης ανθεκτικότητας με φάρμακα που χρησιμοποιούνται για συστηματική χημειοθεραπεία

Προϋπόθεση για τη χορήγηση ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας είναι η επίτευξη υψηλών συγκεντρώσεων στο όργανο – στόχος (περιτοναϊκή κοιλότητα) με διατηρηθεί σχετικά χαμηλών μη τοξικών επιπέδων του φαρμάκου στη συστηματική κυκλοφορία. Τονίζεται ιδιαίτερος ότι η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών θεωρείται δραστική με την προϋπόθεση ότι υπάρχει ελαχίστη υπολειμματική νόσος ή οι περιτοναϊκές εμφυτεύσεις έχουν μικρή διάμετρο ώστε οι βλάβες να μπορεί να εκτεθούν σε υψηλά επίπεδα φαρμάκων.^{4,8,22}

6.1.2.3 Παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα αντινεοπλασματικά φάρμακα προκαλούν εξαιρετικά δυσάρεστες παρενέργειες, λόγω κυρίως της καταστολής του μυελού των οστών και βλάβης του γαστρεντερικού συστήματος, όταν χορηγούνται σε αποτελεσματικές δόσεις, οι οποίες δεν απέχουν πολύ από τις τοξικές. Αναφέρονται π.χ. ναυτία, έμετοι, διάρροια, στοματίτιδα, αλωπεκία και νευροτοξικότητα. Η καταστολή του μυελού των οστών είναι συνήθης και τα λευκά αιμοσφαίρια πρέπει να ελέγχονται τακτικά στη διάρκεια της θεραπείας.

Η σισπλατίνη είναι ιδιαίτερα νευροτοξική και νεφροτοξική, γι' αυτό πρέπει να προηγείται η ενδοφλέβια ενυδάτωση και ταυτόχρονα να χορηγείται μανιτόλη για να διατηρείται η διούρηση. Η αδριαμυκίνη είναι καρδιοτοξική και συνήθως προκαλεί μεγάλο βαθμού αλωπεκία (η άρρωστη πρέπει να φορά περούκα).

Κατά την εφαρμογή των διαφόρων σχημάτων χημειοθεραπείας πρέπει να μεσολαβούν μεταξύ των ώσεων διαστήματα 3-4 εβδομάδων για να αποφευχθεί η συνεχής ανοσοκαταστολή και να χορηγηθεί το αντίστοιχο αντίδοτο, όπως π.χ. η λευκοβορίνη στη θεραπεία με μεθοτρεξάνη ή οι αυξητικοί παράγοντες σε περιπτώσεις βαρειάς λευκοπενίας.⁸

6.1.2.4 Η επίδραση της χημειοθεραπείας στη γονιμότητα

Η επίδραση της χημειοθεραπείας στα γεννητικά κύτταρα και γενικότερα στους ενδοκρινείς αδένες εξαρτάται από:

- α. Την ομάδα των φαρμάκων, τον συνδυασμό τους και την ολική δόση τους.
- β. Την ηλικία της ασθενούς
- γ. Την διάρκεια της θεραπείας

Η χημειοθεραπεία, είτε σαν μονοθεραπεία είτε ως συνδυασμός φαρμάκων, έχει μια αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στη γυναικεία γονιμότητα.

Στις γυναίκες η ωοθηκική λειτουργία επηρεάζεται εξ' ίσου από τα φάρμακα.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΑ
Οριστική	Chlorambucil
	Cyclophosphamide
	Nitrogen mustard
	Busulfan
	Procarbarine
	L-Phenurylalanine Mustard
Πιθανή	-----
Ασυνήθης	Methotrexate
	5-Flutouracil
	6-Mercaptopurine
Άγνωστη	Doxorubicin
	Bleomycin
	Vinca alkaloids
	Nitrosoureas
	Cytosine arabinoside

Η εξέταση των ωοθηκών δείχνει αναστολή της ωρίμανσης των ωοθηλακίων ή καταστροφή των ωαρίων και των θυλακίων, με συνέπεια την αμηνόρροια και τη συμπτωματολογία εμμηνόπαυσης (εξάψεις – κολπίτιδα, δυσπαρευνία, μειωμένη ερωτική επιθυμία, ατροφία του κοιλιακού επιθηλίου, ενδομητριακή υποπλασία, κολπική ξηρότητα). Συνήθως το 50% των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία με αλκυλιωτικούς παράγοντες αναπτύσσουν μόνιμη ωοθηκική ανεπάρκεια.

Επίσης οι ασθενείς με ηλικίες μεγαλύτερες των 40 χρόνων παρουσιάζουν μόνιμη αμηνόρροια με μέτρια δοσολογία φαρμάκου, σε σχέση με τις ασθένειες με μικρότερες ηλικίες οι οποίες ανέχονται υψηλότερες δόσεις φαρμάκων πριν εμφανίσουν αμηνόρροια.

Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να επιδρά περισσότερο απ' ό τι η μονοθεραπεία στη λειτουργία της ωοθήκης. Δυστυχώς η γονιδιακή δυσλειτουργία και τα μειωμένα επίπεδα οιστραδιόλης έχουν άμεσα ή έμμεσα επίδραση στον γενετήσιο κύκλο της γυναίκας.²¹

6.1.3 Αντινεοπλασματική φαρμακοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

Τα κυτταροστατικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών είναι τα παρακάτω:

Αλκυλιωτικοί παράγοντες: Οι παράγοντες αυτοί έχουν μια ασταθή δισθενή αλκυλιομάδα R-CH₂, που αντιδρά με τα πυρηνικά οξέα και ειδικότερα συνδέεται με τη βάση της γουανίνης στο DNA, του οποίου αναστέλλει την αντιγραφή. Η σύνθεση άλλων κυτταρικών μερών συνεχίζεται, με αποτέλεσμα να προκαλείται μια διαταραχή στην αύξηση του κυττάρου που καταλήγει στο θάνατό του.

Οι κυριότεροι από τους αλκυλιωτικούς παράγοντες είναι ειδικοί του κυτταρικού κύκλου παράγοντες κατά το μεγαλύτερο μέρος του, αλλά δεν είναι ειδικοί των φάσεων του κύκλου και κατά συνέπεια είναι δραστικοί σε όλα τα κύτταρα, τα «εν ηρεμία» και τα διαιρούμενα, και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όγκους με μικρό «κλάσμα ανάπτυξης». Κυριότερος εκπρόσωπος είναι η *κυκλοφωσφαμίδη* και ακολουθούν η *χλωραμβουκίλη* και η *μελφαλάνη*.

Η *κυκλοφωσφαμίδη* (Endoxan της Asta-Pharma, Cyclofosphamide της Farmitalia) χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλο παράγοντα στη γυναικολογική πρακτική. Είναι μοναδική ως προς τους άλλους αλκυλιωτικούς παράγοντες, επειδή εμφανίζεται και ως ειδικός του κυτταρικού κύκλου παράγοντας, αλλά και με χωριστή δράση στη φάση S του κυτταρικού κύκλου, κατά την οποία αντιγράφεται το DNA. Η *κυκλοφωσφαμίδη* επιφέρει ύφεση σε 40% περίπου των όγκων. Δεν είναι ενεργός όπως χορηγείται, επειδή πρέπει να μεταβολισθεί στο συκώτι σε ενεργό αλκυλιωτικό παράγοντα. Εάν επομένως είναι αναγκαία η τοπική χρήση, μπορεί να ενσταλλαχθεί αντ' αυτής ο επίσης αλκυλιωτικός παράγοντας *θιοτέπα*.

Η *χλωραμβουκίλη* (Leuceran της Wellcome) και η *μελφαλάνη* (Alkeran της Wellcome) λαμβάνονται από το στόμα και χρησιμοποιούνται περιστασιακά στον καρκίνο των ωοθηκών. Με τη μελφαλάνη εμφανίζονται παρόμοια με την κυκλοφωσφαμίδη ποσοστά ύφεσης.

Αντιμυκητογόνα αντιβιοτικά: Τα αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά ανακαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια των ερευνών που γίνονται για την ανακάλυψη ενεργών αντιβιοτικών. Αποτελούν προϊόντα μικροβιακής ζύμωσης και δρουν με αναστολή της

σύνθεσης του DNA και του RNA, όταν παρεμβληθούν μεταξύ των μονών αλυσίδων (single strands) της διπλής έλικας του DNA. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται κυρίως η *ακτινομυκίνη D* (Cosmegen Lyonac της M.S.D.), η *δοξορουμικίνη* (Adriblastina της Farmitalia C. Erba) και η *μπλεομυκίνη* (Bleocin της Nippon Kayasu).

Αντιμεταβολίτες: Έχουν δομή παρόμοια με τη δομή των μεταβολιτών (χημικοί παράγοντες που απαιτούνται για τη σύνθεση των πυρηνικών οξέων και των πρωτεϊνών), αλλά διαφέρουν λειτουργικά. Οι αντιμεταβολίτες είναι ειδικοί του κυτταρικού κύκλου παράγοντες και ασκούν την κύρια δράση τους κατά τη φάση S του κυτταρικού κύκλου και συνεπώς είναι περισσότερο αποτελεσματικοί σε όγκους με αυξημένο «κλάσμα ανάπτυξης». Προσλαμβάνονται κατά προτίμηση από το ενζυμικό σύστημα και με αυτό τον τρόπο παρεμβάλλονται στις ενζυμικές αντιδράσεις σύνθεσης των νουκλεοτιδών, που είναι ουσιαστικές για τη σύνθεση των υποομάδων της πουρίνης και της πυριμιδίνης των πυρηνικών (νουκλεϊνικών) οξέων και των πυρηνοπρωτεϊνών (νουκλεοπρωτεϊνών).

Στους αντιμεταβολίτες περιλαμβάνονται η *μεθοτρεξάτη* (Methotrexate της Lederle), που μοιάζει με το φυλλικό οξύ και αναστέλλει τη σύνθεση της πουρίνης και της πυριμιδίνης και κατά συνέπεια του DNA, του RNA και των πρωτεϊνών, και η *φθοριο-ουρακίλη* (Fluoro-uracil της Roche) ή 5-FU, που μοιάζει με την ουρακίλη, ένα μεταβολίτη του RNA. Η 5-FU αναστέλλει τη σύνθεση (της πυριμιδίνης) του DNA. Από την περαιτέρω έκθεση στην επίδραση της μεθοτρεξάτης και για την πρόληψη της τοξικότητάς της χορηγείται *λευκοβορίνη* (φυλλικό οξύ), που αντιπαρέρχεται την ενζυμική αναστολή της μεθοτρεξάτης.

Αλκαλοειδή της vinca: Προέρχονται από το φυτό κλιματίδα ή περικοκλάδα (vinca) και αναστέλλουν την κυτταρική ανάπτυξη, με παρεμβολή στη φάση M της μίτωσης (αναστολή στη μετάφαση) και στη σύνθεση του RNA. Περιλαμβάνονται η *βινπλαστίνη* (Velbe της Eli-Lilly) και η *βιντεσίνη* (Gesidine της Eli-Lilly).

Μη-αλκυλιωτικοί παράγοντες (με δράση παρόμοια των αλκυλιωτικών): Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται κυρίως η *σισπλατίνη* (Platinol της Bristol-Meyers, Platamine της Farmitalia C. Erba, Cisplatyl της Rhone-Poulenc Rorer και Vermenter της Pharmachemie) και η *καρβοπλατίνη* (Rapaplatine της Bristol), που αποτελούν μη ειδικούς του κυτταρικού κύκλου (των φάσεων του κύκλου) παράγοντες. Συνδέονται με το DNA, του οποίου αναστέλλουν τη σύνθεση, αλλά επιδρούν και σε όλα τα σημεία των φάσεων του κύκλου. Οι δύο παράγοντες εμφανίζουν ένα ευρύ

φάσμα δραστηριότητας απέναντι σε όλους τους γυναικολογικούς όγκους. Ιδιαίτερα, η σισπλατίνη έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα κατά τα τελευταία χρόνια.

Στην ίδια ομάδα ανήκουν η *ετοποσίδη* και η *πακλιταξέλη*. Η *ετοποσίδη* (Vepesid της Bristol) είναι μια ποδοφυλλοτοξίνη που ασκεί παράλληλη με τα αλκαλοειδή της *vinca* δράση (αναστολή στη μετάφραση). Ειδικότερα, παρεμβάλλεται στη δράση του ενζύμου τοποϊσομεράση, που «ξετυλίγει» και «τυλίγει» το DNA για να γίνει η αντιγραφή του. Η *πακλιταξέλη* (Taxol), που αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο των ταξανών, χρησιμοποιείται σαν πρώτη γραμμής χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με παράγωγα πλατίνης.^{4,8,23,24}

6.1.4 Ακτινοθεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου

Επειδή η μέση επιβίωση των αρρώστων με ωοθηκικό καρκίνο δεν υπερβαίνει το 60-65% με μόνη θεραπεία την εγχείρηση, η γυναικολόγοι-ογκολόγοι στράφηκαν σε άλλες θεραπευτικές επιλογές, όπως ήταν αναμενόμενο, στην προσπάθεια να βελτιώσουν τα ποσοστά της επιβίωσης. Ιδιαίτερα στράφηκαν στην επιλογή της ακτινοβολίας.

Η ακτινοθεραπεία αφορά στην πύελο μόνο ή σε ολόκληρη την κοιλιακή περιοχή. Τα εγχειρητικά ευρήματα είναι εκείνα που θα δείξουν πώς ακριβώς θα γίνει η θεραπεία. Αν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα, τότε θα ακτινοβοληθεί μόνο η πύελος. Ακτινοθεραπεία ολόκληρης της κοιλίας θα εφαρμοστεί στις περιπτώσεις που η νεοπλασία έχει ξεφύγει από τα όρια της πύελου και έχει επεκταθεί στο περιτόναιο.^{8,15}

6.1.4.1 Η ολοκοιλιακή ακτινοθεραπεία (εξωτερική)

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία σαν αρχική μετά το χειρουργείο αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική σε προσεκτικά επιλεγμένες ασθενείς.

Μελέτες που περιλαμβάνουν μόνο πυελική ακτινοθεραπεία έχουν δείξει ότι αυτή αποτελεί ανεπαρκή αντιμετώπιση για τον καρκίνο των ωοθηκών εφόσον μειώνει μεν

το ποσοστό των υποτροπών της πυέλου αλλά όχι το συνολικό ποσοστό υποτροπών και δεν έχει καμία επίδραση στην επιβίωση. Οι Dembo και συν. σε τυχαιοποιημένη μελέτη στο Princess Margaret Hospital σύγκριναν την ολοκοιλιακή ακτινοθεραπεία με πυελική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χλωραμβουκίλη σε ασθενείς σταδίων I και II. Η 10ετής επιβίωση ήταν 46% στην ομάδα που έλαβε ολοκοιλιακή ακτινοθεραπεία έναντι 31% στην ομάδα που έλαβε πυελική ακτινοθεραπεία και χλωραμβουκίλη. Εκτός από τη μελέτη αυτή και άλλες σειρές δείχνουν ότι ασθενείς με υπολειπόμενη νόσο μετεγχειρητικά <2 εκ. έχουν θεραπευθεί μόνο με ολοκοιλιακή ακτινοθεραπεία.

Δύο κυρίως τεχνικές χρησιμοποιούνται για την τηλεθεραπεία της περιτοναϊκής κοιλότητας: Η τεχνική της μετακινούμενης λωρίδας και η τεχνική του κοιλιακού λουτρού ή ανοικτών πεδίων. Στην τεχνική της μετακινούμενης λωρίδας ολόκληρη η κοιλιακή χώρα χωρίζεται σε οριζόντιες λωρίδες πάχους 2.5 εκ., δύο έως τέσσερις λωρίδες ακτινοβολούνται καθημερινά προχωρώντας σταδιακά προς τα κάτω ώστε να λάβει η κοιλιά και η πύελος τη δόση που απαιτείται. Στην τεχνική του κοιλιακού λουτρού ή ανοικτών πεδίων ακτινοβολείται καθημερινά ολόκληρη η περιτοναϊκή κοιλότητα και σήμερα έχει αντικαταστήσει σχεδόν πλήρως την τεχνική της μετακινούμενης λωρίδας. Δύο μελέτες σύγκριναν τα αποτελέσματα και τις επιπλοκές των δύο τεχνικών και δεν έδειξαν διάφορα ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Η τεχνική του κοιλιακού λουτρού όμως παρουσίασε λιγότερες απώτερες επιπλοκές.

Η συνολική δόση της ολοκοιλιακής ακτινοθεραπείας στον καρκίνο των ωοθηκών είναι 22- 30 Gy με ημερήσια δόση 1-1.5 Gy. Η συνολική δόση εξαρτάται από την κλασματοποίηση, την ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας και την ανοχή της ασθενούς. Συνήθως δίδεται συμπληρωματική δόση στην πύελο μέχρι 45-50 Gy. Υπό μελέτη βρίσκονται σχήματα υπερκλασματοποιημένης ακτινοθεραπείας. Η ολική κοιλιακή ακτινοβολία εμφανίζει υψηλή νοσηρότητα και τοξικότητα.

Οι απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνουν τη χρόνια ακτινική εντερίτιδα με κύριες εκδηλώσεις διάρροια και αιμορραγία και ακτινική κυοίτιδα με ρίκνωση της ουροδόχου κύστεως, συχνουρία και αιματουρία.^{4,8,9,25}

6.1.4.2 Ενδοπεριτοναϊκά ραδιοϊσότοπα (εσωτερική ακτινοθεραπεία)

Εκτός από την εξωτερική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών εφαρμόζεται και η ενδοπεριτοναϊκή έγχυση ραδιοϊσότοπων. Ο ωοθηκικός καρκίνος

διαπερνά την ωοθηκική κάψα από τα αρχικά του ακόμη στάδια και επεκτείνεται με διάχυτο εμβολιασμό των επιφανειών με καρκινικά κύτταρα σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το περιτοναϊκό υγρό και τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνονται επίσης από το λεμφικό σύστημα του διαφράγματος.

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

Το ισότοπο ^{198}Au εκπέμπει ακτινοβολία γ, εκτός από τα σωματίδια β, η οποία έχει πολύ μεγαλύτερη ενέργεια και συνεπώς μεγαλύτερη διεισδυτική ικανότητα, αλλά και μικρότερη διάρκεια ημίσειας ζωής. Το τελευταίο σημαίνει ότι η μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας δίνεται σε μικρότερο χρονικό διάστημα, με περισσότερο συνεπώς βλαπτική βιολογική επίδραση. Αυτός είναι ο λόγος, που αντί του ^{198}Au προτιμάται σήμερα το ραδιοϊσότοπο ^{32}P .

Το ισότοπο ^{32}P χρησιμοποιείται με τη μορφή του χημικώς ανενεργού εναιωρήματος σε ενδοπεριτοναϊκές εγχύσεις. Η ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση του ^{32}P προσφέρει τη δυνατότητα ακτινοβολήσης ολόκληρου του περιτόναιου με ακτινοβολία β που η διεισδυτικότητά της είναι 1,5-3 mm. Επομένως, η χρήση του περιορίζεται σε ασθενείς χωρίς ή με μικροσκοπική υπολειπόμενη νόσο. Η 5ετής επιβίωση σε στάδια I και II με χορήγηση ^{32}P είναι 84- 86% με ένα ποσοστό 42% λεμφαδενική υποτροπή, γεγονός που δείχνει την αδυναμία του ραδιοϊσότοπου να αποστειρώσει τη μικροσκοπική νόσο στους λεμφαδένες. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί και σε στάδιο III σε ασθενείς χωρίς υπολειπόμενη νόσο μετά από εγχείρηση επανασταδιοποίησης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορήγησή του στις ασθενείς αυτές αυξάνει την επιβίωση.

Το ραδιοϊσότοπο χορηγείται με δύο ενδοπεριτοναϊκούς καθετήρες και η συνήθως χορηγούμενη δόση είναι 15-20 mCi. Μπορεί να δοθεί μέρες ή εβδομάδες μετά το χειρουργείο, αλλά είναι προτιμότερη η χορήγησή του μετά 12 ώρες. Εάν υποτεθεί ότι η κατανομή του ^{32}P στο περιτόναιο είναι ομοιογενής, η δόση είναι 30 Gy συνήθως όμως η πρόσληψη και κατανομή του παρουσιάζει σημαντική ανομοιογένεια. Οι πλέον συνηθισμένες παρενέργειες από τη χορήγηση ^{32}P είναι ο κοιλιακός πόνος, η περιτονίτιδα (2-3%), χημική ή μικροβιακή, αλλά σοβαρότερη απώτερη επιπλοκή είναι η απόφραξη του εντέρου που παρουσιάζεται σε ποσοστό 5-10%. Εάν όμως η έγχυση του ραδιοϊσότοπου συνδυαστεί με τηλεθεραπεία, το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 20-30%. Η συγκριτική μελέτη της Gynecologic Oncology Group όπου 141 ασθενείς

σταδίου Ια, Ιβ, Ιγ και Ιία τυχαιοποιήθηκαν σε Ρ.Ο μελφαλάνη ή ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση ^{32}P , έδειξε ότι η ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση ^{32}P είναι η θεραπεία εκλογής σε σχέση με τη μελφαλάνη. Ωστόσο σε δύο τυχαιοποιημένες μελέτες όπου συγκρίθηκε ο ^{32}P με την πλατίνη δεν αποδείχθηκε ουσιαστικό όφελος από τη χορήγηση ^{32}P .^{4,8,25}

6.1.4.3 Ανακουφιστική αγωγή

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να φανεί επίσης εξαιρετικά χρήσιμη σαν ανακουφιστική θεραπεία στον προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών. Η παρηγορητική πυελική ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφέρει γρήγορη ανακούφιση σε ασθενείς με μεγάλη πυελική μάζα που προκαλεί πόνο, αιμορραγία και απόφραξη του εντέρου. Για το σκοπό αυτό έχουν δοκιμασθεί διάφορα σχήματα βραχείας διάρκειας με μεγάλα κλάσματα. Επίσης τέτοιου είδους σχήματα έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση μεταστάσεων (οστά, εγκέφαλος κ.λ.π.). ασθενείς με μονήρη εγκεφαλική μετάσταση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με συνδυασμό χειρουργικής, ακτινοθεραπείας εφ' ολοκλήρου του εγκεφάλου και χημειοθεραπείας εάν είναι δυνατόν, εφόσον με το συνδυασμό αυτό έχουν αναφερθεί παρατεταμένες επιβιώσεις.^{4,8}

6.1.4.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών, που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους πιο κάτω τέσσερις παράγοντες:

- Ένταση της δόσης που έχει οριστεί. Οι άρρωστες που παίρνουν μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών της σύγκριση με όσες παίρνουν μικρή δόση.
- Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.

- Ακτινευαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.
- Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα.⁴

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νέκρωσης) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινευαισθησία του δέρματος. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

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

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

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.⁴

Ώσιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές

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

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

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

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη), λευχαιμία

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως: Γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία – εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετική δεκατική κίνηση.⁴

6.2 Η κατά στάδια θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών

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

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

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

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

Στάδιο III και IV – πλήρης εξαίρεση του όγκου είναι συνήθως αδύνατη, αλλά καλόν είναι να εξαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος νεοπλασματικός ιστός. Η θεραπεία εκλογής είναι η χημειοθεραπεία. Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο στάδιο IV.⁸

6.3 Η κατά ιστολογικό τύπο θεραπεία του καρκίνου ωοθηκών

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

6.3.1 Θεραπεία του κοινού επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών

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

Σε όλες τις περιπτώσεις, με εξαίρεση τις γυναίκες με νόσο του σταδίου Ia και ιστολογική διαβάθμιση G1 (χαμηλή), πρέπει να γίνει ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και επιπλοεκτομή. Η εγχείρηση μπορεί να συμπληρωθεί προαιρετικά με σκωληκοειδεκτομή. Γενικά, εξαιρείται η μήτρα και η μία ωοθήκη, όταν η οικογένεια έχει συμπληρωθεί. Όταν όμως δεν έχει συμπληρωθεί η οικογένεια και η άρρωστη επιθυμεί τη διατήρηση της γονιμοποιητικής της ικανότητας, μπορεί να διενεργηθεί μόνον ετερόπλευρη ωοθηκεκτομή.

Στα στάδια II ή IV της νόσου, γίνεται η κατά FIGO σταδιοποίηση της νόσου αμέσως μετά τη λαπαροτομία και ακολουθεί η κυτταρομειωτική εγχείρηση, με ολική υστερεκτομή, αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή, σκωληκοειδεκτομή και εκτομή του επιπλόου και των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων ή και του ορθοσιγμοειδούς.

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι μη αναγκαία ή προαιρετική σε όγκους του σταδίου I ή IIa, και αναγκαία σε όγκους των σταδίων III και IV. Το συνηθέστερο σχήμα χημειοθεραπείας περιλαμβάνει τη σισπλατίνη και την κυκλοφωσφαμίδη, που χορηγούνται με καλή ενυδάτωση κατά την ίδια μέρα, σε 3-6 κύκλους σε όγκους του σταδίου I και σε 6-8 κύκλους σε όγκους του σταδίου II.

Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε επιθηλιακό καρκίνο των σταδίων I και II με τη μορφή των ενδοπεριτοναϊκών εκχύσεων του ραδιοϊσοτόπου ^{32}P σε μια μόνον συνεδρία ή με ολική κοιλιακή ακτινοβολία επί 5 μέρες την εβδομάδα.

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

(α) *Κοκκιοκυτταρικοί όγκοι*. Σε όγκο του σταδίου Ia, και ιδίως σε παιδιά και εφήβους, ως κατάλληλη εγχειρητική αγωγή επιλέγεται η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή, με την προϋπόθεση ότι έχει γίνει καλή εγχειρητική σταδιοποίηση του όγκου. Εάν η τεκνοποίηση δεν είναι επιθυμητή, σε γυναίκες πάνω από τα 35, διενεργείται ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή.

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

(β) *Θηκώματα*. Η θεραπεία συνιστάται μόνον σε εγχειρητική εξαίρεση του όγκου.

(γ) *Ανδροβλαστώματα*. Η εγχειρητική θεραπεία είναι όμοια με τη θεραπεία του κοκκιοκυτταρικού όγκου. Σε μεταστατικούς όγκους εφαρμόζεται μετεγχειρητικά το χημειοθεραπευτικό σχήμα VAC.

6.3.3 Θεραπεία όγκων από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα

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

(β) *Όγκος του λεκιθικού ασκού και εμβρυϊκό καρκίνωμα*. Συνίσταται για όγκους του σταδίου Ia η ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και για τα μεταγενέστερα στάδια

κατά προτίμηση η ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή ή και η κυτταρομειωτική εγχείρηση. Σε όλες τις περιπτώσεις η εγχείρηση πρέπει να συνδυάζεται με χημειοθεραπεία, που εφαρμόζεται με το θεραπευτικό σχήμα BEP σε 4-6 κύκλους. Σε επίμονη νόσο ή σε υποτροπές εφαρμόζεται το σχήμα VAC. Η ακτινοθεραπεία είναι αναποτελεσματική, επειδή οι όγκοι δεν είναι ακτινευαίσθητοι.

(γ) *Χοριοκαρκίνωμα.* Η θεραπεία συνίσταται σε ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκεκτομή και σε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με μεθοτρεξάτη, ακτινομυκίνη και κυκλοφωσφαμίδη. Η Hcg αποτελεί ένα εξειδικευμένο δείκτη, που είναι χρήσιμο στην παρακολούθηση της έκβασης της νόσου.

(δ) *Ανώριμα τερατώματα.* Οι άρρωστες με νόσο σταδίου Ia με καλή διαφοροποίηση, δεν έχουν ανάγκη πρόσθετης μετεγχειρητικής θεραπείας. Εγχείρηση σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (BEP ή VAC) εφαρμόζεται στα στάδια Ia, όταν η διαφοροποίηση είναι μέτρια έως φτωχή, και στα στάδια II έως και IV. Ακτινοθεραπεία δεν εφαρμόζεται επειδή οι όγκοι δεν είναι ακτινευαίσθητοι.⁸

6.4 Πρόγνωση

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

Η συνολική 5/ετής επιβίωση είναι 30-50% και οι αναλογίες αυτές παραμένουν απελπιστικά σταθερές κατά τα τελευταία 20 χρόνια. Γι' αυτό και οι έρευνες σήμερα επικεντρώνονται στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης των ωοθηκικών όγκων, στην ακριβέστερη και πιο σαφή σταδιοποίησή τους και στην ανάπτυξη νέων μεθόδων βιοχημικής παρακολούθησης και θεραπείας. Το στάδιο της νόσου όπως καθορίζεται από τη FIGO και περιγράφηκε σε προηγούμενη ενότητα (σταδιοποίηση) αποτελεί την πιο σημαντική προγνωστική παράμετρο. Έτσι η 5ετής επιβίωση φθάνει το 90% σε

ασθενείς σταδίου I με καλά ή μέτρια διαφοροποιημένους όγκους. Το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 80% για ασθενείς σταδίου I με κακούς προγνωστικούς παράγοντες. Ανάλογη είναι και η επιβίωση στο Iia, ενώ στα στάδια Iiβ, Iiy πέφτει στο 50%. Στο στάδιο III η 5ετής επιβίωση είναι γύρω στο 20% και αναλυτικά περίπου 40% για το IIIa, 25% για το IIIβ και 17% για το IIIγ, ενώ είναι κάτω του 5% για το στάδιο IV της νόσου.

Σε αντίθεση με την κακή πρόγνωση του κακοήθη ασκίτη δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη σημασία των θετικών περιτοναϊκών εκπλύσεων. Η ρήξη της κάψας στις ωοθήκες μετατρέπει το Ia ή Ib στάδιο σε I γ, που έχει χειρότερη πρόγνωση. Παρουσία πυκνών συμφύσεων θεωρείται ότι μετατρέπει το στάδιο I σε στάδιο II ακόμη και αν δεν υπάρχει ιστολογική επιβεβαίωση. Αντίθετα το μέγεθος του όγκου, η αμφοτερόπλευρη ανάπτυξη στις δύο ωοθήκες και ο κυτταρολογικά αρνητικός ασκίτης δεν φαίνεται να έχουν προγνωστική σημασία.

Σημαντική προγνωστική αξία φαίνεται να έχει και ο προσδιορισμός των επιπέδων του CA 125, καθώς και των στεροειδικών ορμονικών υποδοχέων. Προγνωστικό δείκτη με αξιολογή σημασία αποτελεί ο χρόνος υποδιπλασιασμού του CA 125 σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Εάν ο χρόνος υποδιπλασιασμού είναι <20 ημερών, η πρόγνωση είναι καλή με 2/ετή επιβίωση 76%, ενώ είναι μέση εάν είναι 20-30 ημερών και φτωχή όταν υπερβαίνει τις 40 ημέρες, με 2/ετή επιβίωση 48% και 0% αντίστοιχα.

Για τις γυναίκες στις οποίες ανευρίσκεται μικροσκοπική νόσος στην επανεπέμβαση ελέγχου, η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή και εξαρτάται εν μέρει από το βαθμό του καρκίνου. Οι συγκεκριμένες ασθενείς είναι κατάλληλες υποψήφιες για την ενδοκοιλιακή χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία ολόκληρης της κοιλιάς. Γυναίκες με ογκώδη υπολλειματικό καρκίνο (μεταστάσεις μεγαλύτερες των 2εκ.) μετά την επανεπέμβαση ελέγχου έχουν κακή πρόγνωση, παρ' όλη τη θεραπεία με χημειοθεραπεία.

Επίσης, η ηλικία αναγνωρίζεται σαν προγνωστικός παράγοντας σε πολλές μελέτες και φαίνεται ότι ασθενείς μεγάλης ηλικίας (άνω των 60-65 ετών) έχουν σαφώς μικρότερη διάμεση επιβίωση (2 χρόνια) σε σχέση με τις νεότερες. Φαίνεται ότι οι νεότερες ασθενείς συχνά λαμβάνουν μεγαλύτερη δόση φαρμάκων τόσο συνολική όσο και όσον αφορά την πυκνότητα της δόσης. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι οι νεότερες ασθενείς τείνουν να έχουν πρωϊμότερη νόσο κατά η διάγνωση και συχνά έχουν όγκους

οριακής κακοήθειας και πολύ καλά διαφοροποιημένους, επομένως και καλύτερης έκβασης. Ακόμα, έχει βρεθεί ότι καλύτερη πρόγνωση εμφανίζουν οι άρρωστες με διπλοειδείς όγκους σε σχέση με όσες έχουν ανευπλοειδείς όγκους, που εμφανίζουν μεγάλη κακοήθεια.

Η γενική κατάσταση της ασθενούς επίσης συσχετίζεται με την πρόγνωση. Ασθενείς με καλύτερη κατάταξη στην κλίμακα γενικής κατάστασης ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία με μικρότερη τοξικότητα και η τελική έκβαση της νόσου είναι καλύτερη.

Τέλος πρέπει να τονισθεί ότι στην καθημερινή πρακτική, σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας είναι η σωστή αντιμετώπιση των ασθενών στα χέρια εξειδικευμένων γιατρών ή καλύτερα ομάδας γιατρών (χειρουργών, παθολόγων-ογκολόγων κ.λ.π). Μελέτες που έγιναν σε επίπεδο κοινωνίας ή σε δεδομένα μιας χώρας έδειξαν ότι εκτός των άλλων σημαντικοί παράγοντες για τη μακρόχρονη έκβαση της νόσου είναι το πόσο ειδικός είναι ο χειρουργός (γενικός ή γυναικολόγος) που διενεργεί την αρχική επέμβαση, όσο και η μετέπειτα αντιμετώπιση της ασθενούς από οργανωμένη και εξειδικευμένη ομάδα γιατρών - ογκολόγων.

Συμπερασματικά, η μοναδική προσδοκία επιβίωσης στους καρκίνους των ωοθηκών βασίζεται στην πρόωπη διάγνωση και στην πλήρη χειρουργική εξαίρεση.^{4,8,26}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συνύπαρξη καρκίνου των ωοθηκών με εγκυμοσύνη

Η συνύπαρξη εγκυμοσύνης με ωοθηκική νεοπλασία είναι ασυνήθιστη, αλλά όχι απίθανη. Είναι μια κατάσταση που απαιτεί μεγάλη προσοχή, γιατί η ήδη ευαίσθητη ψυχοσύνθεση της εγκύου μπορεί να αποδιοργανωθεί εντελώς με την ανακοίνωση της ανάπτυξης μιας νεοπλασίας. Συνήθως, οι πιο συχνοί όγκοι ωοθηκών είναι ωχρινική κύστη ή δερμοειδής κύστη. Το μέγεθος τους δεν φαίνεται να αυξάνεται ιδιαίτερα στη διάρκεια της κύησης, ενώ η επίδρασή τους πάνω στην πορεία της είναι αμφιλεγόμενη.

Η ψηλάφηση στο 1^ο τρίμηνο μιας εξαρτηματικής μάζας απαιτεί στενή παρακολούθηση με συχνές γυναικολογικές εξετάσεις και υπερηχογραφήματα. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από το επίμονο ωχρό σωματίο, την πολλαπλή εγκυμοσύνη, την επίσχεση των ούρων, την υδρονέφρωση και την κύηση του μεσεντερίου.

Αν και οι περισσότερες εξαρτηματικές μάζες κατά την εγκυμοσύνη είναι καλοήθειες, θα πρέπει να αφαιρούνται εφόσον δεν υποχωρούν. Οι ερευνητές, συμφωνούν πως ο καταλληλότερος χρόνος για την αφαίρεση μιας μάζας είναι το 2^ο τρίμηνο της κύησης, επειδή ο κίνδυνος είναι μικρότερος για οποιαδήποτε επιπλοκή. Σε περίπτωση κακοήθων όγκων η κύηση δεν λαμβάνεται υπόψη όταν το παιδί είναι βιώσιμο, γίνεται καισαρική τομή και μετά μαιευτική ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων και επακολουθεί ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Η αντιμετώπιση συνύπαρξης μιας εξαρτηματικής μάζας και εγκυμοσύνης ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση:

1) Αν η ωοθηκική κύστη είναι ως το μέγεθος μανταρινιού, θα τη διατηρήσουμε και θα την παρακολουθούμε γιατί μπορεί να αφορά στο ωχρό σωματίο της εγκυμοσύνης και αν εξαιρεθεί στην αρχή της, δυνατό να προκαλέσει τη διακοπή της κύησης.

2) Αν η ωοθηκική κύστη είναι μεγαλύτερη την εξαιρούμε αν και στους μήνες αυτούς δεν παθαίνει συστροφή του μίσχου της.

3) Αν ο μίσχος της κύστης συστραφεί προβαίνουμε σε εξαίρεσή της.

4) Αν κατά τη διάρκεια του τοκετού η κύστη βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, θα εκτελέσουμε καισαρική τομή και θα εξαιρέσουμε την κύστη. Αν όμως βρίσκεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα, αφήνουμε τον τοκετό να εξελιχθεί και εξαιρούμε την κύστη αργότερα.

5) Αν αναγκασθούμε να εξαιρέσουμε την κύστη της ωοθήκης, θα φροντίσουμε να σεβαστούμε το ωχρό σωματίο, εξαιρώντας μόνο την κύστη και διατηρώντας όσο γίνεται περισσότερο ωοθηκικό ιστό.^{7,27}

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χειρουργική θεραπεία των γυναικών με ωθηκικό όγκο

8.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- τη γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- την ειδική προεγχειρητική ετοιμασία

Σκοπός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης της άρρωστης.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού της άρρωστης.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης της.^{2,8}

8.1.1 Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

- **Ψυχολογική προετοιμασία:** η χειρουργική επέμβαση προκαλεί κάποιο stress στην άρρωστη το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Γι' αυτό οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στις ανησυχίες, την αγωνία και τους φόβους των αρρώστων και να τους συμπεριφέρονται με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση.
- **Συγκατάθεση για διενέργεια επέμβασης:** πριν από την επέμβαση απαιτείται η συγκατάθεση της άρρωστης ή των συγγενών της, υπογράφοντας σε ειδικό έντυπο.

- **Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις:** ο νοσηλευτής προετοιμάζει την άρρωστη για μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων που γίνονται πριν την εγχείρηση.
- **Διδασκαλία και ενημέρωση της άρρωστης:** ο νοσηλευτής συστήνει και επιδεικνύει πως να παίρνει η άρρωστη βαθιές αναπνοές και να βήχει για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Επίσης ο νοσηλευτής ενημερώνει την άρρωστη για την ετοιμασία του δέρματος της, τον καθαρισμό υποκλυσμού, λήψη υγρών και τροφής που αφορούν την προηγούμενη της επέμβασης και ό,τι σχετικό για την ημέρα επέμβασης.
- **Καθαρισμός της άρρωστης:** ο νοσηλευτής φροντίζει την άρρωστη να είναι καθαρή εσωτερικά (έντερο) και εξωτερικά (δέρμα). Για την εσωτερική καθαριότητα γίνεται καθαρισμός υποκλυσμός ή χορηγείται καθαριστικό με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου και την αποφυγή κένωσης πάνω στο χειρουργικό τραπέζι με δυσμενή επακόλουθα. Η εξωτερική καθαριότητα περιλαμβάνει λουτρό, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών επιδιώκοντας την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων και επιπλοκών. Έπειτα γίνεται ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, όπου η νοσηλεύτρια κάνει αποτρίχωση και τοπική αντισηψία στο εγχειρητικό πεδίο με σκοπό την κατά το δυνατόν απαλλαγή του δέρματος από μικροοργανισμούς.
- **Διατροφή:** την προηγούμενη μέρα της επέμβασης ο νοσηλευτής φροντίζει η άρρωστη να τραφεί με ελαφρά τροφή και 6-8 ώρες πριν την επέμβαση τίποτα από το στόμα διότι το άδειο στομάχι μειώνει πιθανότητα διάτασής του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία.
- **Εξασφάλιση ανάπαυσης και ύπνου:** το βράδυ της παραμονής της επέμβασης ο νοσηλευτής χορηγεί κάποιο ηρεμιστικό- υπνωτικό φάρμακο ύστερα από εντολή του γιατρού, για εξασφάλιση καλού ύπνου. Εκτός αυτού ο νοσηλευτής φροντίζει για την πρόληψη θορύβων, μείωση φωτός και απομάκρυνση επισκεπτών ώστε να χαλαρώσει, να αναπαυθεί και να κοιμηθεί η άρρωστη αποκτώντας ψυχική ηρεμία.^{28,29}

8.1.2 Ειδική προεγχειρητική ετοιμασία – ημέρα επέμβασης

Νηστεία. Τίποτα από το στόμα περίπου 6-8 ώρες λόγω χειρουργείου.

Ταυτότητα. Για την πρόληψη λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι της άρρωστης με ονοματεπώνυμο και την κλινική που νοσηλεύεται, η οποία ελέγχεται στο χειρουργείο.

Λήψη ζωτικών σημείων. Η λήψη τους προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης της άρρωστης. Σε περίπτωση προβλήματος π.χ. πυρετού, οι νοσηλευτές αναφέρονται στον υπεύθυνο γιατρό για να ληφθεί ανάλογη απόφαση.

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

Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας. Αφαιρούνται και παραδίδονται στους οικείους για να μη χαθούν, διαφορετικά καταγράφονται, υπογραφεί η άρρωστη και παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη. Άλλος λόγος που αφαιρούνται είναι ότι μπορεί να έλθουν σε επαφή με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας και να προκληθεί έγκαιμα από τη διαθερμία. Αφαιρούνται φουρκέτες, τσιμπιδάκια για την πρόληψη τραυματισμού. Αφαιρείται ακόμα η οδοντοστοιχία διότι λόγω της μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες, ασφυξίας και θανάτου. Τοποθετούνται σε ατομικό δοχείο της άρρωστης με το όνομα της και φυλάσσονται στο κομοδίνο της.

Νύχια – χείλη. Βαμμένα νύχια και χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση της άρρωστης. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλέων είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης. Ενημερώστε την άρρωστη για την αφαίρεσή τους για να μην αισθανθεί δυσάρεστα.

Κένωση κύστεως. Πριν την επέμβαση η άρρωστη πρέπει να ουρήσει. Αν για κάποιο λόγο δεν μπορεί, συμβουλευθείτε το γιατρό μήπως θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός κύστεως. Διότι μπορεί να κενωθεί στη χειρουργική τράπεζα λόγω μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση λόγω διάτασης.

Προνάρκωση. Ο τρόπος της διαφέρει στα διάφορα νοσοκομεία και τις κλινικές. Μπορεί να γίνει στο χειρουργείο, ή στο τμήμα 30 λεπτά – 1 ώρα πριν φύγει η άρρωστη για το χειρουργείο. Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης (0,05 gr = ½ της

φύσιγγας) ως ναρκωτικό – αναλγητικό και ατροπίνη (0,50 gr = ½ της φύσιγγας) για την αναστολή των εκκρίσεων. Δίδονται εξηγήσεις στην άρρωστη ότι με την προνάρκωση θα αισθανθεί μια γενική μυϊκή χαλάρωση και υπνηλία χωρίς να χάσει τις αισθήσεις της καθώς και ξηρότητα στόματος. Ακόμα ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι για την πρόληψη πτώσεως αν προσπάθησε να σηκωθεί.

Προεγχειρητικό δελτίο. Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια του τμήματος που ετοιμάζει την άρρωστη για το χειρουργείο συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Συγχρόνως γίνεται έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία της άρρωστης.

Ειδική στολή χειρουργείου. Αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχά της συνήθως με χειρουργικό πουκάμισο, κάλυμμα κεφαλής ή και ποδονάρια, για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση.

Μεταφορά άρρωστης στο χειρουργείο. Η μεταφορά της από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου της ρυθμισμένη ώρα. Αν είναι κλινήρης σκεπάζεται με κουβέρτα ή σεντόνι και μεταφέρεται με ήπιες κινήσεις και συντονισμένο βηματισμό στο φορείο που είναι κατάλληλα τοποθετημένο κοντά στο κρεβάτι της. Συνοδεύεται μέχρι τον ανελκυστήρα από νοσηλεύτρια ή και στο χειρουργείο αν υπάρχει δυνατότητα ή ειδικός λόγος.^{28,29}

8.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο της από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή της. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών της
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων

- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις της.^{28,29}

8.2.1 Η άρρωστη στην αίθουσα ανάνηψης

Μετά την επέμβαση η άρρωστη μεταφέρεται με φορείο στην αίθουσα ανάνηψης. Σ' αυτή παραμένει μέχρι να διαπιστωθεί ότι συνήλθε από τη νάρκωση και σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά της σημεία. Είναι χώρος, εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και οι συσκευές (σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, φάρμακα κ.ά.) για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Η άρρωστη βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση από ειδικευμένες νοσηλεύτριες.

Ευθύνες νοσηλευτών στην ανάνηψη

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης στην ανάνηψη.
- Παίρνει και καταγράφει με ακρίβεια τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής της κατάστασης.
- Φροντίζει να διατηρείται η αεροφόρος οδός ανοικτή με κατάλληλη θέση (το κεφάλι πλάγια) για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων σε έμετο και διατήρηση αεραγωγού ή ενδοτραχειακού σωλήνα στη θέση του.
- Παρατηρεί και παρακολουθεί:
 - Την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγιση, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα.
 - Τις συνδέσεις και τη λειτουργία παροχετεύσεων – όταν υπάρχουν – ποσότητα και χρώμα υγρών και κατάσταση τραύματος.
 - Ελέγχει τη λειτουργία συσκευής, σε χορήγηση οξυγόνου και τη θέση της μάσκας, το χρώμα των νυχιών και χειλέων για κυάνωση και του δέρματος – ψυχρό, θερμό.
 - Παρακολουθεί το επίπεδο συνειδήσεως και τα αντανακλαστικά των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης και γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών.

Όταν η άρρωστη συνέλθει από τη νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Κατά την απουσία της στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση.²⁸

8.2.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την επιστροφή της άρρωστης στο νοσηλευτικό τμήμα

Επιστρέφοντας η άρρωστη από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα, η νοσηλεύτρια ενεργεί τα παρακάτω:

- Φροντίζει για τη μεταφορά της άρρωστης από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- Τακτοποιεί την άρρωστη στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμό σε περίπτωση εμέτου καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Ελέγχει:
 - Ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
 - Το τραύμα, τις εξωτερικές γάζες, μήπως αιμορραγεί.
 - Της παροχετεύσεις, συνδέσεις και λειτουργία τους.
 - Το επίπεδο συνείδησης και της κίνησης των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάστασή της.
 - Εκτιμά τη λειτουργία των νεφρών: ποσόν ούρων, μετρήση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων και αντιμετώπιση
- Την προστατεύει από ρεύματα αέρα να μη κρυώσει τέτοια
- Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφισή της.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών, το ρυθμό ροής, φροντίζει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν κριθεί αναγκαίο ακινητοποιεί το χέρι προληπτικά για να μη σπάσει η φλέβα.

- ενθαρρύνει την άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.
- Τοποθετεί στο κομοδίνο χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία της.
- Συμβουλευείται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει την νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
- Ακούει προσεκτικά τυχόν παράπονα και ενοχλήματά της και υποστηρίζει ψυχολογικά την άρρωστη και τους συγγενείς.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει, ώρα επιστροφής από το χειρουργείο, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, αν έχει ορό ή μετάγγιση, καθετήρα, παροχέτευση, οξυγόνο και ό,τι άλλο σχετικό.

Σίτιση άρρωστης. Είναι ανάλογη με τον τύπο της επέμβασης. Συνήθως τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών, που συνοδεύονται με βιταμίνες, ιδιαίτερα όταν παρατείνεται η παρεντερική χορήγηση τους. Όσο συντομότερα αρχίζει η καλή διατροφή τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και η διάρκεια ανάρρωσης.

Έγερση άρρωστης. Σήμερα υπάρχει η τάση να σηκώνονται έγκαιρα οι χειρουργημένοι τις πρώτες 24-48 ώρες για τους παρακάτω λόγους:

- Πρόληψη επιπλοκών από τα διάφορα συστήματα. Από το αναπνευστικό για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πεπτικό κινητοποίηση του εντέρου, κυκλοφορικό καλή λειτουργία και πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.
- Μείωση του εγχειρητικού πόνου.
- Επάνοδο στην πλήρη διαίτα σε συντομότερο χρόνο.
- Ελάττωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο.²⁸

8.2.3 Μετεγχειρητικά προβλήματα – νοσηλευτική φροντίδα

Πόνος. Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και εμφανίζεται ως πρώτο μετεγχειρητικό σύμπτωμα. Οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη, λόγω της επέμβασης.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Ρωτήστε την άρρωστη πού και πώς πονάει. Ελέγξτε την περιοχή για ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία, υπερβολική πίεση τις περιόδους ή των ταινιών λευκοπλάστ.
- Εξασφαλίστε ήρεμο περιβάλλον, κατάλληλη θερμοκρασία θαλάμου, αναπαυτική θέση, υποστήριξη των κάτω άκρων με υποπόδιο. Ελέγξτε τις παροχετεύσεις μήπως ασκούν πίεση στο τραύμα και αν αυτό είναι στεγνό.
- Συστήστε στην άρρωστη να αλλάζει συχνά θέση και κάνετε ελαφρό massage σε περιοχές που πιέζονται.
- Ενθαρρύνετε την άρρωστη να εκφράσει τις ανησυχίες της, να μιλήσει για τον πόνο της, να ακούσει μουσική κ.λ.π. Έτσι αποσπάται η προσοχή και αυξάνεται το όριο ανοχής του πόνου.
- Χορηγείτε αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ισχυρά αναλγητικά – ναρκωτικά χορηγούνται με προσοχή και εφόσον ενδείκνυται, διότι μπορεί να προκαλέσουν καταστολή του αναπνευστικού κέντρου και μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ναυτία – έμετοι. Σήμερα με την πρόοδο της αναισθησιολογίας έχουν περιοριστεί μετεγχειρητικά και τα δύο. Παραμένει όμως ένα ποσοστό αρρώστων που τα παρουσιάζουν. Μπορεί να είναι συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου, διάταση της κοιλίας λόγω των χειρισμών στα κοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση, χορήγηση μορφίνης, επίδραση της νάρκωσης και ψυχολογικές επιδράσεις.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Έχετε κοντά της νεφροειδές και χαρτοβάμβακο. Απομακρύνεται έγκαιρα τον έμετο, φροντίστε το στόμα της και τις μαξιλαροθήκες ή τα σεντόνια, αν έχουν λερωθεί.
- Γυρίστε το κεφάλι πλάγια όταν είναι σε ύπτια θέση, για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και απόφραξη της αναπνευστικής οδού.
- Κρατείστε πειστικά την περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.

- Συστήστε στην άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβληθεί το αναισθητικό φάρμακο.
- Ελέγξτε αν είναι ευαίσθητος στη μορφίνη.
- Χορηγείστε αντιεμετικά με ιατρική οδηγία.
- Σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας και αναφέρεται στο γιατρό περιπτώσεις παρατεταμένων εμέτων για τον έλεγχο της αιτιολογίας.
- Παρακολουθείστε για τυμπανισμό και λόξυγγα που δηλώνουν κατακράτηση γαστρικών υγρών και υποψία παραλυτικού ειλεού.

Δίψα. Η δίψα είναι πολύ συνηθισμένο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Μπορεί να οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων από την ατροπίνη, στην απώλεια υγρών από παροχετεύσεις, αίματος ή την αναπνοή, στην προεγχειρητική στέρηση υγρών για αρκετές ώρες.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Χορηγείστε υγρά παρεντερικά, είδος, ποσόν, ρυθμός σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Αν δεν έχει εμέτους χορηγήστε υγρά προοδευτικά από το στόμα για την ενυδάτωσή της και τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- Δώστε να φροντίσει το στόμα της και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.

Διάταση εντέρου. Μπορεί να είναι η κατάργηση του περισταλτισμού του εντέρου από τους ισχυρισμούς στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση και από την επίδραση του αναισθητικού, η έλλειψη διατροφής μετά την εγχείρηση, η κατάποση του αέρα και συγκέντρωσή του στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Εφαρμόστε σωλήνα αερίων για 20-30 λεπτά. Διαστέλλεται ο σφιγκτήρας του ορθού και διευκολύνεται η αποβολή των αερίων.
- Χορηγείστε χαμηλό υποκλυσμό και συστήστε την άρρωστη να μετακινηθεί στο κρεβάτι ή να σηκωθεί, αν επιτρέπεται, για την υποβοήθηση κινητοποίησης του εντέρου.
- Με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα προεγχειρητικά συνήθως προλαμβάνεται το πρόβλημα.

Διάταση κύστεως. Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση. Μπορεί να οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα της ουρήθρας, σε ακινησία

άρρωστης λόγω έλλειψης μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυϊκών ινών επομένως και της κύστεως, σε ύπτια θέση (μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περιτονέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Φροντίστε πρώτα για τη φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα, όπως:
 - Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
 - Η καθιστή ή ημικαθιστή θέση και το βάδισμα διευκολύνουν την κίνηση του εντέρου.
 - Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, προκαλεί μυϊκή χάλαση.

Αν τα παραπάνω φυσικά μέτρα δεν αποδώσουν και η επίσχεση επιτείνεται, τότε σε συνεννόηση με το γιατρό γίνεται καθετηριασμός κύστεως.

Ανησυχία – δυσφορία. Αίτια μπορεί να είναι το βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος, ο πόνος, η δίψα, η επίσχεση ούρων, ο τυμπανισμός της κοιλίας, αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Ελέγχετε τη λειτουργία των παροχετεύσεων και το τραύμα. Κάνετε αλλαγή εάν κρίνεται αναγκαίο.
- Επικοινωνήστε μαζί της βοηθώντας να εκφράσει τις ανησυχίες της.
- Διατηρήστε την άρρωστη στενή και καθαρή.
- Φροντίστε για την κένωση της κύστεως.
- Αντιμετωπίστε τον τυμπανισμό.
- Εξασφαλίστε ήρεμο περιβάλλον, περιορίστε τους θορύβους.
- Ανακουφίστε την άρρωστη από τον πόνο.

Δυσκοιλιότητα. Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό του εντέρου κατά την επέμβαση, τοπική φλεγμονή, περιτονίτιδα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Έγκαιρη έγερση για την αύξηση περισταλτισμού του εντέρου.
- Λήψη υγρών που ενυδατώνει την άρρωστη και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό.

- Χορήγηση τροφής, προοδευτικά, που αυξάνει τον περισταλτισμό όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα.
- Αν είχε δυσκοιλιότητα πριν την εγχείρηση και έπαιρνε υπακτικά ρυθμίστε τον στο αρχικό του πρόγραμμα το συντομότερο.^{29,30,31}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χημειοθεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών

Στόχοι της φροντίδας:

1. Να δοθούν πληροφορίες για τη χημειοθεραπεία στο επίπεδο που ζητάει η ασθενής, οι συγγενείς και οι φίλοι και να αποφευχθούν παρερμηνείες.
2. Να δοθεί χρόνος στην ασθενή να προσαρμοστεί.
3. Να γίνει αποτελεσματική αγωγή στην ασθενή χωρίς να προκληθεί τραυματισμός ή εκνευρισμός στην ασθενή.
4. Να αναμένουμε πιθανές συνέπειες και τοξικότητες και να προετοιμάσουμε νοσηλευτικές παρεμβάσεις ώστε να τις αποτρέψουμε, ελαχιστοποιήσουμε ή να τις ελαφρύνουμε.
5. Να συμμετέχει η ασθενής στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων.
6. Να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή των συγγενών και των φίλων.
7. Να εντοπιστούν πιθανά και πραγματικά προβλήματα.
8. Να καταστήσουμε την ασθενή να ζήσει μια όσο το δυνατό φυσιολογική ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δίνοντας έμφαση στην αυτοφροντίδα.
9. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορεί να κάνει κάτι ώστε να απαλλάξει την ασθενή από τα συμπτώματα.^{32,33}

9.1 Τρόποι χορήγησης χημειοθεραπείας

9.1.1 Ενδοφλέβια χορήγηση χημειοθεραπευτικών

Ενδοφλέβια χορήγηση είτε με ένεση μέσα σε λίγα λεπτά είτε με διάχυση μέσα σε κάποιες ώρες, επιτρέπει τη γρήγορη και αξιόπιστη παροχέτευση του φαρμάκου στη θέση στόχο. Η δοσολογία εξαρτάται ανά περίπτωση αλλά ο υπολογισμός της δόσης, η προετοιμασία και η χορήγηση θα πρέπει να πραγματοποιούνται με ακρίβεια. Είναι σημαντικό να αποφεύγεται η έξοδος των φαρμάκων από το αγγείο γιατί προκαλεί πόνο, πιθανό περιορισμό της κίνησης, ενδεχόμενη μόλυνση και πιθανόν να προκληθεί μεγάλη ζημιά στον μαλακό ιστό με νέκρωση του ιστού.

Προληπτικά μέτρα χειρισμού χημειοθεραπευτικών φαρμάκων(ετοιμασία, διάλυση, αναρρόφηση) :

- ❖ Εξασφαλίζετε ήρεμο και καλά αεριζόμενο και φωτιζόμενο δωμάτιο για την ετοιμασία των φαρμάκων.
- ❖ Περιορίζετε στο ελάχιστο τις εισόδους ατόμων στο χώρο ετοιμασίας.
- ❖ Δεν επιτρέπεται στο χώρο αυτό κάπνισμα, διατήρηση και χρήση τροφίμων και ποτών, μάσηση μαστίχας. Τα παραπάνω αποτελούν πηγή μόλυνσης, αν με οποιοδήποτε τρόπο έρθουν σε επαφή με τα κυτταροστατικά φάρμακα.
- ❖ Βεβαιωθείτε από τις ιατρικές οδηγίες το είδος και τη δόση του φαρμάκου. Η δόση πρέπει να είναι απόλυτα ακριβής.
- ❖ Συμβουλευθείτε τις ιατρικές οδηγίες για τον τρόπο διάλυσης του φαρμάκου. Μερικά έχουν στη συσκευασία τους το διαλυτικό μέσο (διαλύτης). Άλλα διαλύονται με ορισμένη ποσότητα απεσταγμένου και αποστειρωμένου νερού ή φυσιολογικό όρο.
- ❖ Πλένετε τα χέρια σας πριν και μετά τη νοσηλεία.
- ❖ Χρησιμοποιείται πάντοτε μπλούζα με μακριά μανίκια και κλειστό γιακά, γάντια, γυαλιά και μάσκα κατά τη διαδικασία της διάλυσης και αναρρόφησης.
- ❖ Αλλάζετε γάντια αν τρυπηθούν. Μη φοράτε κοσμήματα γιατί μπορεί να τρυπήσουν τα γάντια και να γίνουν πηγή μόλυνσης.

- ❖ Ελέγχετε την ακεραιότητα του φιαλιδίου ή της φύσιγγας πριν τα χρησιμοποιήσετε.
- ❖ Μετακινείτε τη μικρή ποσότητα του φαρμάκου από το πάνω τμήμα της φύσιγγας πριν μην ανοίξετε, όταν υπάρχει. Καλύπτετε τον αυχένα της με αποστειρωμένη γάζα όταν την σπάζετε για την πρόληψη διασποράς σωματιδίων του φαρμάκου, με πιθανή μόλυνση διά της εισπνοής.
- ❖ Η πρόληψη διασποράς σταγονιδίων φαρμάκου κατά τη διάλυσή του μπορεί να προληφθεί ή περιορισθεί με:
 - Τη χρησιμοποίηση φιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς χρήση.
 - Της χρήση ειδικής συσκευής εξαερισμού που εφαρμόζει στη σύριγγα (όταν υπάρχει).
 - Την κάλυψη της βελόνας αμέσως μετά την αφαίρεσή της από το φιαλίδιο με αποστειρωμένη γάζα.
- ❖ Μην αναμειγνύετε δύο κυτταροστατικά φάρμακα σε μια σύριγγα αν δεν βεβαιωθείτε ότι υπάρχει ένδειξη. Αλλάζετε βελόνα σε κάθε αναρρόφηση.
- ❖ Χορηγείτε το φάρμακο μετά τη διάλυσή του σύμφωνα με τις ειδικές εσώκλειστες οδηγίες του χωρίς καθυστέρηση.
- ❖ Αν μολυνθείτε από σταγόνες ή και μεγαλύτερη ποσότητα φαρμάκου πλυθείτε αμέσως με άφθονο νερό και σαπούνι για την απομάκρυνσή του.

Για να αποφευχθούν προβλήματα όπως π.χ. Ο πόνος από διαρροή φαρμάκου από τη φλέβα θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε:

- ❖ Να εξασφαλίσουμε άνεση στην άρρωστη κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά.
- ❖ Να ελεγχθεί το σημείο τοποθέτησης της βελόνας στη φλέβα για τυχόν ίχνη παθολογικών καταστάσεων όπως ερύθημα, οίδημα κλπ.
- ❖ Πριν ξεκινήσει η χορήγηση του φαρμάκου να γίνει διάχυση με διάλυμα φυσιολογικού ορού και να ερωτηθεί η ασθενής για οποιαδήποτε ενόχληση.
- ❖ Να χορηγηθεί το φάρμακο στην προτεινόμενη δοσολογία συμβατή με το μέγεθος της φλέβας, για να αποφευχθεί η υπερβολική πίεση μέσα στην φλέβα

που θα οδηγούσε στο σπασμό της φλέβας, την άτακτη ροή ή την πιθανή διαρροή γύρω από τη φλέβα.

- ❖ Στο τέλος της χορήγησης του φαρμάκου να χορηγηθεί 10-20 ml φυσιολογικού ορού.
- ❖ Αν υπάρχει αμφιβολία για την αντοχή της φλέβας να υπάρξει άμεση διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.
- ❖ Να καταγραφούν τα στοιχεία και να ενημερωθεί το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.^{32,33}

9.1.2 Στοματική χορήγηση χημειοθεραπευτικών

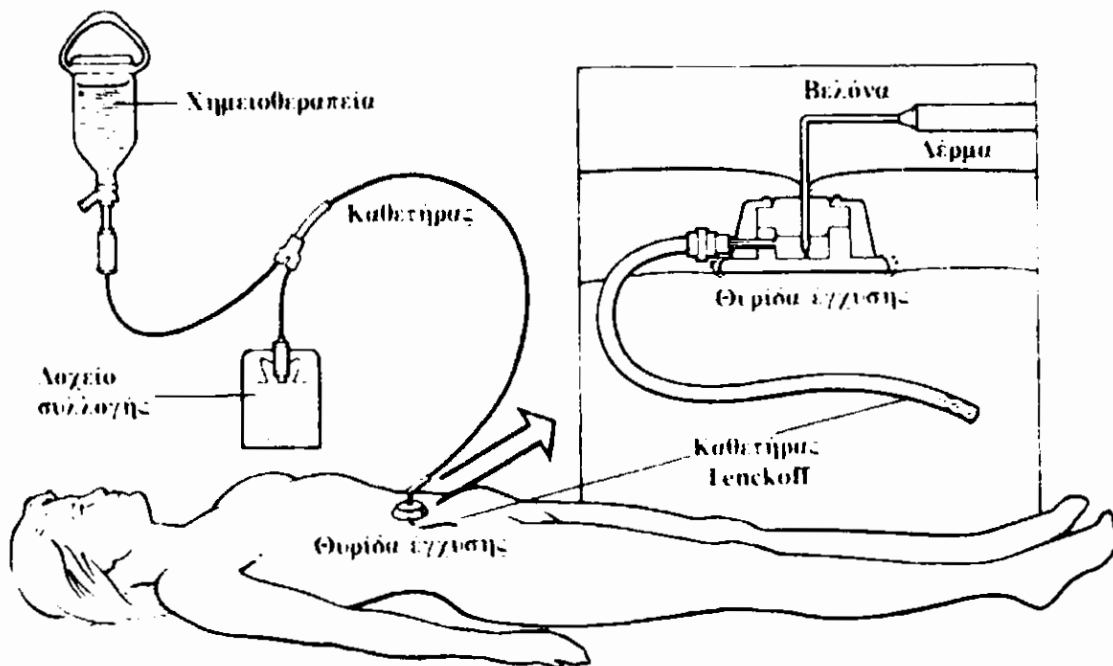
Τα κετοξικά φάρμακα χορηγούνται από το στόμα με τη μορφή κάψουλας ή ταμπλέτας συχνά για να συμπληρωθεί η ενδοφλέβια θεραπεία. Προσφέρεται στους ασθενείς το πλεονέκτημα να μην παραβιάζεται το σώμα τους με την ένεση και μετά να έχουν μειωμένη τοξικότητα σε κάποιες περιπτώσεις π.χ. μια δόση κυκλοφωσφαμίδης που θα χορηγηθεί στοματικά σε 14 ημέρες θα προκαλέσει αισθητά μικρότερη τριχόπτωση από το αν δοθεί με ένεση. Παρ' όλα αυτά δεν θεωρείται αξιόπιστη η στοματική χορήγηση χημειοθεραπευτικών.^{32,33}

9.1.3 Ενδομυϊκή/ υποδόρια χορήγηση χημειοθεραπευτικών

Οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούνται συχνά την κοινότητα, για την διευκόλυνση της ασθενούς. Οι ηλικιωμένες ή οι ευαίσθητες γυναίκες που κάνουν κατ' οίκον τακτική θεραπεία αποφεύγουν με αυτούς τους τρόπους τις κουραστικές επισκέψεις στα νοσοκομεία. Κατά την ίδια λογική οι νεότερες ασθενείς που κάνουν θεραπεία συντήρησης είναι σε θέση να συνεχίζουν να εργάζονται και να νοιάζονται για τις οικογένειές τους αν οι κοινοτικοί νοσηλευτές κάνουν τις ενέσεις στο σπίτι ή στο κέντρο υγείας. Θα πρέπει να δίνονται επιπρόσθετες οδηγίες ότι δηλαδή θα πρέπει να χρησιμοποιείται η τεχνική Z ώστε να αποτραπεί η διαρροή του φαρμάκου στο δέρμα.^{32,33}

9.1.4 Ενσταλάξεις σε σωματικές κοιλότητες

Ενδοπεριτοναϊκώς: Εάν στην περιτοναϊκή κοιλότητα ο σχηματισμός του υγρού στο γνωστός ή τον υποψιαζόμεστε να υπάρχει εξαιτίας μεταστάσεων τόσο στα πλευρικά, όσο και στα σπλαχνικά στρώματα του περιτοναίου, οι κετοξικοί παράγοντες μπορεί να εισέλθουν σε μια προσπάθεια να παραχθεί οπισθοχώρηση της ασθένειας. Πρόσφατα έχει δοκιμαστεί στο καρκίνωμα των ωοθηκών.^{32,33}



Ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών

9.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

1.1 Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος.

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

β) Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως: 1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, 2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα, 3) κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δεν συνιστάται, 4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού, 5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης (λόγω λοιμώδους νοσήματος όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα $1500-2000/\text{mm}^3$), 6) όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

1.2 Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται: 1) τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές $200.000 - 300.000/\text{mm}^3$.Αν η άρρωστη έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000/\text{mm}^3$ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, 2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινοουλορραγίες, 3) η αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή η άρρωστη πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: 1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται σωστή στο γιατρό, 2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πύεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πεσόμετρου κ.ά., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας, 3) 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, τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.

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

1.3 Αναιμία

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

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

2. Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:

2.1 Ναυτία, εμέτους

α) Παρακολουθείται: 1) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, 2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει η άρρωστη και 3) η θρέψη της άρρωστης.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως: 1) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή ιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, 2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που η

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

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

2.2 Διάρροια/ Σύσπαση κοιλιακών μυών

- Παρακολουθείται 1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, 2) η άρρωστη για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και 3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών· περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με 1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού

και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, 2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, 3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και 4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.

2.3 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.
- Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με 1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, 2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και 3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.
- Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

3. Νευροτοξικότητα

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

3.2 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.

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

4. Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

4.1 Εκτιμάται η ακοή της άρρωστης πριν αρχίσει τη θεραπεία.

4.2 Ενημερώνεται η άρρωστη να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5. Ηπατοτοξικότητα

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

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

5.3 Ανακουφίζεται η άρρωστη από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

6. Νεφροτοξικότητα

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

6.2 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.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

7.1 Παρακολουθείται η άρρωστη για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

7.2 Προστατεύεται η άρρωστη από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται - αν είχε προγραμματιστεί να γίνει - η

ενεργητική ανοσοποίηση της άρρωστης για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

8.1 Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.ά., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής της για την παροδικότητά τους, καθώς για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.

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

9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

9.1 Γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος θεραπείας.

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

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

10. Αλλαγές στο δέρμα

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

10.2 Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν.³³

9.3 Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο μετά την χημειοθεραπεία

- Να μην παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα τοξικής δράσης των κυτταροτοξικών φαρμάκων.
- Να ελέγχει τις παρενέργειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων.
- Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης κατά τις περιόδους της μειωμένης ανοσίας.
- Να δείξει την ικανότητα σωστής θερμομέτρησης από το στόμα και την μασχάλη.
- Να δείξει τις κατάλληλες τεχνικές στοματικής υγιεινής.
- Να επισημάνει τεχνικές αντιμετώπισης της ναυτίας και του εμέτου.
- Να αναφέρει τρόπους για τη βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
- Να αναφέρει τρόπους για την αντιμετώπιση της επίμονης κόπωσης.
- Να αναφέρει τρόπους για την πρόληψη των αιμορραγιών όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μειωμένος.
- Να αναφέρει τρόπους για την προσαρμογή στις μεταβολές της αναπαραγωγικής και της σεξουαλικής λειτουργίας.
- Να δείξει ότι είναι ικανή να φροντίσει τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα, τον περιτοναϊκό καθετήρα ή την εμφυτευμένη συσκευή έγχυσης, αν υπάρχει.
- Να εκφράσει την κατανόηση της για τη φροντίδα και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες όταν υπάρχει αντλία Ommaya.
- Να εκφράσει την κατανόηση της σχετικά με την εμφυτευμένη αντλία έγχυσης και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες.
- Να απαριθμήσει τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στον λειτουργό υγείας.
- Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα της σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της χημειοθεραπείας.
- Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή της στη διάγνωση του καρκίνου, στη χημειοθεραπεία και τις συνέπειές της.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία του καρκίνου ωοθηκών

Η νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με την άρρωστή της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνειδήτη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, η κατανόηση της θέσης της άρρωστης και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην άρρωστη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστη στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται (1) στην ενημέρωση της άρρωστης για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.³³

10.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατά την εξωτερική ακτινοθεραπεία

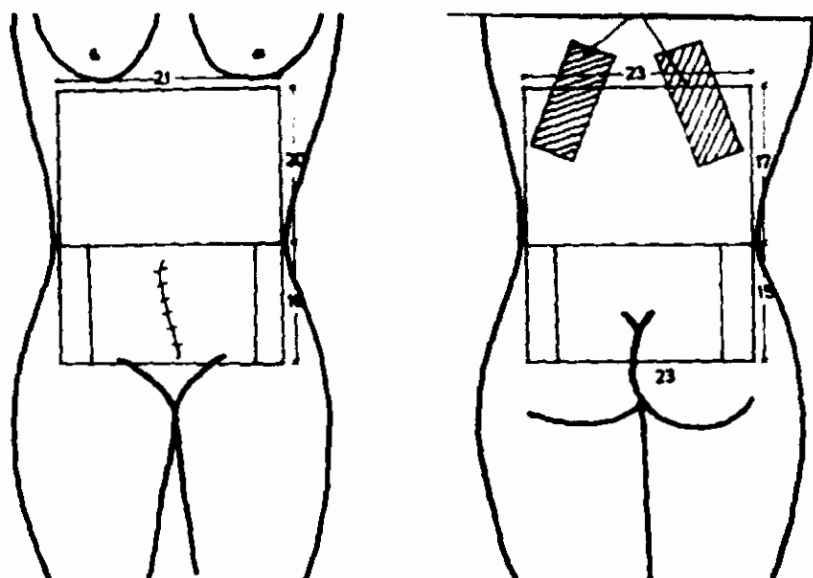
Για την προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές:

- Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται η άρρωστη το είδος αυτό της θεραπείας της και ανάλογα την ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται πως η άρρωστη έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

- Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την άρρωστη για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να την βοηθήσει κατάλληλα.
- Η νοσηλεύτρια χορηγεί στην άρρωστη αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και την προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Πριν να αρχίσει η **εξωτερική ακτινοθεραπεία**, η άρρωστη που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας,
 - να διατηρείται στεγνή,
 - να πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
 - να μην βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
 - τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ),
 - αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
3. Το διαιτολόγιό της (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες λευκώματα και βιταμίνες.
4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμό της.³³



Σχήμα 1: Πεδία ακτινοθεραπείας για την ακτινοβόληση του κύτους της κοιλίας σε περίπτωση καρκίνου της ωοθήκης. Οι περιοχές με πυκνή γράμμιση αντιστοιχούν στην προστασία των νεφρών

10.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατά την εσωτερική ακτινοθεραπεία

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

Πάντοτε η άρρωστη ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, οι άρρωστη απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό θα μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή να αφαιρεθεί.

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

- Ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για (1) το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά), (4) την ημερομηνία που αρχίζει η θεραπεία, (5) το

σημείο εφαρμογής, και (6) τον αριθμό των ημερών που η άρρωστη πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα της άρρωστης και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέσο προστασίας στο χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσότοπου που χρησιμοποιείται.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.
- Νοσηλεύεται η άρρωστη σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της άρρωστης, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η άρρωστη πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.
- Νοσηλεύει την άρρωστη με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε ειδικά δοχεία πριν φύγει από το θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς της άρρωστης για τον τρόπο επικοινωνίας με την άρρωστη (μέσω του παραθύρου παρακολούθησης της άρρωστης), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί της ώστε να περιοριστεί το αίσθημα της μοναξιάς.
- Στην πόρτα του δωματίου και στο φάκελο της άρρωστης τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

- Κατά την προσφορά νοσηλείας στην άρρωστη η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η άρρωστη.
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.
- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στην άρρωστη, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσότοπου έφυγε από τη θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της άρρωστης ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.^{25,33}

10.3 Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται η άρρωστη να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στεγνά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.

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

Σε καταστολή του μυελού των οστών η άρρωστη παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της άρρωστης για εμφάνιση αιμορραγιών.

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

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της άρρωστης (ενισχύει την άρρωστη να παίρνει υγρά ή γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λεύκωματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της άρρωστης όταν η άρρωστη είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών της αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν η άρρωστη εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).^{25,33}

10.4 Κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο μετά την ακτινοθεραπεία

- Να είναι ελεύθερη από επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία.
- Να δείξει ότι είναι ικανή και την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος στα σημεία της ακτινοθεραπείας.

- Να επισημάνει τεχνικές για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου.
- Να αναφέρει τρόπους για τη βελτίωση της όρεξης και της θρέψης.
- Να επισημάνει τρόπους για τη μείωση του κινδύνου τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου για τη βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
- Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της αιμορραγίας αν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι χαμηλός.
- Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι χαμηλός.
- Να αναφέρει τρόπους αντιμετώπισης της επίμονης κόπωσης.
- Να απαριθμήσει τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στον λειτουργό υγείας.
- Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά της σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της ακτινοθεραπείας.
- Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή της στη διάγνωση του καρκίνου, στην ακτινοθεραπεία και τις συνέπειες της.
- Να εκφράσει την κατανόηση του προγράμματος παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και των μελλοντικών ραντεβού με το γιατρό.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Πρόληψη του καρκίνου ωοθηκών

12.1 Επίπεδα πρόληψης

Η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου είναι η πρόληψη. Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στην νόσηση και στο θάνατο. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα τα οποία αποβλέπουν στην επανένταξη της ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο και στη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτητοποίησή της. Η τελευταία δεν αναγνωρίζεται από όλους ως επίπεδο πρόληψης, αλλά ως φάση αποκατάστασης.^{32,34}

12.1.1 Πρωτογενής πρόληψη

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

Έτσι η πρωτογενής πρόληψη για τον επαγγελματικό καρκίνο συνίσταται στον καθορισμό ορίων ασφαλείας, βιολογικά, εμπειρικά ή συμβατικά κατοχυρωμένων. Η δυσκολία για τον καθορισμό ορίων ασφαλείας προκύπτει από την όχι σίγουρη γνώση της ακριβούς καρκινογόνου δόσης, της βιολογικής ανταπόκρισης σε αυτήν, της λανθάνουσας περιόδου και της ενδεχόμενης συνεργίας μεταξύ δύο ή περισσότερων

καρκινογόνων παραγόντων. Για τους *ιατρογενείς καρκίνους* η πρόληψη αφορά τη βελτίωση της διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας και της δυναμικής στάθμισης του οφέλους και του κινδύνου. Για τους *γενικούς αιτιολογικούς παράγοντες*, η πρόληψη στηρίζεται σε μέτρα αποφυγής ή περιορισμού έκθεσης στους παράγοντες χρησιμοποιώντας την αγωγή υγείας.

Είναι λοιπόν προφανές ότι ο ογκολογικός νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες του καρκίνου, έτσι ώστε να καταστρώνει σχέδιο πρωτογενούς πρόληψης χρησιμοποιώντας πάντα τη νοσηλευτική διεργασία.^{32,34}

12.1.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη καρκίνου είναι η διάγνωση του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει είναι η 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.

Για τον καρκίνο των ωοθηκών συνιστάται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου. Κάθε ψηλαφητό εξάρτημα σε ασθενή με 3 ή περισσότερα χρόνια εμμηνόπαυσης αυξάνει την υποψία για αρχόμενο ωοθηκικό νεόπλασμα. Υπερηχογραφική εκτίμηση διακοιλιακή – διακολπική συνοδευόμενη και από έγχρωμο Doppler βοηθά στη διαφοροδιαγνωστική του ψηλαφητού εξαρτήματος χωρίς όμως να είναι αναγκαία σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμού.^{32,34}

12.2 Ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη

Κυρίαρχο ρόλο στην πρόληψη παίζει η νοσηλεύτρια. Ο ρόλος αυτός είναι συνδεδεμένος με την υπεύθυνη ενημέρωση που αποσκοπεί στην υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής καθώς και την έγκαιρη ανίχνευση των πρώιμων νοσολογικών συμπτωμάτων για τη μείωση της επίπτωσης και τη βελτίωση της πρόγνωσης του καρκίνου.³⁵

12.2.1 Ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη στο νοσοκομείο

Δεδομένου ότι έχουν πιο συχνή, άμεση και παρατεταμένη επαφή με τους ασθενείς, έχουν πολλές ευκαιρίες να τους εκπαιδεύσουν για την αξία του υγιεινού και θετικού τρόπου ζωής. Έρευνες στο χώρο αυτό δείχνουν ότι οι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη μεταβίβαση γνώσεων προς τους ασθενείς αλλά και υπεύθυνοι για την αύξηση της συμμόρφωσης σε θέματα αυτοεξέτασης.

Επομένως ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε αυτή την περίπτωση είναι:

- Συλλογή πληροφοριών (ιστορικό) για την αξιολόγηση του κινδύνου για την ανάπτυξη κακοήθειας.
- Συμβουλευτική για την τροποποίηση ανθυγιεινής συμπεριφοράς.
- Καθοδήγηση των ασθενών σε εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Η συμμετοχή σε σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας και εκπαίδευσης του κοινού για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου.³⁵

12.2.2 Ρόλος κοινοτικής νοσηλεύτριας

Ένας άλλος τομέας άσκησης της νοσηλευτικής, ευρύτερος και πιο σημαντικός, είναι η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- Παροχή πληροφοριών στο κοινό για την πρόληψη του καρκίνου σε συνδυασμό με άλλους φορείς.
- Συμμετοχή σε προγράμματα σχετικά με τον καρκίνο στα ΜΜΕ της κοινότητας.
- Συμμετοχή και οργάνωση σεμιναρίων/συνεδρίων για την πρόληψη του καρκίνου και διανομή ενημερωτικού υλικού.
- Σχεδιασμό και παραγωγή οπτικοακουστικού υλικού και διανομή τους σε διάφορους φορείς της κοινότητας.
- Παροχή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στα υγιή άτομα της κοινότητας.³⁵

12.2.3 Ρόλος της νοσηλεύτριας εργασίας

Η προσέγγιση των ατόμων στον χώρο εργασίας τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, αφού έχουν αναγνωριστεί αρκετοί επαγγελματικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εργασίας θα είναι:

- Να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα αγωγής κατά του καρκίνου.
- Να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και ανησυχίες των εργαζομένων γύρω από τον καρκίνο.
- Να κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο στον εργαζόμενο που εκτίθεται σε τοξικούς παράγοντες.
- Να προτείνει μέτρα πρόληψης και ελέγχου των δυνητικά καρκινογόνων παραγόντων στους εργαζόμενους και εργοδότες.³⁵

12.3 Συμβουλές διατροφής για την πρόληψη του καρκίνου

1. Η διατροφή να περιλαμβάνει: Δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά.
2. Η πρόθεση να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: Άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι.
3. Μη βάζετε μεγάλη ποσότητα λιπαρών στα φαγητά από μαγειρεύετε.
4. Περιοριστεί την ποσοτικά ζάχαρης και αλμυρών.
5. Αποφεύγεται τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες.
6. Αποφεύγεται τροφές ψημένες στα κάρβουνα (μπριζόλες κ.λ.π.)
7. Μη πίνετε οινοπνευματώδη.
8. Φροντίστε για την καλή σας σωματική κατάσταση.
9. Να προσλαμβάνετε με τη διατροφή σας τόσες θερμίδες όσες συνήθως καταναλώνετε.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Ψυχολογική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών

12.1 Ψυχολογικά στάδια

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο η πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους. Ο καρκίνος των ωοθηκών έχει πολλές αρνητικές συνέπειες για τη γυναίκα με αρνητικά επακόλουθα στην ψυχολογική και σεξουαλική ζωή της. Η γυναίκα από τη στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπη με τη φύση της αρρώστιας της περνάει από τα ακόλουθα ψυχολογικά στάδια³⁶:

12.1.1 Στάδιο της άρνησης

« Όχι! Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε εμένα. Κάποιο λάθος θα έγινε στην διάγνωση...»

Στην αρχική αυτή φάση η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για την γυναίκα η οποία αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή/και των επιπτώσεών της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.

Υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Σε ένα πρώτο επίπεδο η άρνηση αφορά τα γεγονότα. Για παράδειγμα, στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρνείται τα συμπτώματά του με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση, ενώ αργότερα μπορεί να αρνείται τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο η άρνηση αφορά τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Η γυναίκα αναγνωρίζει τη διάγνωση αλλά αρνείται τις επιπτώσεις.

Σε ένα τρίτο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα του θανάτου. Ενώ η γυναίκα συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή της απειλείται και φαντασιώνεται ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθειά γεράματα.

Στις αρχικές φάσεις της αρρώστιας, η άρνηση αποτελεί τη συχνή και φυσιολογική αντίδραση. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας ακόμη και του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή της γυναίκας καθώς της επιτρέπει παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή της να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να διατηρεί σχέσεις με το περιβάλλον της και να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική.³⁷

12.1.2 Στάδιο του θυμού

« Γιατί; Γιατί να τύχει σε εμένα αυτό το κακό;»

Αυτή η έκφραση συνοδεύεται από θυμό και πίκρα που πηγάζουν από μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και ελλείψεις ελέγχου. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση μιας γυναίκας η οποία είναι υποχρεωμένη να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή της αλλάζει ριζικά και το μέλλον της χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.

Κι ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας ή/και των επιπτώσεών της, συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους συγγενείς και φίλους.

Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές. Ο Doka των 1993 διακρίνει τις τρεις μορφές ενόχων: α) η γυναίκα αισθάνεται ενοχή επειδή με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής της προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας της, β) η γυναίκα νοιώθει ένοχη όταν ερμηνεύει την αρρώστια της ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή/και μη ηθικές πράξεις της, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά, γ) Επίσης, μπορεί να βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή της και για τους στόχους που δεν θα προλάβει να ολοκληρώσει, για παράδειγμα η απόκτηση ενός παιδιού.

Παρόλο που ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, ταυτόχρονα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνει τη γυναίκα σε μια περίοδο κατά την οποία έχει ανάγκη την υποστήριξη του περιβάλλοντός της.³⁷

12.1.3 Στάδιο τις διαπραγμάτευσης

« Ναι μεν... αλλά...»

Η διαπραγμάτευση ή το «παζάρεμα» παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει είναι αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό. Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην αποθεραπεία του αρρώστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την παράταση της ζωής, την ποιότητά της ή/και ακόμα την εξασφάλιση ενός «καλού» θανάτου.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και στη συμμόρφωση της γυναίκας στη θεραπεία: παράλληλα, η πίστη της στο Θεό μπορεί να αποτελέσει σημαντικά πηγή στήριξης από την οποία αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά όμως, αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο γιατρός ή ο Θεός ή οποιοσδήποτε άλλος με τον οποίο διαπραγματεύεται, δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της και εγκαταλείπουν τη γυναίκα σε μια φθίνουσα πορεία. Ο αγώνας της παύει να έχει νόημα και συχνά σταματά να συμμορφώνεται με τις οδηγίες ή βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη.³⁷

12.1.4 Στάδιο της κατάθλιψης

« Ναι... η ζωή μου απειλείται, μπορεί να πεθάνω».

Η γυναίκα αρχίζει πλέον να δέχεται το γεγονός ότι δεν μπορεί να κάνει παιδί και θρηνεί. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι «αντιδραστική», όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν το παρελθόν και πως έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνισή της, την ενεργητικότητά της ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της κ.λ.π. Μπορεί όμως η κατάθλιψη της να είναι και «προπαρασκευαστική» όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες.

Η κατάθλιψή της εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας, απαισιοδοξίας, απογείωσης, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μείωση ενδιαφέροντος και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι παροδικές και όταν αυτή ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματά της έχει μεγαλύτερες πιθανότητες

να τα κατανοήσει, να τα αποδειχθεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται. Στην ουσία, η κατάθλιψη της επιτρέπει να θρηνησει (να «αποχαιρετήσει») την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοσθεί στη νέα.³⁷

12.1.5 Στάδιο της αποδοχής

«.....»

Στο στάδιο αυτό η γυναίκα διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται και προοδευτικά συμφιλιώνεται να αποδεχθεί το γεγονός ότι δεν θα αποκτήσει ποτέ της παιδί. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά της εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής της.

Η Kubler-Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται τις διάφορες φάσεις της αρρώστιας. Μπορεί για παράδειγμα, ένα άτομο να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο στάδιο του θυμού, χωρίς ποτέ να μπορέσει να αποδεχθεί το γεγονός ότι δεν θα τεκνοποιήσει. Άλλη γυναίκα ενώ έχει αποδεχθεί ότι πάσχει από μια αρρώστια που απειλεί τη ζωή της αρνείται το γεγονός ότι η επανεμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων αποτελεί ένδειξη υποτροπής. Στη ουσία, εκείνο που ισχυρίζεται η Kubler-Ross είναι ότι η γυναίκα βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Κάθε άτομο χρησιμοποιεί γνώριμες στρατηγικές που το βοηθούν να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα.³⁷

12.2 Επιπτώσεις ψυχολογικών καταστάσεων

Συχνά ο ψυχικός πόνος της άρρωστης φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν γνωρίζει πώς να ανταποκριθεί σε αυτήν. Α) Αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζουν αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντλήσεις, νευρικότητα και ανησυχία, β) Καταθλιπτικές διαταραχές που εμφανίζουν απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας, γ) Προσαρμοστικές διαταραχές που έχουν σαν συνέπεια η παρουσίαση διαταραχής επιπέδου συνείδησης, κυμαινόμενες περιόδους ανησυχίας, αϋπνίας, ταραχής, επιθετικότητας Είναι απόλυτα φυσιολογικές.³⁵

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στην άρρωστη και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχομένως συνοδεύουν την αρρώστια της ασθενούς. Στην πραγματικότητα, ο μόνος τρόπος για να μπορέσει η άρρωστη να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματά της, εκφράζοντάς τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να την ακούσει και ενδιαφέρεται να την καταλάβει. Συγκεκριμένα σε μία γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών παρατηρούνται οι παρακάτω φόβοι:

12.2.1 Ο φόβος της ταπεινώσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας

Η γυναίκα ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί κάτι παραπάνω από την αρρώστια την οποία θα επηρεάσει η λειτουργικότητα της και κυρίως είναι εικόνα που έχει για τον εαυτό της, την αυτοεκτίμησή της και τον αυτοσεβασμό της.

12.2.2 Ο φόβος της εξάρτησης

Είναι ιδιαίτερα έντονος για μια γυναίκα που έχει μάθει να είναι αυτόνομη και αυτάρκης στη ζωή της. Αντιμέτωπη με την απώλεια αυτοελέγχου και του περιορισμού δυνατοτήτων και δραστηριοτήτων, η γυναίκα φοβάται να εξαρτηθεί και να γίνει «βάρος» στους άλλους.

12.2.3 Ο φόβος του πόνου

Η γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών ενσωματώνει τον πόνο που μπορεί να νιώσει από την αρρώστια και δύσκολα πιστεύει ή καταλαβαίνει ότι θα απαλλαγεί από αυτόν.

12.2.4 Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς

Είναι ιδιαίτερα έντονος όταν η γυναίκα μένει μόνη της, γεγονός που είναι πολύ φυσιολογικό διότι τα άτομα συγγενικού και οικογενειακού περιβάλλοντος έχουν υποχρεώσεις και είναι δυνατόν να βρίσκονται μακριά της. Μια γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών νιώθει μειονεκτικά, παρόλο που η αρρώστια δεν είναι εμφανή στην εξωτερική της εμφάνιση, με τον εαυτό της και πιστεύει πως θα απορριφθεί από το κοινωνικό σύνολο, άρα θα μείνει μόνη της.

12.2.5 Ο φόβος του αποχωρισμού

Εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό της γυναίκας ότι λόγω της αρρώστιας της θα έρθει η αποξένωση κυρίως από τον σύζυγό της, αλλά ταυτόχρονα η σκέψη του θανάτου είναι πιο έντονη από ποτέ.

12.2.6 Ο φόβος για το θάνατο

Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες.

12.2.7 Ο φόβος για το σώμα

Είναι ένας έντονος φόβος για την εξέλιξη του σώματος κυρίως μετά την αρρώστια, για το εάν το σώμα παραμορφωθεί, εάν προκληθούν παρενέργειες, εάν μείνουν σημάδια στο σώμα, γεγονότα αρκετά σημαντικά για μια γυναίκα.

12.2.8 Ο φόβος της στειρώσεως

Στην πραγματικότητα μια γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών (μετά τη θεραπεία) πιστεύει ότι δεν θα μπορεί να τεκνοποιήσει και να μειώσει για πρώτη ή όχι φορά το αίσθημα της μητρότητας.³⁷

12.3 Οι επιπτώσεις και ο στόχος του προσωπικού υγείας

Χωρίς αμφιβολία η παραπάνω ταξινόμηση δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει μία γυναίκα σε ένα τόσο σημαντικό και αρνητικό στάδιο της ζωής της. Κάθε γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, ανάλογα την ψυχική της δύναμη και την δυναμικότητα του χαρακτήρα της. Οι φόβοι όμως πολύ συχνά οδηγούν τις γυναίκες αυτές σε ακραίες ή λιγότερο ακραίες καταστάσεις όπως κατάθλιψη, αυτοκτονία, σχιζοφρένεια, τάσεις φυγής, κοινωνική απομόνωση, έχοντας όλα τα παραπάνω αρνητικά αποτελέσματα στην ίδια τη γυναίκα και το συγγενικό οικογενειακό της περιβάλλον.

Στόχος του προσωπικού υγείας είναι να συμβάλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνοδεύονται με την πορεία της άρρωστης. Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στη γυναίκα είναι επίσης σημαντική να ανταποκρίνεται στις βασικές της ανάγκες για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον ίδιο της τον εαυτό.

12.4 Η αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων

Τίποτα δεν μπορεί να υπονομεύσει περισσότερο τη θέληση για ζωή και τη μαχητικότητα όσα τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, ο φόβος, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και τα αισθήματα απομόνωσης. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα, θα δημιουργήσουν την αίσθηση της πλήρους αδυναμίας και θα οδηγήσουν στην παραίτηση από την ζωή μέσα από την αποδοχή της ματαιότητας των πάντων.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε άρρωστης για την αντιμετώπιση του καρκίνου της 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 άρρωστης προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι αναγκαίες και οι ικανότητές της μπορεί να διαφέρουν από τις αναγκαίες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια. Επίσης κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και τα συναισθήματα που επηρεάζουν αρνητικά είναι ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας στην κάθε άρρωστη.³⁸

12.4.1. Η αντιμετώπιση του θυμού

Κάθε γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών αντίδραση σε αυτήν την κατάσταση ανάλογα με την προσωπικότητά της και την ικανότητά της να προσαρμόζεται στις δυσχέρειες της ζωής.

Ο θυμός είναι μια φυσιολογική αντίδραση. Κατά κάποιον τρόπο βοηθά να ξεπεραστεί η περίοδος της θλίψης που ακολουθεί τη διάγνωση. Στην πραγματικότητα, αν η γυναίκα δεν νοιώσει θυμό και δεν βρει διέξοδο να τον εκφράσει, κινδυνεύει να βυθιστεί της για μια μακρά περίοδο κατάθλιψης. Όπου και να κοιτάξει λοιπόν η άρρωστη αυτό τον καιρό, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή της, θα σταθεί απείθαρχη, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να την προσέχουν ίσως για να θυμήσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρή αλλά ζει. Αν ο νοσηλευτής δώσει σεβασμό, προσοχή, αν προσπαθήσει να την καταλάβει παρά να την κρίνει, γρήγορα θα χαμηλώσει τη φωνή της και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις της. Και να μην παίρνει προσωπικά τις επιθέσεις οργής της. Τέτοιοι άρρωστοι προκαλούν με την οργή τους την απόρριψη, μας προκαλούν να τους παραμερίσουμε. Μπορούν να δεχθούν

οτιδήποτε μόνο κάτω από δικούς τους όρους. Κι όμως είναι πιο απελπισμένοι απ' όλους. Αν επιτρέψει ο νοσηλευτής σε τέτοιες ασθενείς να είναι ο εαυτός τους και να εκτονώνονται, μπορεί να δείξουν άλλες πλευρές του εαυτού τους, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές.

Γενικά, όταν η γυναίκα νοιώσει θυμό γι' αυτό που της συνέβη οφείλει να ξεσπάσει και στη συνέχεια να προσπαθήσει να διοχετεύσει είναι ενέργεια αυτή με θετικό τρόπο στη σωστή κατεύθυνση.^{38,39}

12.4.2 Συμφιλίωση με το φόβο

Καμία γυναίκα που έχει καρκίνο ωοθηκών δεν έχει την πείρα ή τη γνώση να αντιμετωπίσει τα γεγονότα που συχνά τη φοβίζουν και τα οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθούν μέρα με τη μέρα, εβδομάδα με την εβδομάδα ή μήνα με τον μήνα.

Ακόμη και όταν ο χειρουργός διαβεβαιώνει ότι «αφαιρέθηκε ολόκληρος ο όγκος», φαίνεται πως πάντα υπάρχει ο φόβος μήπως ο καρκίνος ξαναεμφανισθεί στο μυαλό της γυναίκας.

Η γνώση και η κατανόηση είναι τα μόνα όπλα που θα απελευθερώσουν μια γυναίκα με καρκίνο από κάθε φόβο. Γι' αυτό λοιπόν, ο νοσηλευτής σαν επαγγελματίας υγείας, πρέπει να αξιολογεί συνέχεια την ασθενή, να συζητάει μαζί της και να την ενημερώνει σε ότι έχει λόγο και θέση σε όλη τη διαδικασία που ονομάζεται θεραπεία. Προσφέροντας στην ασθενή ασφαλείς πληροφορίες και ενδιαφέρον για την κατάστασή της, θα μπορέσει να μετριάσει αν όχι να εξαλείψει τους φόβους τους.

Επίσης, οι φόβοι μπορούν να επιλυθούν αν η γυναίκα αντιληφθεί πλήρως τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αν κατανοήσει τις μεθόδους υποστήριξης που προσφέρονται και τέλος, αν έχει μια λογική και ρεαλιστική εκτίμηση της αναμενόμενης δυσφορίας και των ενοχλήσεων.^{38,39}

12.4.3 Αντιμετώπιση του φόβου των άλλων

Η γυναίκα με καρκίνο ωοθηκών μπορεί να ελέγχει τους προσωπικούς της φόβους. Γνωστοί ή συγγενείς όμως που γνωρίζουν το πρόβλημα της γυναίκας και ανησυχούν χωρίς να το κάνουν σκόπιμα, φορτίζονται από τη νόσο του αγαπημένου τους προσώπου με μια έντονη συναισθηματικά κατάσταση, η οποία προστίθεται στα ήδη υπάρχοντα προσωπικά και καθημερινά προβλήματά τους και μεταδίδουν τους δικούς τους φόβους στη γυναίκα. Με τον τρόπο αυτό η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας επαναφορτίζεται αρνητικά προκαλώντας πολλές φορές κατάθλιψη.

Για να αντιμετωπιστεί μια τέτοια κατάσταση θα πρέπει ο νοσηλευτής να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη καθώς και επίσης απαιτούμενες πληροφορίες και συμβουλές στα άτομα που βρίσκονται κοντά στη γυναίκα, ώστε όλοι να κατευθύνουν σωστά την προσπάθειά τους και να μπορέσουν να υποστηρίξουν τη γυναίκα ψυχολογικά.^{38,39}

12.4.4 Αλλαγές στη μορφή του σώματος

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση της άρρωστης με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, καχεξία, κακοσμία κ.ά. διαφοροποιούν την εμφάνιση της άρρωστης και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού της. Ο εαυτός κάθε ανθρώπου, όμως, δεν είναι το σώμα. Ο πραγματικός εαυτός είναι η ψυχή και το πνεύμα. Ίσως η γυναίκα να είναι δύσκολο να το καταλάβει και να το αποδεχθεί στην αλήθεια, αν όμως το κατορθώσει, το ηθικό της θα εξυψωθεί.

Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον ώστε η γυναίκα πιο εύκολα να το αποδεχθεί και να συμβιβασθεί με τις αλλαγές στο σώμα της.^{38,39}

12.4.5 Αποφυγή της απομόνωσης

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με αγαπημένα τους πρόσωπα, και από το άλλο, φοβούνται την απόρριψη.

Αρχικά το στενό οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να είναι πολύ κοντά στη γυναίκα και η βοήθεια του κυρίως ψυχολογικά να είναι σημαντική. Όμως έχοντας τα δικά τους προβλήματα και τη δική τους ζωή απομακρύνονται χωρίς να το καταλάβουν.

Η γυναίκα όμως, εύκολα μπορεί να νιώσει εγκατάλειψη και μοναξιά με αποτέλεσμα να στρέφεται τόσο πολύ της στον εαυτό της ώστε να χάνει την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους και να βρεθεί απομονωμένη. Το δίλημμα που βιώνει η άρρωστη είναι: Να μη εξωτερικεύεται και να υποφέρει μόνη ή να εκφράζει τα συναισθήματά και τις ανησυχίες της, ρισκινδυνεύοντας να τη βαρεθούν οι άλλοι και να απομακρυνθούν.

Η ψυχική μόνωση ευνοεί την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική αρρώστια επισπεύδει αισθήματα μόνωσης. Από έρευνες βρέθηκε ότι η απομόνωση

σχετίζεται με την αρρώστια, την υπερβολική χρήση υπηρεσιών υγείας και τον πρόωρο θάνατο. Μερικές δεν μπορούν να αντέξουν την απομόνωση, δεν μπορούν να την υπερβούν πνευματικά και καταφεύγουν σε καταχρήσεις ακόμη και στην αυτοκτονία. Πρέπει ακόμη να τονισθεί ότι και ο πόνος, ως υποκειμενική εμπειρία, συντελεί στο αίσθημα της μόνωσης.

Προς αποφυγή λοιπόν οποιασδήποτε αρνητικής κατάληξης η γυναίκα πρέπει να δημιουργήσει νέους δεσμούς, νέες γέφυρες με ανθρώπους και να επιδοθεί σε δραστηριότητες που να την ανανεώσουν και θα επαναδραστηριοποιήσουν τη ζωή της.^{38,39}

12.5 Κέντρα αποκατάστασης

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω και η γυναίκα μετά από μια τόσο σπουδαία αρρώστια όπως αυτή του καρκίνου ωοθηκών, να μπορέσει να ανακτήσει την ψυχική της υγεία η οποία είναι λογικό να κλονιστεί και να διαταραχθεί από λίγο έως πολύ, δεν αρκεί η συμπαράσταση μόνο των προσώπων του κοντινού της περιβάλλοντος.

Η αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία η οποία πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου και να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας και της θεραπείας της. Η ομάδα επαγγελματιών υγείας που ασχολείται με την αποκατάσταση δεσμεύεται έτσι ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να κατακτήσει τους λειτουργικούς τους στόχους σε όλες τις φάσεις της ασθένειας και της θεραπείας της. Πρόσφατα υπήρξαν πολλές καινοτομίες και νέα στοιχεία τα οποία επιβάλλουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την αποκατάσταση. Παρόλα αυτά όμως οι μεγαλύτερες εξελίξεις σ' αυτό το χώρο είναι περισσότερο θεωρητικές παρά πρακτικές. Το ιατροκεντρικό μοντέλο τείνει να δώσει τη θέση του με βραδείς ρυθμούς στην ομάδα υγείας όπου οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι της νόσου του καρκίνου παίρνουν το ρόλο που τους αρμόζει. Προκύπτει λοιπόν έντονα η ανάγκη για ανάπτυξη οργανωμένων υπηρεσιών αποκατάστασης.⁴⁰

Συγκεκριμένα, ένας από τους πρωτοπόρους στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία με το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο. Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που

αντιμετωπίζει ένα άτομο είτε όταν γνωρίζει την ύπαρξη του καρκίνου είτε όταν απαλλάσσεται από αυτόν μέσω μιας αρκετά σημαντικής επέμβασης. Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης λειτουργεί από το 1983 και είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση εργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό, καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι ακόλουθοι:

A) Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.

B) Να αντιμετωπίζουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται είτε με την αρρώστια είτε μετά από επέμβαση.

Γ) Να τα βοηθούν να ζουν με τη γνώση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν και όχι με ουτοπίες.

Δ) Να βοηθούν τα άτομα να προσαρμοστούν με τις νέες καταστάσεις που ακολουθούν συνήθως είτε σχετικά με το σώμα τους είτε και με τον ίδιο τους τον εαυτό.

E) Να ενεργοποιηθούν τα άτομα προς την κοινωνική επανένταξη.³⁵

Ένας ακόμα τρόπος αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων εκτός από την ομάδα συμπαράστασης ή σε συνδυασμό με αυτή είναι η επιστροφή στην εργασία είτε και η ανεύρεση μιας καινούργιας.

Η έννοια εργασία δεν ανταποκρίνεται μόνο σε χρηματικά οφέλη αλλά κυρίως σε ψυχολογικά. Μια γυναίκα ψυχολογικά καταβεβλημένη την λόγω της αρρώστιας της χάνει την αυτοεκτίμησή της. Έτσι, απασχολώντας το μυαλό της με μια εργασία η οποία μπορεί να είναι η προηγούμενη δουλειά της, κάποιο χόμπι της, η τέχνη ή μελέτη, αλλά και οι καθημερινές δουλειές του σπιτιού, την βοηθά να ανακτήσει την ψυχική και πνευματική της ηρεμία. Με αυτό τον τρόπο κάνει ένα σπουδαίο βήμα για να μάθει η γυναίκα να ζει με αυτό το θεωρεί πρόβλημα.

Για να αρχίσει όμως η πλήρης αποκατάσταση της ψυχικής της υγείας είναι απαραίτητο να κατανικήσει το θυμό και το φόβο, να υιοθετήσει σωστή στάση, να προσφύγει στο σύστημα υποστήριξης και τέλος, να ασχοληθεί με κάποια παραγωγική εργασία αλλά και με την ψυχαγωγία. Πρέπει να γνωρίζει τα όριά της και να θέτει

ρεαλιστικούς στόχους. Οφείλει να είναι έτοιμη για συμβιβασμούς, να αποδέχεται τις μόνιμες αλλαγές και να προχωρά παραπέρα.

Φυσικά, δεν χρειάζεται να αλλαχθούν οι συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής αλλά να γίνουν αναγκαίες προσαρμογές στην καθημερινή ζωή ώστε ο χρόνος να χρησιμοποιηθεί εποικοδομητικά και αποτελεσματικά.

Τέλος, αν η γυναίκα φροντίσει προσεκτικά να διατηρήσει την πνευματική και ψυχική διαύγεια και τη σωματική της ευεξία, θα έχει καταφέρει να αλλάξει τις αρνητικές της σκέψεις σε θετικές και να επιτύχει το μέγιστο δυνατό μέσα στις αντιξοότητες των περιστάσεων.

12.6 Προτάσεις αποκατάστασης ψυχικής υγείας

Το προσωπικό υγείας έχοντας σαν σκοπό την πλήρη αποκατάσταση και την ευεξία της ψυχικής υγείας κάθε γυναίκας που έχει καρκίνο ωοθηκών και αναγνωρίζοντας το πόσο δύσκολο είναι μια γυναίκα να «χάνει» θα γίνει γυναικολογικά όργανά της, παρουσιάζει τις παρακάτω προτάσεις για μια καλύτερη ποιότητα ζωής όταν η τελευταία έχει μηδενιστεί από τις ανησυχίες, φόβους, σκέψεις της γυναίκας.

Κάντε σχέδια για το μέλλον

Οι άνθρωποι δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον αν πιστεύουν ότι δεν υπάρχει μέλλον. Αν δεν κάνετε σχέδια, μπορεί, χωρίς να το καταλάβετε, να παραιτηθείτε. Βάλτε στόχους και μακροχρόνια σχέδια.

Καταπολεμήστε την ανεπιθύμητη μοναξιά

Όσο δύσκολο και αν είναι προσπαθήστε να επικοινωνήσετε με τους φίλους και την οικογένειά σας. Μιλήστε τους ανοικτά για τα συναισθήματά σας, τις φοβίες και τις ανησυχίες σας. Με τον τρόπο αυτό και οι άλλοι θα σας καταλάβουν καλύτερα και εσείς θα νοιώσετε καλύτερα και όχι μόνες.

Βεβαιωθείτε ότι δεν ενεργείτε ως παραγκωνισμένη

Μην ξεχνάτε ποτέ ότι πριν και μετά τη θεραπεία του καρκίνου εσείς δεν αλλάξατε πρόσωπο. Είστε ακριβώς το ίδιο άτομο. Οι συναισθηματικές μεταβολές που μπορεί να νιώσατε μπορεί να κάνουν την επικοινωνία με τους συνανθρώπους σας πιο δύσκολη, όμως η αναζωογόνηση των παλιών σας σχέσεων είναι πιο εύκολη από όσο νομίζετε.

Επανακτήστε και διατηρήστε όσο γίνεται τον έλεγχο στη ζωή σας

Κάντε έναν κατάλογο των πραγμάτων ή δραστηριοτήτων που έχετε χάσει τον έλεγχό τους και αποφασίστε τι είναι εύλογο να ανακτήσετε. Η αίσθηση ότι έχετε χάσει τον έλεγχο είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη, γι' αυτό μην αφήσετε να χαθεί ο έλεγχος της ίδιας της ζωής σας μέσα από τα χέρια σας.

Δώστε σημασία στη χαλάρωση

Λόγω των ψυχολογικών μεταβολών που βιώνει η συναισθηματική σας φόρτιση είναι πολύ μεγάλη. Γεγονός, που μπορεί να είναι αρνητικό για την κατάσταση της υγείας σας. Για το λόγο αυτό, θα σας ωφελήσει να βρείτε τρόπους οι οποίοι θα σας προσφέρουν την απόλυτη χαλάρωση και σίγουρα θα σας κάνουν να νιώσετε καλύτερα.

Να προσέχετε τις λέξεις που χρησιμοποιείται για το γεγονός που σας συνέβη

Όταν περιγράφεται σε κάποιον όλο αυτό που σας συνέβη σχετικά με τον καρκίνο μην χρησιμοποιείται δραματικές λέξεις που και μόνο ακούγοντάς τες (κι το λέτε εσείς η ίδια), θα σας κάνουν να νιώσετε άσχημα.

Μην χρησιμοποιείται λοιπόν δραματικές και δυσοίωνες λέξεις αλλά προσπαθήστε να περιγράψετε τον αγώνα σας με λέξεις όσο πιο ελπιδοφόρες γίνεται.

Να επιδιώκετε την ευχαρίστηση και να αποφεύγετε το στρες

Και αν είναι εύκολο στα λόγια αλλά συνήθως δύσκολο στην πράξη, θυμηθείτε τα ευχάριστα συναισθήματα ενισχύουν το ανοσολογικό σύστημα ενώ τα δυσάρεστα το εξασθενούν. Προσπαθήστε να αυξήσετε τα ευχάριστα συναισθήματα για να μειώσετε τα δυσάρεστα. Η επιδίωξη της ευχαρίστησης αποτελεί ισχυρό σύμμαχο στη μάχη για την αποκατάσταση.

Συναναστραφείτε με άλλες γυναίκες που έχουν καρκίνο ωοθηκών

Μια τέτοια συναναστροφή θα σας απαλλάξει από την ένταση και θα σας κάνει να νιώσετε καλύτερα όταν συζητάτε για το πρόβλημά σας, αφού θα αντιμετωπίζετε τα ίδια προβλήματα και θα μοιραστείτε κοινές ανησυχίες.

Το γεγονός ότι θα νομίζετε ότι μιλάτε ελεύθερα για την κατάστασή σας και πώς οι συνομιλητές σας νιώθουν, θα σας ανακουφίσει από αρνητικά συναισθήματα.

Κάντε ότι μπορείτε για να διατηρήσετε την ελπίδα σας

Κατανοώντας ότι η σκέψη του θανάτου βρίσκεται συνεχώς στο μυαλό σας αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να την αφήσετε να σας καταβάλει. Μη χάνετε την αισιοδοξία σας και μην ματαιοδοξείτε. Η ελπίδα δεν είναι μόνο επιθυμία αλλά και συναισθηματικά αναγκαία.

Δεν χρειάζεται να παραιτηθείτε από τις ιδιαίτερες σχέσεις και τη στοργή

Αν εσείς και ο σύντροφός σας θέλετε να διατηρήσετε κάποιο βαθμό φυσικής αγάπης μετά τη θεραπεία του καρκίνου μπορεί να γίνουν προσαρμογές που θα ικανοποιήσουν αυτή την επιθυμία, παρά τα όποια οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Ο φόβος ότι μετά τη θεραπεία η γυναίκα χάνει την ικανότητά της να απολαμβάνει την ερωτική πράξη, είναι αναληθές. Μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει αυξημένη απόλαυση της συνουσίας μετά τη θεραπεία επειδή ο φόβος της εγκυμοσύνης δεν υπάρχει πλέον. Και πάλι όμως η λύση είναι η επικοινωνία!!!²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

Περιγραφή ιστορικού

Η ασθενής Μ.Β., ετών 56 εισήχθη στην Ογκολογική Κλινική του Αγ. Ανδρέα Πατρών στις 07/01/05 γιατί παρουσίασε διόγκωση της κοιλιακής χώρας. Από το ιστορικό της αναφέρεται ότι είχε δύο φυσιολογικούς τοκετούς και μία αυτόματη έκτρωση.

Κατά την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν μάζες σκληρής σύστασης. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο, η ουροδόχος κύστη ήταν καλώς εκπτυσσόμενη, χωρίς εικόνα οργανικών τοιχωματικών αλλοιώσεων από την πλήρωση αυτή. Η μήτρα ήταν σε οπίσθια κάμψη, μεγ. 81 mm * 36 mm * 53 mm, με ηχητική ομοιογένεια του παρεγχύματος αυτής. Η δεξιά ωοθήκη είχε μέγεθος 38mm * 32mm * 24mm και ο όγκος αυτής ήταν 14,73 cm³, η αριστερή ωοθήκη είχε μέγεθος 37mm * 32mm * 29mm και ο όγκος αυτής ήταν 17,99 cm³. Το ενδομήτριο ήταν ηχογενές πάχους 4 mm. Το ήπαρ εμφανίστηκε ομοιογενές με κανονικές διαστάσεις και παρεγχυματική πυκνότητα. Φυσιολογική ήταν και η απεικόνιση του χοληφόρου συστήματος.

Αιματολογικός έλεγχος και καρκινικοί δείκτες: HCT = 28%, λευκά αιμοσφαίρια: 10.000, T.K.E. = 60mm την ώρα, σάκχαρο αίματος = 113 mg%, ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.720, αιμοπετάλια: 300.000/ml, Ca₁₂₅ = 20 U/ml, Ca_{15,3} = 54 U/ml, Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) = 2,15 U/ml, Ca_{19,9} = 3,00 U/ml.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία όπου και παρουσιάστηκε μια μικρή ύφεση της νόσου με αντίστοιχη μείωση των καρκινικών δεικτών. Όμως μετά από 3 μήνες παρατηρήθηκε στην αριστερή κοιλία στο ύψος του ομφαλού σε επαφή με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και τις εντερικές έλικες πρόσθετος ιστός (περιτοναϊκές εμφυτεύσεις). Οπότε υποβλήθηκε σε υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγωθηκεκτομή.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν σχετικά καλή. Τα μετεγχειρητικά προβλήματα που παρουσίασε ήταν πόνος, πυρετός, ναυτία – εμέτους, ανησυχία.

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία και φόβος όσον αφορά τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής υποστήριξης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης - Ενίσχυση της αυτοεκτίμησής της άρρωστης - Παροχή πληροφοριών για τη φύση της ασθένειάς της και το είδος θεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> -Κατανοήθηκε η χειρουργική επέμβαση, η διάγνωση, το θεραπευτικό σχήμα, οι αλλαγές στο σώμα και ο ρόλος της ως γυναίκα - Βεβαιώνουμε ότι είμαστε κοντά της - Ήρεμο, αναπαιτικό περιβάλλον - Τεχνικές χαλάρωσης - Κάλεσμα της κοινωνικής υπηρεσίας για στήριξη - Ενθαρρύνουμε άτομα του περιβάλλοντος της να δείχνουν στοργικά με ενδιαφέρον, χωρίς εμφανές άγχος - Συζήτηση με την άρρωστη σε φιλικό κλίμα ώστε να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής μετά τη συζήτηση βελτιωμένη ψυχολογική κατάσταση και φαίνεται περισσότερο ήρεμη

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του κινδύνου λοίμωξης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτίμηση άρρωστης για σημεία λοίμωξης - Λήψη καλλιιεργειών και ευαισθησίες πριν από την έναρξη αντιμικροβιακής θεραπείας - Αύξηση δραστηριότητας - Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 3ωρο - Αναφορά αλλαγής, σε αναπνευστική κατάσταση, συγχουρίας ή αισθήματος καύσου κατά την ούρηση, αισθήματος κακουχίας, αρθραλγίας, εξανθήματος 	<ul style="list-style-type: none"> - Άσπτη τεχνική και όλων των σημείων που μπορούν να αποτελέσουν πηγές εισόδου μικροβίων (φλεβοκαθετήρες, παροχετεύσεις, τραύμα.) - Συχνό πλύσιμο χεριών - Πρόσληψη 2500ml ημερησίως - Έγνε μέτρηση 3ωρων ζωτικών σημείων - Βοήθεια της άρρωστης στην εκτέλεση σχολαστικής ατομικής υγιεινής - Συχνές αλλαγές θέσεων της άρρωστης - Παρακολούθηση αριθμού και τύπου λευκών αιμοσφαιρίων - Απομόνωση της άρρωστης αν ο αρ. λευκών αιμοσφαιρίων είναι < 1000/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Η άρρωστη δεν παρουσιάζει λοίμωξης σημεία

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Έντονος πόνος από την ένταση της ασθενούς και από την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση στο ελάχιστο του πόνου και ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτίμηση του χαρακτήριστικών πόνου: εντόπιση, ποιότητα, συχνότητα, διάρκεια - Εκτίμηση παραγόντων που αυξάνουν τον πόνο - Διδασκαλία της άρρωστης για ανακούφιση από τον πόνο (καθοδηγούμενη φαντασία) - Εκτίμηση συμπεριφορικών αποκρίσεων στον πόνο - Εξασφάλιση ηρεμίας και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος - Ήρεμη συζήτηση 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών, μυοχαλαρωτικών, αντισπασμωδικών) μετά από ιατρική οδηγία - Τακτικές αλλαγές θέσεως της άρρωστης - Διδασκαλία και ενθάρρυνση να βήχει - Απόσπαση της προσοχής της ασθενούς ακούγοντας μουσική, διαβάζοντας βιβλία - Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο - Χορήγηση 1 amp Zideron I.M. επί πόνου και στη συνέχεια 1 amp Apotel I.M. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της έντασης του πόνου και μυϊκή χαλάρωση, η ασθενής αναφέρει ότι είναι πολύ καλύτερα και η έκφρασή της είναι ήρεμη.

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ναυτία – έμετος από την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας. - Να μειωθούν ή να εξαλειφθούν οι έμετοι. - Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών. - Να προληφθεί η αφυδάτωση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση προμήθευση νεφροειδούς όταν παραστεί ανάγκη και άμεση απομάκρυνσή του - Ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές αργά όταν αισθάνεται ναυτία - Ενημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης - Μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών - Ενημέρωση να μην πάρει τίποτα από το στόμα - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, μετά από εντολή γιατρού - Χορήγηση IV υγρών προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς προς τα πλάγια για να αποφευχθεί επαναρρόφηση εμεσμάτων - Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων - Πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο - Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές - Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (1lit N/S 0,9%) και αποφεύχθηκε η αφυδάτωση - Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών - Η ασθενής ενημερώθηκε για την αιτία του εμέτου και ηρέμησε - Ενημερώθηκε να μην πάρει τίποτα από το στόμα - Χορηγήθηκε 1 amp Primperan IV στον ορό 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής απαλλάχθηκε από τη ναυτία και τους εμέτους.

ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Πυρετός (38,5°C) 1^η μετεγχειρητική μέρα λόγω στάσης των πνευμονικών εκκρίσεων 	<ul style="list-style-type: none"> - Πτώση της θερμοκρασίας τουλάχιστον κατά 1-1,5°C σε 2 ώρες - Πρόληψη υποστατικής πνευμονίας 	<ul style="list-style-type: none"> - Μέτρηση 3ωρης θερμομέτρησης - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περιπτώση ανόδου της θερμοκρασίας - Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά - Παρακολούθηση αποβαλλόμενων υγρών - Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων - Αναζήτηση σημείων πνευμονίας (ήχοι πλευριτικής συλλογής, βρογχικοί αναπνευστικοί ήχοι) - Καταμέτρηση και καταγραφή αποτελεσμάτων οξυμετρίας και αερίων αίματος - Διατήρηση τυπου αποτελεσματικού τύπου αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση - Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα - Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα - Η ποσότητα των αποβαλλόμενων υγρών παρακολούθηθηκε και ήταν φυσιολογική - Χορηγήθηκε Ponstan αντιπυρετικό - Οι αναπνευστικοί ήχοι της ασθενούς ήταν φυσιολογικοί - Έγινε η καταγραφή και η καταμέτρηση οξυμετρίας και αερίων αίματος - Χορηγήθηκε O₂ - Ενημερώθηκε να βήχει κρατώντας το τραύμα - Άλλαξε θέσεις κάθε 2 ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> - Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Θερμοκρασία ασθενούς 36°C χωρίς στάση πνευμονικών εκκρίσεων

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> - Φυσικοθεραπεία αναπνευστικού - Χορήγηση O₂ αν χρειαστεί - Ενημέρωση πώς να βήχει αποτελεσματικά κρατώντας το τραύμα - Αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες - Αύξηση δραστηριότητας όσο επιτρέπεται και είναι ανεκτή - Προφύλαξη από άλλα άτομα με αναπνευστική λοίμωξη - Να συμβουλευτούμε το γιατρό αν παρατηρηθούν συμπτώματα και σημεία διαταραχής της ανταλλαγής αερίων (ανησυχία, σύγχυση, μείωση Pa O₂) 	<ul style="list-style-type: none"> - Απομόνωση της ασθενούς σε θάλαμο μόνη της - Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή της ανταλλαγής αερίων 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως ο καρκίνος των ωοθηκών θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μία «ύπουλη» νόσος επειδή δεν εμφανίζει συμπτώματα και η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου. Έτσι λοιπόν, η ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου είναι η ΠΡΟΛΗΨΗ, η οποία όμως συνεπάγεται αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνηθειών της ζωής θ' αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση τη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων. Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην αρρώστια που λέγεται "Καρκίνος" πολλές φορές γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελευταία στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη. Αυτό μπορεί να προληφθεί με την σωστή πληροφόρηση των ασθενών από το προσωπικό υγείας.

Υπάρχει, λοιπόν, επείγουσα ανάγκη για τη μόρφωση των νοσηλευτών ώστε να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν σωστά τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίζουν τη νόσο αυτή και να είναι σε θέση να ζουν με ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, αλλά και τους υγιείς να αποφύγουν τον κίνδυνο της νόσου.

Τα επόμενα χρόνια προσδοκούμε ότι οι νοσηλευτές θα γίνουν πρότυπα υγιούς τρόπου διαβίωσης και συμπεριφοράς. Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση να ανέλθει στην ιεράρχηση των νοσηλευτικών προτεραιοτήτων, θα ενισχυθεί η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα πρόληψης και οι μελλοντικοί νοσηλευτές θα αποκτήσουν έναν ευρύτερο ρόλο στην γενετική του καρκίνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι.Ν.**, "Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα", University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 311.
2. **Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι.Ν.**, "Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου", University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 42,43,199.
3. **Tony Smith**, "Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός", τόμος ΙΙΙ, ανανεωμένη έκδοση, εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 1993, σελ. 771.
4. **Παπανικολάου**, "Γυναικολογία", Γ' έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόρης Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σελ. 17, 45, 46, 47, 272, 277.
5. **Πεκτασιδής Δημήτρης, Δημόπουλος Μελέτιος Αθανάσιος**, "Γυναικολογική Ογκολογία", Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2001, σελ. 563, 580-585, 586-591, 592-596, 599, 603, 604, 613, 615, 616.
6. **Stoppard Dr. Miriam**, "Το γυναικείο σώμα", εκδόσεις: Δομική Ο.Ε. Γκούμας – Κωτσιόπουλος, γενική επιμέλεια: Χατζηδάκη Μαρία, μετάφραση: Πρατσίνης Νίκος, Πρατσίνης Χάρης, Αθήνα 1996, σελ. 155.
7. **Http.www.gyn.gr.**, Χατζηγεωργίου Ν. Κωνσταντίνος, "για γυναικολόγους: καρκίνος ωοθηκών", 13/03/2003
8. **Καλογερόπουλος Αχ.**, "Γυναικολογία, βασικά θέματα, γενική γυναικολογία, γυναικολογική ογκολογία, ενδοκρινολογία αναπαραγωγής, σύγχρονα ειδικά θέματα", εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 370-372, 376-379, 380-384, 387-389, 390, 391, 395, 396-399, 402, 403-408.
9. **Μανταλενάκης Ι. Σέργιος**, "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας", επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόρης Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1995, σελ. 462, 463, 464, 465, 468, 469.
10. **Stoppard Miriam**, "Εμμηνόπαυση", μετάφραση: Αμαλία Ναθαναήλ, εκδόσεις Δοκιμή, Αθήνα 2000, σελ. 75.

11. **Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης**, "Καρκίνος", αχαϊκές εκδόσεις – Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης, Πάτρα 1999, σελ. 375-382.
12. **Μπόντης Ν. Ιωάννης**, "Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας", Επιμέλεια έκδοσης: Βαβίλης Δημήτριος, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002, σελ. 314, 320, 323.
13. **Μπεσμπέας Σ. Σταύρος**, "Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σελ. 421-422.
14. **Http.www.health.in.gr/woman/article**: "Καρκίνος των ωοθηκών"
15. **Τοκμακίδης Παναγιώτης**, "Μαιευτική και Γυναικολογία", εκδοτικός οίκος: Αδελφών Κυριακίδη α.ε., Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 244.
16. **Http.www.health.in.gr/news/article**: "Ελπίδες για έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών", 10/10/2001
17. **Http.www.medlook.net.cy/article**: "Νέο σημαντικό τεστ για την ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών", 11/02/2002
18. **Http.www.e-telescope.gr/article**: "Διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών", πηγή: sciencenews.gr, 28/05/2002
19. **Http.www.inhealth.gr/news**- Ειδήσεις από το χώρο της υγείας, "Ελπίδα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών", 09/02/2002
20. **Http.www.mednet.gr**, Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, θέματα γενικής χειρουργικής 1997, Δρακομανώλης Εμμ., "Αρχική και μετάχρονη ή δευτερογενής χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών", 1997.
21. **Μπεσμπέας Σ.**, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιμέλεια έκδοσης: Ν. Δοντάς – Σ. Μπεσμπέας, Περίοδος: Απρίλιος – Ιούνιος 2000, Αθήνα 2001, σελ. 59-60.
22. **Hopkins S.T.**, "Φάρμακα και φαρμακολογία για νοσηλευτές", μετάφραση: Αβραάμ Χρήστος, Σπανός Νικόλαος, επιμέλεια ύλης: Κατελάρης Θ. Κώστας, εκδόσεις: Πέργαμος, 12^η έκδοση, Αθήνα 1996, σελ. 311.
23. **Παπανικολάου Α. Νίκος**, "Γυναικολογική Φαρμακολογία", επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος", Αθήνα 1995, σελ. 67.
24. **Jane Rice**, "Εισαγωγή στη φαρμακολογία για νοσηλευτές", Β΄ έκδοση, επιμέλεια: Καραχάλιος Γιώργος, εκδόσεις: "Ελλάς", Αθήνα 1998, σελ. 135, 136.

25. **Θρουβάλας Δρ. Ν., Τσακίρης Δρ. Γ.**, "Στοιχεία ακτινοβιολογίας και ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας", ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990, σελ. 209.
26. **Dollinger Malin, M.D., Ernest Rosenbaum, M.D. και Greg Cable**, "Ο Καρκίνος", μετάφραση: Χρήστος Μαθάς, Δρ. Σωτήριος Λαμπρόπουλος, Γιώργος Λαδάς, Δρ. Βασιλική Αναγνωστοπούλου, επιστημονική επιμέλεια: Χρήστος Μαθάς, γλωσσική επιμέλεια: Παντελής Μπουκάλας, εκδόσεις: Κάτοπτρο – Αλ. Μάμαλης και Σία Ο.Ε., πρώτη έκδοση: Δεκέμβριος 1992, σελ. 152, 525-533, 630.
27. **Παπανικολάου**, "Μαιευτική", 3^η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σελ. 406, 407.
28. **Αθανάτου Κ. Ελευθερία**, "Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική", έκδοση ΙΑ΄ αναθεωρημένη, Αθήνα 2000, σελ. 173-194.
29. **Αθανάτου Κ. Ελευθερία**, "Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική", έκδοση ΣΤ΄, Αθήνα 2000, σελ. 64-66.
30. **Μπεσμπέας Σταύρος**: συντονιστής, Σεμινάριο νοσηλευτριών, Με θέμα: "Πρόληψη και Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου", Αθήνα 1991, σελ.73, 77.
31. **Τσίκος Νικόλαος, Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ.**, "Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ", δεύτερη έκδοση βελτιωμένη, εκδόσεις "Ελλην" – Γ. Παρικός & Σία Ε.Ε., Αθήνα 1999, σελ.142-143.
32. **Μόσχου Αθηνά** (καθηγήτρια εφαρμογών νοσηλευτικής), "Σημειώσεις Ογκολογική νοσηλευτική", Πάτρα 1999, σελ. 19, 57, 63-67, 76.
33. **Μαλγαρηνού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ.**, "Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική", τόμος Β΄, μέρος 2^ο, εκδόσεις "Η Ταβίθα", Αθήνα 2000, σελ. 113-118, 144-150, 155.
34. **Μπεσμπέας Σ.**, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, επιμέλεια έκδοσης: Χιωτόπουλος Δτ. Δημήτρης, Αθήνα 1998, σελ. 54-56.
35. **Μπεσμπέας Σ.**, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, "Διερεύνηση ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών", Επιμέλεια έκδοσης: Ν. Δοντάς –

Σ. Μπεσμπέας, Περίοδος: Φεβρουάριος – Ιούνιος 2001, Β΄ τόμος, Αθήνα 2002, σελ. 225, 242-243, 249-251.

36. [Http.www.midasfertility.com/article – 3htm](http://www.midasfertility.com/article-3.htm), George Midas Fertility house
37. **Παναγιώτου Δ. – Αναγνωστόπουλος Φ.**, "Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας", γ΄ έκδοση, Αθήνα 1999, σελ. 137, 152-167.
38. **Ραγιά Χρ. Αφροδίτη**, "Νοσηλευτική ψυχικής υγείας", Δ΄ έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2004, σελ.169.
39. **Καρύμπαλης Βασίλειος, Καλοπήτα Κωνσταντίνα, Ζάρρος Απόστολος, Αντωνόπουλος Αχιλλέας**, "Ογκολογική ενημέρωση", τίτλος: Ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων που στηρίζουν ασθενείς με καρκίνο, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τόμος 6 - τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2004, σελ. 232, 237.
40. **Καρδαμάκης Δ., Παντελάκος Π.**: επιμέλεια, "2^ο Διαιτητικό αντικαρκινικό συνέδριο", υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 17-20 Μαρτίου 2005, σελ. 289.

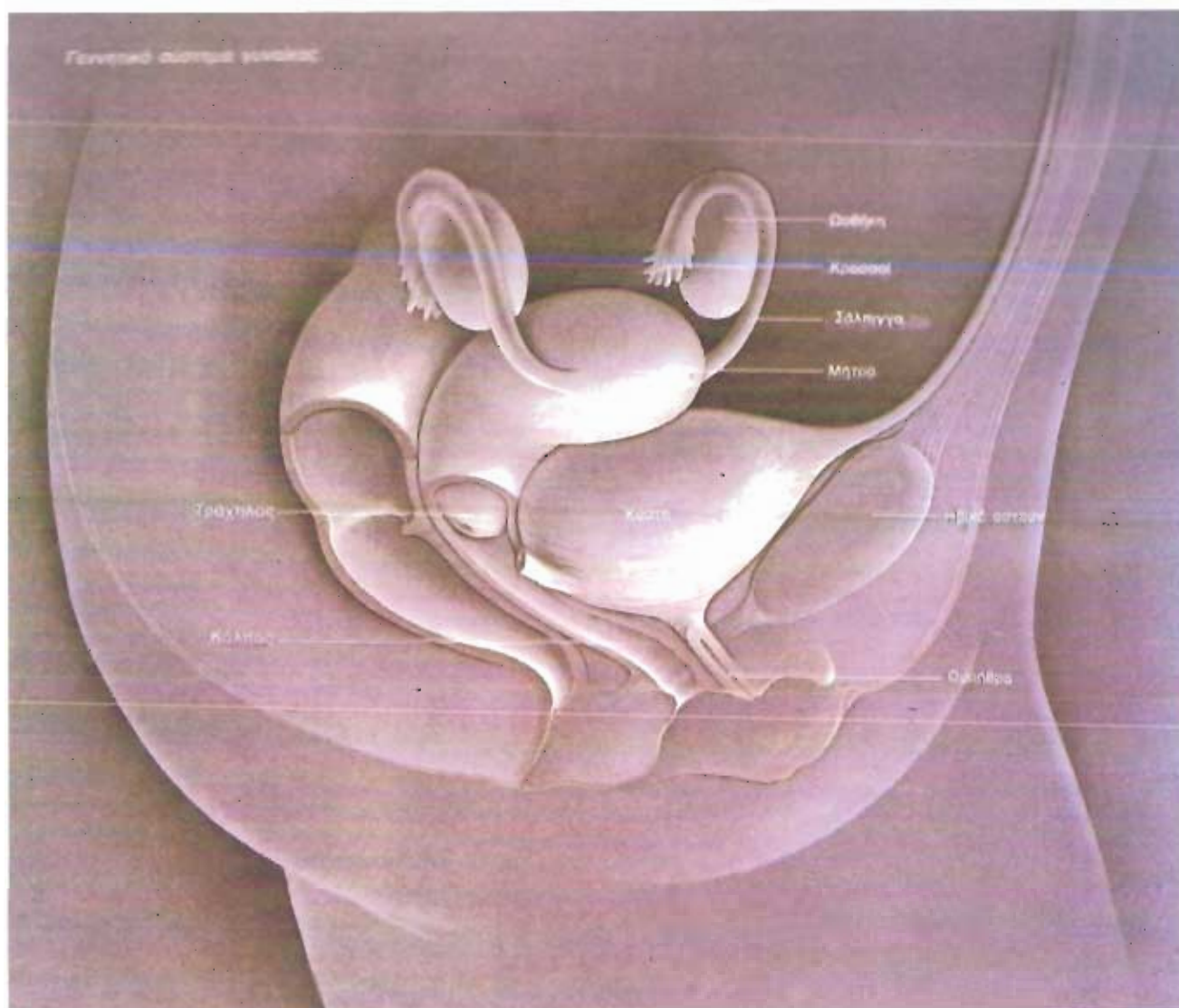
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Λορέτα Γιανγκ, παλιά σtar του Χόλιγουντ πέθανε πρόσφατα από τη νόσο



Το γυναικείο γεννητικό σύστημα



χοάνη ή κώδων
της μήτρας

ωαγωγός
(ή σάλπιγγα)

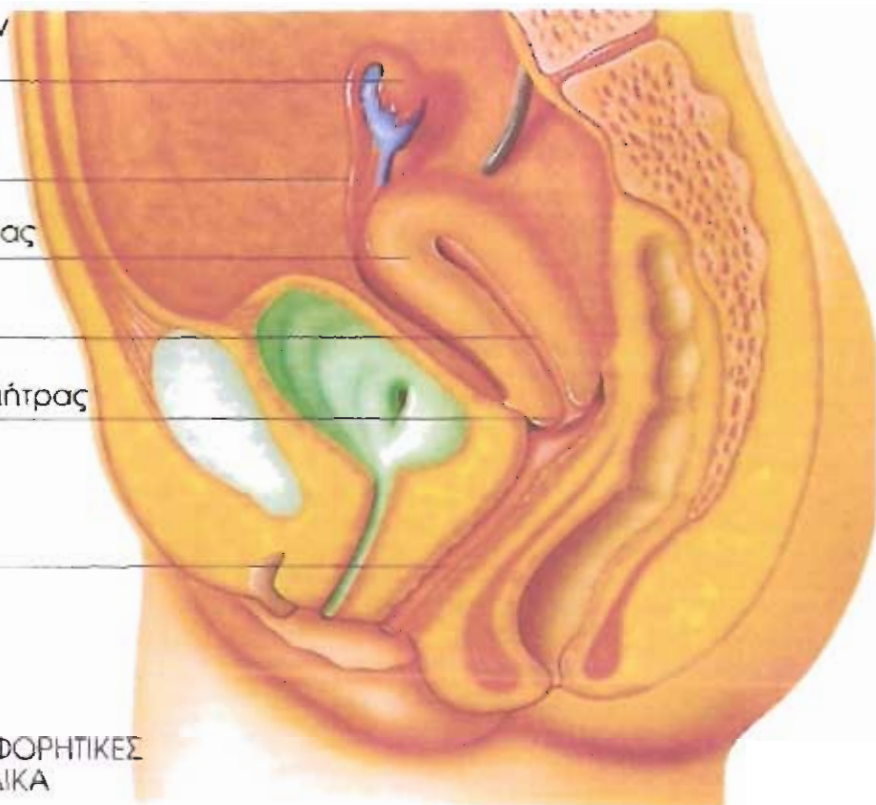
σώμα της μήτρας

μήτρα

τράχηλος της μήτρας

κόλπος

ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΕΣ
ΟΔΟΙ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ



Επιστημονικές εξελίξεις

04/10/2001

Τα καρότα και οι ντομάτες μειώνουν σημαντικά τον καρκίνο της ωοθήκης ;

Ο καρκίνος της ωοθήκης παρουσιάζει αύξηση της συχνότητας του. Στις γυναίκες είναι ο τέταρτος συχνότερος καρκίνος. Ο μέσος όρος της ηλικίας κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες είναι 63 ετών.



Η ασθένεια μπορεί να παρουσιαστεί με διάφορους τρόπους. Δυστυχώς η ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα μόνο όταν η κακοήθεια αυτή προχωρήσει αρκετά. Σε αρκετές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται όταν η ασθένεια βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια.

Τα συμπτώματα που μπορούν να συνοδεύουν μία κακοήθη νόσο της ωοθήκης αναφέρονται πιο κάτω. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι δεν σημαίνει ότι όταν μια γυναίκα παρουσιάζει κάτι από αυτά, έχει κατ' ανάγκη καρκίνο της ωοθήκης. Είναι όμως σημαντικό σε περίπτωση που τέτοια σημεία ή συμπτώματα παρουσιάζονται και παραμένουν, οι ασθενείς να ζητούν τη βοήθεια του γυναικολόγου τους.

- Απώλεια βάρους και κούραση
- Πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς
- Διάταση της κοιλιάς με αίσθημα ότι τα ρούχα έχουν γίνει πολύ σφικτά
- Λιμορραγία από τον κόλπο, ιδιαίτερα στις γυναίκες μετά από την εμμηνόπαυση
- Προβλήματα με την κύστη και αίσθηση πίεσης στην περιοχή αυτή
- Αναστάτωση στο στομάχι και αίσθημα καψίματος. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να προκληθούν και από άλλες ασθένειες αλλά είναι καλό σε περίπτωση επίμονων ενοχλήσεων να ζητηθεί και η γνώμη του γυναικολόγου
- Μόρφωμα στην ωοθήκη που πιθανόν να ανιχνευθεί κατά την διάρκεια μιας εξέτασης ρουτίνας

Όσο γρηγορότερα γίνει η διάγνωση του καρκίνου αυτού τόσο πιο καλά είναι διότι προλαμβάνεται η εξάπλωσή του σε άλλα όργανα.

Μια πρόσφατη μελέτη που μας έρχεται από Βοστώνη, υποστηρίζει ότι οι γυναίκες οι οποίες τρώνε άφθονα καρότα και ντομάτες έχουν μειωμένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο της ωοθήκης.

Οι γιατροί εξέτασαν 563 γυναίκες με καρκίνο της ωοθήκης και 523 υγιείς γυναίκες.

Η ανάλυση των διατροφικών τους συνηθειών έδειξε ότι οι γυναίκες που έπαιρναν πολλή καρωτίνη και ιδιαίτερα άλφα-καρωτίνη είχαν σημαντικά μειωμένα κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο της ωοθήκης. Το εύρημα αυτό ήταν εμφανές μεταξύ των γυναικών μετά από την εμμηνόπαυση.

Επίσης βρήκαν ότι οι γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση, οι οποίες έπαιρναν από τη διατροφή τους ψηλές ποσότητες λυκοπένης, είχαν επίσης μειωμένο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό.

Η λυκοπένη βρίσκεται μέσα στις ντομάτες και σε άλλα φρούτα και λαχανικά που έχουν κόκκινο χρώμα. Επίσης διατηρείται και μετά από την επεξεργασία των λαχανικών και έτσι βρίσκεται σε αυξημένες συγκεντρώσεις μέσα στη σάλτσα ντομάτας και μέσα στο κέτσαπ.

Η καρωτίνη (μετατρέπεται από τον οργανισμό σε βιταμίνη άλφα) και η λυκοπένη ανήκουν στην οικογένεια των αντι-οξειδωτικών ουσιών που είναι γνωστό ότι έχουν ιδιότητες εναντίον του καρκίνου.

Δυστυχώς τα περιστατικά του καρκίνου της ωοθήκης παρουσιάζουν ψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική όπως επίσης και η έγκαιρη διάγνωση.

Τα ευρήματα της έρευνας που παρουσιάζουμε σήμερα, παρά το γεγονός ότι χρειάζονται επιβεβαίωση και από άλλες ανάλογες μελέτες, επιτρέπουν να δοθεί συμβουλή προς τις γυναίκες να τρώνε άφθονα καρότα, ντομάτες και παράγωγά τους.

Η ορθή διατροφή μπορεί ν' αποτελεί ένα από τα σημαντικά όπλα πρόληψης που διαθέτουμε εναντίον της μαστίγας του καρκίνου.

20/08/2003

Γιατί η σωματική εξάσκηση μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου;

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 μπουβουλής 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 σημεία που να προκαλείται ιδρώτας για τουλάχιστο 3 φορές την εβδομάδα.



29/01/2002

Η θεραπεία κατά της στειρότητας δεν οδηγεί σε καρκίνο των ωοθηκών



Πίτσπουργκ: Τις υποψίες ότι η ορμονοθεραπεία που εφαρμόζεται σε γυναίκες προκειμένου να τεκνοποιήσουν ευνοεί την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών, έρχεται να διαψεύσει εργασία επιστημόνων από το Πανεπιστήμιο του Πίτσπουργκ. Πρόκειται, μάλιστα, για τη μεγαλύτερη μελέτη που έχει γίνει στο συγκεκριμένο θέμα.

Οι γυναίκες που εμφανίζουν δυσκολίες όσον αφορά στην τεκνοποίηση, υποβάλλονται σε θεραπείες με ορμονικά σκευάσματα, για να ρυθμιστεί ο έμμηνος κύκλος και να αυξηθεί ο αριθμός των παραγωμένων ωαρίων. Ωστόσο, τη θεραπεία συνοδεύει πάντα η υποψία ότι ενδέχεται να αναπτυχθεί καρκίνος των ωοθηκών έπειτα από αρκετά χρόνια, ή να εμφανιστεί άμεσα μικρός αριθμός προκαρκινικών κυττάρων.

Με την ανάλυση των στοιχείων από οκτώ διαφορετικές εργασίες που έγιναν σε ΗΠΑ, Δανία, Καναδά και Αυστραλία, οι επιστήμονες από το Πίτσπουργκ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια γυναίκα που υποβλήθηκε σε αυτές τις θεραπείες κινδυνεύει να παρουσιάσει καρκίνο των ωοθηκών όπως και κάθε άλλη γυναίκα που δεν έλαβε ποτέ τέτοιου είδους φάρμακα. Υποστηρίζουν, μάλιστα, πως κάθε επιτυχής κύηση μειώνει περισσότερο τον κίνδυνο καρκινογένεσης.

Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που προσπαθούν μεγάλο χρονικό διάστημα να συλλάβουν, εμφανίζουν 2,7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο ωοθηκών.

Οι συγγραφείς πιστεύουν πως οι γυναίκες αυτές κινδυνεύουν περισσότερο όχι λόγω της θεραπείας, αλλά επειδή οι καταστάσεις που οδηγούν στη στειρότητα αυξάνουν παράλληλα και τις πιθανότητες καρκινογένεσης. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η ενδομητρίωση, μια κατάσταση που προκαλεί πόνο και φλεγμονή κυρίως στην περιοχή της πυέλου, αλλά μπορεί να συσχετιστεί και με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα που δημοσιεύεται στην επιστημονική επιθεώρηση *American Journal of Epidemiology*, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κακοήθους όγκου έχουν οι γυναίκες των οποίων η στειρότητα δεν αποδίδεται σε συγκεκριμένο αίτιο (ιδιοπαθής).

Ο καρκίνος των ωοθηκών θεωρείται μία από τις πιο επικίνδυνες μορφές καρκίνου, διότι στην αρχή δεν συνδυάζεται με έντονα ή χαρακτηριστικά συμπτώματα και όταν γίνεται αντιληπτός έχει επεκταθεί σε σημαντικό βαθμό.

"Πρόκειται για θαυμάσιο νέα, αφού πιθανότατα δεν ευνοούμε, τελικά, την ανάπτυξη του καρκίνου" υποστήριξε μιλώντας στο BBC ο Δρ Σάιμον Φίσελ, διευθυντής του Park Clinic στο Νότιγκχαμ. Η δήλωση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς ο Φίσελ είναι ο πρώτος που με άρθρο του το 1988 εξέφρασε την άποψη ότι θεωρητικά θα μπορούσε να συσχετιστεί η τεχνητή γονιμοποίηση με την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών.

Παρ' όλα αυτά, ο Φίσελ επισήμανε: "Πρέπει να μελετήσουμε πολλές γυναίκες, που σήμερα βρίσκονται στην ηλικία των 50 ετών, για είμαστε απόλυτα σίγουροι ότι η συγκεκριμένη θεραπεία δεν εγκυμονεί κινδύνους".

Κλινική Μελέτη

ΟΓΚΟΙ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗ 37 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΔΕΛΗΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε, ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ Μ, ΦΩΤΙΟΥ Σ, ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ.
ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΡΕΤΑΙΕΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΟ, ΑΘΗΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφονται 37 περιπτώσεις εφήβων ηλικίας 12 έως 21 ετών, με όγκους ωοθηκών οι οποίες χειρουργήθηκαν στη Β' Μαιευτική / Γυναικολογική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου κατά την περίοδο 1997-2000. Το πιο κοινό σύμπτωμα ήταν ο κοιλιακός πόνος, ενώ 5 ασθενείς ήταν αιμομπτωματικές (τυχαίο εύρημα). Από τους 40 όγκους ωοθηκών που χειρουργήθηκαν (3 ασθενείς εμφάνισαν αμφοτερόπλευρες αλλοιώσεις) 52,5% ήταν μη νεοπλασματικές κύστες, 45% καλοήθεις όγκοι και 2,5% κακοήθεις όγκοι ωοθηκών. Στην πλειονότητα τους ήταν μη επιθηλιακής προέλευσης ενώ ο συχνότερος ιστολογικός τύπος αφορούσε όγκους εκ γεννητικών κυττάρων. Η προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση των εφήβων με όγκο ωοθήκης πρέπει να περιλαμβάνει λήψη λεπτομερούς ιστορικού, φυσική εξέταση, απεικονιστικές εξετάσεις και καρκινικούς δείκτες. Με ενδεδειχμένη προεγχειρητικό έλεγχο και κατάλληλη χειρουργική αντιμετώπιση, μπορούν να αποφευχθούν προβλήματα που σχετίζονται με την μελλοντική ανάλυση, γονιμότητα και ποιότητα ζωής της εφήβου με όγκο ωοθηκών.

Λέξεις ευρητηριασμού: εφηβεία, όγκοι ωοθηκών, υπερηχογράφημα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεοπλασμάτα των ωοθηκών αποτελούν περίπου το 1-2% όλων των κακοηθικών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας καθώς και τους πιο συχνούς όγκους του γεννητικού συστήματος αυτής της περιόδου (1,2). Η πλειονότητα των ωοθηκικών όγκων

που εμφανίζονται σε θήλεια άτομα από τη γέννηση έως και την ηλικία των 19 ετών είναι μη επιθηλιακής προέλευσης (3). Η διάγνωσή τους αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό καθώς τα καλοήθη νεοπλασμάτα είναι συχνότερα και τα κλινικά σημεία και συμπτώματά τους συνήθως είναι μη ειδικά. Η διατήρηση υψηλού βαθμού υποψίας για τους όγκους αυτούς και η συνήθως σύνθετη διαγνωστική προσέγγισή τους (κλινική εξέταση, απεικονιστικές μέθοδοι, καρκινικοί δείκτες), είναι απαραίτητη για την ανίχνευση και διάγνωσή τους σε πρώιμα στάδια. Ο προεγχειρητικός έλεγχος μιας εφήβου με ωοθηκικό όγκο πρέπει να περιλαμβάνει γυναικολογική εξέταση ή/και εξέταση από το ορθό, υπερηχογραφικό έλεγχο έσω γεννητικών οργάνων και εκτίμηση των καρκινικών δεικτών. Στην περίπτωση που η υπερηχογραφική εξέταση αποκαλύψει την ύπαρξη μάζας τότε είναι απαραίτητος περαιτέρω έλεγχος με αξονική και εάν χρειαστεί με μαγνητική τομογραφία προκειμένου να ληφθούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την εντόπιση και τη φύση του όγκου. Ύστερα από μία ενδεδειχμένη διαγνωστική προσέγγιση είναι ευκολότερο να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία για την ασθενή. Σχετικά με τη χειρουργική θεραπεία της νόσου, θα πρέπει να είναι ανάλογα με την περίπτωση όσο το δυνατό περισσότερο συντηρητική, προκειμένου να διατηρηθεί υγιής ωοθηκικός ιστός και να αποφευχθεί ο σχηματισμός συμφύσεων, ώστε να μην επηρεαστεί η γονιμότητα της ασθενούς. Η παρούσα αναδρομική μελέτη εξετάζει τη διαγνωστική προσέγγιση και το αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας ωοθηκικών όγκων σε έφηβες γυναίκες οι οποίες εισήχθησαν στην κλινική μας τα τελευταία 6 έτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλα τα θήλεια άτομα ηλικίας 12 έως 21 ετών τα οποία

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:
Ελευθεριάδης Μακάριος,
Χαραυγής 26, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα.
Τηλ: 210 6833936 e-mail: elemak@otenet.gr

υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση λόγω διαγνωσθείσας εξαρτηματικής μάζας, στη Β' Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, από το 1997 έως το 2002. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν αναδρομικά από το ιατρικό αρχείο της Κλινικής, αφορούσαν τα κλινικά συμπτώματα των ασθενών, την προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση, τον υπερηχογραφικό έλεγχο, το είδος της επέμβασης και τα παθολογοανατομικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

37 ασθενείς ηλικίας 12 έως 21 ετών εισήχθησαν στη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική λόγω εξαρτηματικού όγκου (Πίνακας 1. Κατανομή των ωοθηκικών όγκων κατά ηλικία), εμφανίζοντας τα ακόλουθα συμπτώματα: κοιλιακό πόνο (59.5%), διαταραχές περιόδου (18.9%), διάταση κοιλίας (2.7%), ψηλαφητή κοιλιακή μάζα (2.7%) και πυρετό (2.7%), ενώ στο 13.5% των περιπτώσεων επρόκειτο για τυχαίο εύρημα (Πίνακας 2).

Από τις 37 ασθενείς μόνο σε μία δεν είχε εμφανιστεί έμμηνος ρύση.

Πίνακας 1

Κατανομή των ωοθηκικών όγκων κατά ηλικία

Παθολογοανατομικά ευρήματα	Ηλικία ασθενούς Μέση ηλικία (έτη)
Functional cyst	18 (13-21)
Epithelial neoplasm	16.5 (13-20)
Sex cord stromal tumor	18 (14-20)
Germ cell tumor	20 (16-21)
Endometrioid cyst	19 (12-21)
Paraovarian cyst	18.5 (16-21)

Πίνακας 2

Συμπτώματα των ασθενών

Συμπτώματα	n(%)
Κοιλιακός πόνος	22 (59.5)
Διαταραχές περιόδου	7 (18.9)
Διάταση κοιλίας	1 (2.7)
Ψηλαφητή μάζα	1 (2.7)
Πυρετός	1 (2.7)
Τυχαίο εύρημα	5 (13.5)
Σύνολο	37

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος (διακοιλιακά ή ενδοκολπικά) αποτελεί την εξέταση εκλογής όσον αφορά την διερεύνηση των εξαρτηματικών όγκων (4,5). Παρά το γεγονός ότι κατά τον διακοιλιακό υπερηχογραφικό έλεγχο μπορεί να απεικονιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η υφή των ωοθηκικών όγκων (πχ. ύπαρξη διαφραγματιών ή θηλωδών προσεκβολών), δεν είναι ξεκάθαρο εάν θα πρέπει να προτιμάται περισσότερο από το διακοιλιακό υπερηχογράφημα (6,7).

Όλες οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφικό έλεγχο, 22 ασθενείς διακοιλιακά και 15 διακοιλιακά (13 από τις τελευταίες δεν είχαν αρχίσει σεξουαλικές επαφές). Το μέγεθος της αλλοίωσης καθοριζόταν από τη μεγαλύτερη διάμετρο αυτής, ενώ ανάλογα με τη μορφολογία της χαρακτηριζόταν ως απλή κυστική αλλοίωση, σύνθετη ή συμπαγής. Στις περιπτώσεις εκείνες που απαιτήθηκε περαιτέρω διερεύνηση της φύσης του ωοθηκικού όγκου, πραγματοποιήθηκε εξέταση με αξονική τομογραφία (5 περιστατικά-13.5%) και μαγνητική τομογραφία (1 περιστατικό-2.7%).

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Η μέτρηση των επιπέδων του CA-125 αποτελεί έλεγχο ρουτίνας σε περιπτώσεις όγκων ωοθηκών και η αύξησή του συνδέεται με καρκίνο ωοθήκης επιθηλιακής προέλευσης (8). Ωστόσο δεν πρόκειται για ειδικό καρκινικό δείκτη, αφού είναι αυξημένος σε περιπτώσεις κίρρωσης ήπατος, ενδομητρίωσης, φλεγμονώδους νόσου της πύελου, παγκρεατίτιδας, στο 40% των ασθενών με κακοήθεια εντοπισμένη στην κοιλιακή χώρα μη ωοθηκικής προέλευσης, καθώς και στο 1% του υγιούς πληθυσμού (9,10). Άλλοι καρκινικοί δείκτες οι οποίοι μπορεί να ανιχνευθούν αυξημένοι περιλαμβάνουν την α-fetoprotein σε περιπτώσεις ενδοδερμικών όγκων και καρκίνων από εμβρυϊκά κύτταρα, την hCG σε περιπτώσεις ωοθηκικού χοριοκαρκινώματος, καρκίνου από εμβρυϊκά κύτταρα και όγκου από γεννητικά κύτταρα, την LDH σε ασθενείς με δυσγερμίνωμα και το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) το οποίο μπορεί να ανιχνευθεί αυξημένο σε περιπτώσεις βλεννώδους επιθηλιακού καρκίνου ωοθήκης.

Στην παρούσα μελέτη τα επίπεδα των καρκινικών δεικτών ήταν φυσιολογικά σε 30 ασθενείς,

ενώ μόνο σε 7 περιπτώσεις (19%) παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα CA-125.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η ερευνητική λαπαροτομία αποτέλεσε την μέθοδο εκλογής όσον αφορά στη διάγνωση και θεραπεία των εξαρτηματικών όγκων, έως και την προηγούμενη δεκαετία. Πλεονεκτήματα της παραπάνω μεθόδου αποτελούν η σωστή σταδιοποίηση και η χειρουργική θεραπεία σε περίπτωση καρκίνου ωοθήκης (11,12). Από τη άλλη πλευρά η λαπαροσκοπική χειρουργική η οποία αναπτύσσεται ταχύτατα, εμφανίζει λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και μειωμένες ημέρες μετεγχειρητικής νοσηλείας. Όμως ο κίνδυνος ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου λόγω ρήξεως της κύστης και η αδυναμία εκτέλεσης χειρουργικής σταδιοποίησης, γεγονός τα οποία σχετίζονται με φτωχή πρόγνωση, περιορίζουν την εφαρμογή της μεθόδου σε ασθενείς με ωοθηκικούς όγκους χωρίς σημεία κακοήθειας, βασιζόμενοι σε απεικονιστικές εξετάσεις και καρκινικούς δείκτες (13,14,15).

Στη μελέτη μας όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν από χειρουργό γυναικολόγο και ήταν όλες προγραμματισμένες. 25 ασθενείς (67.5%) υποβλήθηκαν σε επεμβατική λαπαροσκόπηση κατά την οποία αφαιρέθηκε η κύστη της ωοθήκης. Σε μία περίπτωση πραγματοποιήθηκε επιπλέον λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων, ενώ σε μία άλλη έγινε λήψη βιοψίας από την απέναντι ωοθήκη. 12 ασθενείς (32.5%) υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία σε 9 ασθενείς αφαιρέθηκε η κύστη, σε 2 η κύστη με την ωοθήκη, ενώ σε μία περίπτωση πραγματοποιήθηκε αφαίρεση του εξαρτήματος και βιοψία της απέναντι ωοθήκης.

Η ιστολογική εξέταση των χειρουργικών παρασκευασμάτων έδειξε τα ακόλουθα: 11 καλοήθη ώριμα τερατώματα (27.5%), 10 λειτουργικές κύστεις ωχρινικές ή ωοθηλακικές (25%), 6 ενδομητριοειδείς κύστεις (15%), 3 ορώδη κυσταδενώματα (7.5%), 3 ινώματα (7.5%), 1 βλενώδες κυσταδένωμα (2.5%), 5 ορώδεις παρωθηκικές κύστεις (12.5%) και μία περίπτωση όγκου ωοθήκης από κύτταρα Sertoli-Leydig, ενδιάμεσης διαφοροποίησης (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι όγκοι των ωοθηκών αποτελούν περίπου το 1% όλων των όγκων της παιδικής και εφηβικής ηλικίας,

Πίνακας 3
Ιστολογική διάγνωση

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	n(%)
Λειτουργικές κύστεις:	10 (25)
1. Ωοθηλακικές	4 (10)
2. Ωχρού σωματίου	6 (15)
Ενδομητρίωματα	6 (15)
Παρωθηκικές κύστεις	5 (12.5)
Επιθηλιακές:	4 (10)
Α. Καλοήθεις	
1. Ορώδες κυσταδένωμα	3 (7.5)
2. Βλενώδες κυσταδένωμα	1 (2.5)
Β. Κακοήθεις	
Γεννητικός τανύς-στρώματος:	4 (10)
1. Ίνωμα	3 (7.5)
2. Sertoli-Leydig (low malignant potential)	1 (2.5)
Γεννητικών κυττάρων:	11 (27.5)
1. Ώριμο καλοήθεις τεράτωμα	11 (27.5)
ΣΥΝΟΛΟ	40*

*Τρεις από τις ασθενείς εμφάνισαν αμφοτερόπλευρες αλλοιώσεις

ενώ λιγότερο από το 5% των κακοηθικών της ωοθήκης εμφανίζονται σ'αυτές τις ομάδες ασθενών. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες (16,17), η πλειοψηφία των όγκων της ωοθήκης που ανευρίσκονται σε παιδιά και εφήβους είναι μη νεοπλασματικοί. Σε μία μελέτη των Templeman και συν. στο 57.9% των περιπτώσεων θηλέων απόμων ηλικίας κάτω των 21 ετών, τα οποία χειρουργήθηκαν λόγω μη φλεγμονώδους ωοθηκικής μάζας, η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε κύστη ωοθήκης. Στην παρούσα μελέτη τα καλοήθη νεοπλασμάτα των ωοθηκών αποτελούν το 45%, τα κακοήθη νεοπλασμάτα το 2,5% ενώ οι κύστεις το 52.5% των περιπτώσεων. Η ομάδα των ασθενών μας περιλαμβάνει μόνο μη επείγουσες περιπτώσεις οι οποίες υποβλήθηκαν σε διεξοδικό προεγχειρητικό έλεγχο, γεγονός το οποίο εξηγεί το σχετικά μικρό ποσοστό μη νεοπλασματικών ωοθηκικών αλλοιώσεων.

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα ποικίλουν και είναι συχνά μη ειδικά, κάνοντας τη διάγνωση δύσκολη προεγχειρητικά. Το κοιλιακό άλγος είναι το πιο συχνό αρχικό σύμπτωμα. Η διάγνωση της νόσου

σ' αυτή την ηλικία είναι δύσκολη τόσο λόγω σπανιότητας (χαμηλός δείκτης υποψίας της νόσου), όσο και απουσίας ειδικών συμπτωμάτων, ενώ οξεία και έντονα συμπτώματα συνήθως αποδίδονται σε πιο συχνές παθολογικές καταστάσεις όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Σε κάθε περίπτωση επίμονου άλγους υπογαστρίου, θα πρέπει να γίνεται διεξοδικός έλεγχος προκειμένου να τεθεί η σωστή διάγνωση. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να περιλαμβάνει ψηλάφηση της κοιλιάς, αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ή εξέταση της εφήβου από το ορθό, έλεγχο των καρκινικών δεικτών και υπερηχογραφική εξέταση. Ειδικά η τελευταία, αποτελεί μία άριστη μη επεμβατική μέθοδο ελέγχου της γυναικείας πυέλου ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς (18). Η εξέταση με υπερηχογράφημα διακοιλιακά ή διακολπικά, προσδιορίζει με αξιοπιστία τόσο τη θέση όσο και τη φύση του ωοθηκικού όγκου, θέτοντας σε πολλές περιπτώσεις τη διάγνωση της νόσου. Επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να αποτρέψει από μία άσκοπη χειρουργική επέμβαση. Σε εκείνες τις περιπτώσεις που το υπερηχογράφημα θα ανιχνεύσει νεοπλασματική εξεργασία, η εξέταση με αζονική ή ακόμη και με μαγνητική τομογραφία μπορεί να δώσει επιπλέον πληροφορίες, όπως επίσης και ο υπερηχογραφικός έλεγχος με Doppler. Παρά το γεγονός ότι η εξέταση με Doppler δεν συμπεριλήφθηκε στον προεχειρητικό μας έλεγχο, η συγκεκριμένη εξέταση προσφέρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη φύση του όγκου όπως η αγγειωσή του ή οι αντιστάσεις της αιματικής ροής(19).

Στη μελέτη μας, ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποδείχθηκε 100% ακριβής όσον αφορά την ανεύρεση της ωοθηκικής μάζας, τις διαστάσεις της και τα μορφολογικά της χαρακτηριστικά. Ωστόσο δεν καθόρισε με την ίδια ακρίβεια την καλοήγη ή κακοήγη φύση της μάζας.

Παρά το γεγονός ότι η λαπαροσκοπική αφαίρεση ωοθηκικών όγκων αποτελεί καθημερινή πρακτική, υπάρχει ακόμη διχογνωμία σχετικά με την επιλογή των όγκων που μπορούν και πρέπει να αφαιρεθούν λαπαροσκοπικά, κυρίως λόγω πιθανής επιβάρυνσης στην πρόγνωση κακοηθών μαζών. Έτσι, ο υπερηχογραφικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος. Κυστικές ωοθηκικές αλλοιώσεις με λεπτά τοιχώματα χωρίς την παρουσία συμπαγών στοιχείων εντός τους εμφανίζουν μικρή πιθανότητα κακοήθειας και μπορούν να αφαιρεθούν λαπαροσκοπικά. Αντίθετα, αλλοιώσεις με παχιά ανώμαλα τοιχώματα και διαφράγματα, θηλώδεις προεκβολές και συμπαγή στοιχεία, είναι ύποπτες για κακοήθεια και υποψήφιες για λαπαροτομία. Σε πολλές περιπτώσεις το μέγεθος της

κύστης λαμβάνεται υπόψη, αν και πολλές κύστει αναρροφούνται πριν την αφαίρεσή τους. Επίσης τα επίπεδα των καρκινικών δεικτών επηρεάζουν πολλές φορές την απόφαση για λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία. Η σύγκριση του αποτελέσματος της λαπαροσκοπικής και λαπαροτομικής αφαίρεσης των ωοθηκικών όγκων αποτελεί αντικείμενο προοπτικών μελετών.

Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε μία γενικότερη συντηρητική χειρουργική προσέγγιση των περιστατικών, προκειμένου να αποφευχθούν μελλοντικά προβλήματα υπογονιμότητας και στο σύνολο των 37 περιπτώσεων η ωοθήκη αφαιρέθηκε τελείως μόνο σε τρεις ασθενείς.

Οι λειτουργικές κύστει της ωοθήκης περιλαμβάνουν τις ωοθυλακικές και τις ωχρινικές κύστει. Σε πολλές μελέτες οι λειτουργικές κύστει αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό μη νεοπλασματικών αλλοιώσεων των ωοθηκών (17). Παρά το ότι στην πλειονότητά τους υποστρέφουν με ή χωρίς τη χρήση αντιουλληπτικών δισκίων, ένας μικρός αριθμός από αυτές θα επιμείνει με αποτέλεσμα τη χειρουργική αφαίρεσή τους. Στην παρούσα μελέτη οι λειτουργικές κύστει οι οποίες αφαιρέθηκαν χειρουργικά αποτέλεσαν το 25% όλων των ωοθηκικών όγκων. Επτά από τις δέκα ασθενείς με λειτουργικές κύστει υποβλήθηκαν σε επεμβατική λαπαροσκόπηση και οι υπόλοιπες σε λαπαροτομία. Τα αποτελέσματα του υπερηχογραφικού ελέγχου είναι πιο ειδικά όσον αφορά τις ωοθυλακικές κύστει παρά τις ωχρινικές. Η ωοθυλακικές κύστει είναι συνήθως απλές κύστει, σε αντίθεση με τις ωχρινικές οι οποίες εμφανίζονται περισσότερο σύνθετες, κυρίως λόγω της αιμορραγίας και αποτελούν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Στις ασθενείς μας δεν βρέθηκαν κύστει ωχρού σωματίου. Άλλωστε είναι λιγότερο συχνές από τις ωοθυλακικές. Μπορεί να έχουν αμφοτερόπλευρη εντόπιση και να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της κύησης συμπεριλαμβανομένης και της μύλης. Σχετίζονται επίσης με πολλαπλή κύηση, χοριοκαρκίνωμα, διαβήτη, Rh-ευαισθητοποίηση, χρήση κιτρικής κλομφαινής και GnRH αναλόγων (20,21).

Οι γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίωση μπορεί να αναπτύξουν ωοθηκικά ενδομητρώματα ή "σκολαταειδείς κύστει". Στο 80% όλων των περιπτώσεων πυελικής ενδομητρίωσης, η νόσος εντοπίζεται στην ωοθήκη (22). Πρόκειται συνήθως για μικρές κύστει, που μπορεί όμως να φτάσουν τα 6-8 cm. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο εμφανίζονται ως σαφώς καθορισμένες μονόχωρες ή και πολύχωρες κυστικές αλλοιώσεις, πολλές φορές με εσωτερικά υπερηχογενή στοιχεία. Εμφανίζουν ένα ευρύ απεικονιστικό φάσμα από απλές κύστει έως σύνθετες,

χωρίς να είναι σπάνια η συμπαγής απεικόνισή τους. Παρά το γεγονός ότι σπάνια ανευρίσκονται σε εφήβους, σε αντίθεση με τη διάχυτη ενδομητρίωση, οι κύστες αυτές αποτελούν το 15% όλων των ωοθηκικών αλλοιώσεων της μελέτης μας. Πέντε ενδομητριοειδείς κύστες ήταν σύνθετες (83.3%) και 1 συμπαγής (16.7%). Τέσσερις από αυτές αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά και δύο με λαπαροτομία.

Οι παρωοθηκικές κύστες ανευρίσκονται στην ανατομική περιοχή των εξαρτημάτων είτε κατά την γυναικολογική εξέταση, είτε σε απεικονιστικό έλεγχο και μπορούν να μιμηθούν οποιαδήποτε άλλη κυστική αλλοίωση. Συνήθως βρίσκονται στον πλατύ σύνδεσμο και είναι μεσοθηλιακής, παραμεσονεφρικής και σπανιότερα μεσονεφρικής προέλευσης (23). Πρόκειται για αμιγείς κυστικούς όγκους, που ποικίλουν σε μέγεθος και μπορεί εύκολα να θεωρηθούν λειτουργικές κύστες. Οι ασθενείς είναι συνήθως ασυμπτωματικές και η υπερηχογραφική παρακολούθηση των κύστεων δεν εμφανίζει μεταβολές στο μέγεθος και στην ηχογένειά τους κατά τη διάρκεια του κύκλου. Ωστόσο, συνήθως απαιτείται χειρουργική αφαίρεσή τους καθώς σπάνια υποστρέφουν με ή χωρίς χρήση αντισυλληπτικών. Η συχνότητα κακοήθους εξαλλαγής είναι πολύ χαμηλή, παρόλα αυτά μία μελέτη ανέφερε κακοήθεια στο 2% των ασθενών με παρωοθηκική κύστη (24).

Στη μελέτη μας οι παρωοθηκικές κύστες αποτελούν το 12.5% όλων των ωοθηκικών αλλοιώσεων, ήταν όλες αμιγώς κυστικές με μέση διάμετρο 76.6 mm και τρεις από αυτές αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά.

Οι όγκοι των ωοθηκών από γεννητικά κύτταρα αποτελούν την πιο συχνή κακοήθη ωοθηκική νόσο κατά τη διάρκεια της εφηβείας και ακολουθούν οι επιθηλιακές κύστες και οι όγκοι του στρώματος της γεννητικής ταινίας. (25). Οι όγκοι αυτοί προέρχονται από τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα της ωοθήκης. Αν και το 20% με 25% του συνόλου των ωοθηκικών νεοπλασμάτων, καλοήθων και κακοήθων, προέρχονται από τα γεννητικά κύτταρα, μόνο το 3% περίπου των όγκων αυτών είναι κακοήθεις. Οι κακοήθειες από γεννητικά κύτταρα ευθύνονται για το λιγότερο από το 5% όλων των ωοθηκικών καρκίνων στις δυτικές χώρες. Οι όγκοι αυτοί παρατηρούνται ακόμη και κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής των γυναικών, στη συνέχεια όμως γίνονται εξαιρετικά σπάνιοι. Στη μελέτη μας, αποτέλεσαν το 27.5% όλων των ωοθηκικών όγκων και ήταν όλοι καλοήθη ώριμα τερατώματα (δερμοειδείς κύστες). Οι δερμοειδείς κύστες αποτελούνται από καλά διαφοροποιημένους ιστούς οι οποίοι προέρχονται από το ενδόδερμα, μεσόδερμα και εξώδερμα. Οι μάζες αυτές περιέχουν μία μεγάλη ποικιλία εσωτερικών σχηματισμών, η οποία αποτελείται από λίπος, δέρμα,

δόντια και τρίχωμα. Δεδομένου ότι οι εσωτερικοί αυτοί σχηματισμοί των δερμοειδών κύστεων ποικίλουν, τα υπερηχογραφικά ευρήματα διαφέρουν και εξαρτώνται κυρίως από την εσωτερική σύσταση της μάζας. Γενικά, τα συχνότερα υπερηχογραφικά ευρήματα σε μία δερμοειδή κύστη είναι η παρουσία μικτής μάζας με προέχοντα τα συμπαγή στοιχεία με εσωτερική ηχογένεια, η οποία προέρχεται από το λίπος και τα αποσιτανωμένα τμήματα της μάζας. Σε ένα μικρότερο ποσοστό οι δερμοειδείς κύστες μπορεί να είναι τελείως κυστικές στις περιπτώσεις που καλύπτονται από νευροεξώδερμα ή να είναι τελείως συμπαγείς (26). Επτά από τις έντεκα περιπτώσεις δερμοειδούς κύστεως της μελέτης μας εμφάνισαν τουλάχιστο ένα από τα παραπάνω υπερηχογραφικά ευρήματα, με αποτέλεσμα η διάγνωση να θεθεί προερχηρικά. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 19.8 έτη και το μέσο μέγεθος των κύστεων 71.10mm. Όλες οι μάζες ήταν μικτές με αμφοτερόπλευρη εντόπιση σε μία περίπτωση. Οκτώ δερμοειδείς κύστες αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά και τρεις με λαπαροτομία.

Τα επιθηλιακά νεοπλασμάτα αποτελούν τους δεύτερους πιο συχνούς ωοθηκικούς όγκους κατά την εφηβεία και η συχνότητά τους αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας (27). Ιστολογικά προέρχονται από το σπλαχνικό επιθήλιο ή μεσοθήλιο (28). Οι δύο πιο συχνό τύποι επιθηλιακών νεοπλασμάτων είναι οι ορώδεις και βλεννώδεις όγκοι. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν επίσης οι ενδομητριοειδείς όγκοι, οι διακυκοκτυταρικοί, οι όγκοι Brenner, οι μεικτοί επιθηλιακοί, οι αδιαφοροποίητοι και οι αταξινόμητοι επιθηλιακοί όγκοι. Οι όγκοι αυτοί ταξινομούνται ως καλοήθεις, οριακής κακοήθειας και κακοήθεις, ανάλογα με τα ιστολογικά τους χαρακτηριστικά και την κλινική τους συμπεριφορά (29). Υπερηχογραφικά ευρήματα όπως μονόχωρη κύστη με λεπτά τοιχώματα, ελάχιστα διαφράγματα και απουσία θηλωδών προσεκβολών, συνηγορούν υπέρ καλοήθειας. Τα ορώδη κυσταδενώματα και κυσταδενοκαρκινώματα είναι πιο συχνά από τα αντίστοιχα βλεννώδη και σπανίως ανευρίσκονται αμφοτερόπλευρα. Απεικονιστικά εμφανίζονται συνήθως ως μεγάλες μονόχωρες μάζες οι οποίες μπορεί να περιέχουν λεπτά εσωτερικά διαφράγματα και/ή πολλαπλές θηλώδεις προσεκβολές. Τα βλεννώδη κυσταδενώματα και κυσταδενοκαρκινώματα εμφανίζονται γενικά ως πολύ μεγάλες πολύχωρες μάζες με εσωτερικά υπερηχογενή στοιχεία. Ο βαθμός κακοήθειας αυτών των όγκων κυμαίνεται μεταξύ 7.5-30% (30,31). Στη μελέτη μας οι επιθηλιακοί όγκοι αποτέλεσαν το 10% όλων των ωοθηκικών μαζών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 16.5 έτη και το μέσο μέγεθος των όγκων 106mm. Πρόκειται για τρία ορώδη και ένα βλεννώδες κυσταδένωμα με ετερόπλευρη

εντόπιση. Υπερηχογραφικά, τρεις όγκοι ήταν αμιγώς κυστικοί ενώ ένας εμφάνισε λεπτά εσωτερικά διαφράγματα. Δύο από τα τέσσερα νεοπλασμάτα αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά και τα υπόλοιπα λόγω μεγέθους με λαπαροτομία.

Οι όγκοι εκ γεννητικής ταινίας και στρώματος ενοχοποιούνται για ποσοστό 5-8% όλων των καλοήθων της ωοθήκης (32). Αυτή η ομάδα των νεοπλασμάτων προέρχεται από τις γεννητικές ταινίες και το στρώμα των ωοθηκών και περιλαμβάνει τους κοκκιοκυτταρικούς και τους όγκους από κύτταρα του στρώματος (ινώματα-θηλώματα), τους όγκους από κύτταρα Sertoli-Leydig, τα γυνανδροβλαστώματα και αταξινόμητους όγκους.

Τα ινώματα προέρχονται από το ωοθηκικό στρώμα. Είναι συνήθως καλοήθη ετερόπλευρα νεοπλασμάτα τα οποία σπάνια εμφανίζουν οιστρογονική δραστηριότητα. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί με αποτέλεσμα οι όγκοι να αποκτούν μεγάλο μέγεθος μέχρι να διαγνωστούν. Στη μελέτη μας τα ινώματα αποτελούν ποσοστό 7.5% όλων των ωοθηκικών όγκων. Δύο από αυτά είχαν συμπαγή υφή ενώ το τρίτο μικτή. Και τα τρία ινώματα αφαιρέθηκαν λαπαροσκοπικά.

Οι όγκοι από κύτταρα Sertoli-Leydig είναι σπάνια νεοπλασμάτα τα οποία ενοχοποιούνται για λιγότερο από 0.5% όλων των ωοθηκικών όγκων (33). Συνήθως πρόκειται για χαμηλού βαθμού κακοήθειας νεοπλασμάτα. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά φτωχής διαφοροποίησης μπορεί να συμπεριφερθούν περισσότερο επιθετικά. Παρά το γεγονός ότι πολλοί από αυτούς τους όγκους είναι μη λειτουργικοί και ορισμένοι παράγουν οιστρογόνα, οι όγκοι από κύτταρα Sertoli-Leydig τυπικά παράγουν ανδρογόνα με αποτέλεσμα να παρατηρείται κλινικός υπερανδρογονισμός στο 70-85% των ασθενών (34). Η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 25 έτη. Στη μελέτη μας περιγράφεται περίπτωση ασθενούς ηλικίας 18 ετών με αραιομηνόρροια, ο υπερηχογραφικός έλεγχος της οποίας έδειξε μικτή εξαρτηματική μάζα διαστάσεων 9x9x8 cm. Ο περαιτέρω έλεγχος με αξονική τομογραφία αποκάλυψε αλλοίωση με έντονα ανομοιογενή ηχογένεια με υπόπυκνες περιοχές, πιθανώς λόγω νέκρωσης και κυστικής εκφύλισης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ετερόπλευρη αφαίρεση του εξαρτήματος και βιοψία της άλλης ωοθήκης. Η παθολογοανατομική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος αποκάλυψε όγκο ωοθήκης από κύτταρα Sertoli-Leydig ενδιάμεσης διαφοροποίησης.

Οι λειτουργικές κύστες και τα καλοήθη νεοπλασμάτα των ωοθηκών αποτελούν τις πιο κοινές ωοθηκικές μάζες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η χειρουργική αντιμετώπισή τους θα πρέπει πάντα να

περιλαμβάνει τεχνικές οι οποίες αποσκοπούν στη διατήρηση όσο το δυνατό περισσότερο ωοθηκικού ιστού. Θα πρέπει κατά τη διάρκεια του χειρουργείου να λαμβάνεται κάθε προσπάθεια ώστε να διατηρηθεί σταθερή η αναπαραγωγική και ενδοκρινική λειτουργία των ωοθηκών και να ελαχιστοποιηθούν πιθανά μελλοντικά προβλήματα υπογονιμότητας. Ο σωστός προεγχειρητικός έλεγχος των εφήβων ασθενών με ωοθηκικό όγκο, βοηθά στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης ώστε να αποφευχθούν επακόλουθα προβλήματα σχετιζόμενα με τη μελλοντική ανάπτυξη, γονιμότητα και ποιότητας ζωής τους.

Πώς και από πού θα ζητήσει βοήθεια ο ασθενής όταν εξέρχεται από το νοσοκομείο

Ασθενής κάτοικος επαρχίας:

Ο ασθενής της επαρχίας έχει μία και μόνη επιλογή παροχής ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικών παροχών, αυτή των κέντρων υγείας της περιοχής του και σε ελάχιστες περιπτώσεις προγράμματα εξυπηρέτησης της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ο ασθενής με το ενημερωτικό εξόδο απευθύνεται στην ιατρική υπηρεσία του κέντρου υγείας για την κάλυψη των ιατρονοσηλευτικών του αναγκών και την κοινωνική υπηρεσία για τις παροχές από το ασφαλιστικό του ταμείο, για χορήγηση επιδομάτων-βοηθημάτων και για επίλυση των τυχόν κοινωνικών του προβλημάτων.

Ασθενής κάτοικος αστικής περιοχής

Εδώ τα πράγματα είναι λίγο καλύτερα διότι υπάρχουν περισσότερες παροχές και από την Πολιτεία και από την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία και από περισσότερους συλλόγους και φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η πρώτη βασική κίνηση του ασθενούς λίγο προ της εξόδου από το νοσοκομείο είναι να επισκεφθεί την κοινωνική υπηρεσία και να εκθέσει τις ανάγκες του, να ζητήσει πληροφόρηση και ποιες και με ποιο τρόπο θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες στην κοινότητα.

Όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων γνωρίζουν και κατευθύνουν σωστά τους ασθενείς.

Προγράμματα που λειτουργούν στις αστικές περιοχές και μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής χωρίς οικονομική επιβάρυνση

- Κέντρα ημερήσιας νοσηλείας
- Δημοτικά ιατρεία
- Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας
- Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι
- Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)
- Ε.Ε.Σ. (τομέας εθελοντών κοινωνικής πρόνοιας)
- Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (Κ.Ε.Α.)
- Τηλεειδοποίηση του Δήμου της Αθήνας για μοναχικά άτομα

- Τοπικές οργανώσεις
- Γιατροί S.O.S. για έκτακτη ανάγκη όλες τις ειδικότητες, όλο το 24ωρο (επ' αμοιβή)

Κέντρα Ημερήσιας Νοσηλείας

Αυτά υπάρχουν σ' όλα σχεδόν τα νοσοκομεία και είναι νοσηλευτικές μονάδες όπου διενεργούνται διαγνωστικές εξετάσεις, χορήγηση φαρμάκων, μεταγίσεις, μικροεπεμβάσεις. Η παραμονή διαρκεί από λίγες ώρες έως ένα 24ωρο και λειτουργούν με προκαθορισμένο ραντεβού.

Δημοτικά Ιατρεία

Αυτά λειτουργούν κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα και παρέχουν ιατρική κάλυψη πολλών ειδικοτήτων και πολλές φορές εργαστηριακές εξετάσεις.

Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας

Οι υπηρεσίες αυτές είναι οι πιο ενδεδειγμένες για τον καρκινοπαθή που εξέρχεται από το νοσοκομείο και που σε πολλές περιπτώσεις επιθυμεί και του επιτρέπεται η περαιτέρω θεραπεία του να γίνει αποκλειστικά στο σπίτι.

Η παροχή υπηρεσιών από αυτές είναι σ' όλα τα επίπεδα: ιατρικό, νοσηλευτικό, ψυχολογικό, κοινωνικό. Το μειονέκτημα είναι ότι τέτοιες υπηρεσίες είναι ελάχιστες μολονότι είναι θεσμοθετημένες από το 1992.

Στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. λειτουργούν οι εξής υπηρεσίες:

Αθήνα-Πειραιάς

- Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας (Υ.Κ.Ο.Ν.) Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι»
- Νοσηλεία στο σπίτι του Νοσοκομείου «Μεταξά»
- Νοσηλεία στο σπίτι του Ε.Ε.Σ.
- Νοσηλεία στο σπίτι του Ν.Ν.Πατησίων

Οι δύο πρώτες υπηρεσίες των «Αγίων Αναργύρων» και του «Μεταξά» αφορούν μόνο καρκινοπαθείς και λειτουργούν με εξειδικευμένο προσωπικό καλύπτοντας αντίστοιχα τις περιοχές της Αθήνας και του Πειραιά.

Η νοσηλεία στο σπίτι του Ε.Ε.Σ. καλύπτει 40 περιοχές της Αθήνας και βλέπει γενικό πληθυσμό και η νοσηλεία στο σπίτι του Ν.Ν.Πατησίων αφορά την κλινική πόνου και την παρακολούθηση των ασθενών στο σπίτι.

Στην επαρχία λειτουργούν οι εξής κατ' οίκον νοσηλείες και βλέπουν γενικό πληθυσμό και καρκινοπαθείς:

- Νοσοκομείο Βόλου για την περιοχή του Βόλου
- Νοσοκομείου Δράμας για την περιοχή της Δράμας
- Νοσοκομείο Σύρου για όλο το νησί

Υ.Κ.Ο.Ν. «Αγίων Αναργύρων»

Η υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας των «Αγίων Αναργύρων» λειτουργεί από το 1987 και καλύπτει όλη την περιοχή της Αθήνας, προσφέρει δε ολοκληρωμένη ιατρονοσηλευτική φροντίδα με ταυτόχρονη ψυχοκοινωνική κάλυψη του αρρώστου και της οικογένειας. Το προσωπικό της Υ.Κ.Ο.Ν. των «Αγίων Αναργύρων» είναι το εξής: Επιστημονικός Διευθυντής ιατρός παθολόγος ογκολόγος, εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος.

Προϋποθέσεις νοσηλείας στο σπίτι:

- Συγκατάθεση ασθενούς
- Να μην έχει ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής παρακολούθησης
- Παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος
- Ασφαλιστική κάλυψη

Προσφερόμενες νοσηλευτικές φροντίδες

- Τακτική παρακολούθηση ασθενών και ενημέρωση του θεράποντος
- Πραγματοποίηση απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων
- Αλλαγές τραυμάτων
- Αλλαγές ουροκαθετήρων
- Φροντίδα μονίμων φλεβοκαθετήρων (Hickman-Intraport)
- Παρεντερική χορήγηση ορών
- Εφαρμογή χημειοθεραπειών
- Φροντίδα κολοστομιών, ουρητηροστομιών κ.λπ.

Υπηρεσία Νοσηλείας στο σπίτι Νοσοκομείου «Μεταξά»

Η υπηρεσία λειτουργεί από το 1979 για κληήρεις καρκινοπαθείς (μη περιπατητικούς) που νοσηλεύτηκαν προηγουμένως στο νοσοκομείο υπό τον όρο ότι κατοικούν σε ορισμένες περιοχές του Πειραιά.

Οι νοσηλευτικές φροντίδες που παρέχονται είναι οι ίδιες με τις φροντίδες της κατ' οίκον νοσηλείας των «Αγίων Αναργύρων».

Υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ε.Ε.Σ.

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ε.Ε.Σ. λειτουργεί από το 1990 και κατά προτεραιότητα εξυπηρετεί ασθενείς εξερχόμενους από το «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ. αλλά και ασθενείς από την κοινότητα έως 65 ετών ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση με μοναδικό κριτήριο να βρίσκονται στην καθορισμένη γεωγραφική ακτίνα κάλυψης (περίπου 40 περιοχές), και να έχουν οικογενειακό περιβάλλον.

Το προσωπικό που απασχολείται στην υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ε.Ε.Σ. είναι 5 νοσηλεύτριες, 1 γιατρός, 2 φυσικοθεραπευτές, 1 οικιακή βοηθός.

Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

Τα προγράμματα βοήθεια στο σπίτι τα ξεκίνησε πρώτα ο Ε.Ε.Σ. και τα λειτουργεί έως σήμερα στις περιοχές Εξάρχεια, Κυψέλη και Κολωνού-Βοτανικού. Η τοπική αυτοδιοίκηση έχει αναπτύξει σε όλους σχεδόν τους δήμους προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Το πρόγραμμα προσφέρει ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια, νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπείες, κοινωνική εργασία με άτομα και με την οικογένεια. Σημαντικές είναι και οι πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, προετοιμασία γεύματος, τακτοποίηση και βασική καθαριότητα του χώρου όπου κινείται ο εξυπηρετούμενος.

Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους (άνω των 60 ετών) υγιείς και μη και σκοπό έχουν πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, αλλά όταν υπάρξουν προβλήματα υγείας ή άλλα το προσωπικό που αποτελείται από κοινωνική λειτουργό, ιατρό, νοσηλευτή, φυσικοθεραπευτή και οικογενειακό βοηθό παρεμβαίνει και η βοήθειά του είναι καταλυτική για τον ηλικιωμένο.

ΕΕΣ. – ομάδες εθελοντών κοινωνικής πρόνοιας

Οι δραστηριότητες της υπηρεσίας εθελοντών έχουν προγράμματα όπως: πρόγραμμα φιλικών επισκέψεων, πρόγραμμα για άτομα και οικογένειες που πλήττονται από τη φτώχεια, προγράμματα για σωματική και ψυχική υγεία, προγράμματα στήριξης προσφύγων ασθενών κ.λπ. που μπορούν να φανούν πολύ χρήσιμα στο χρήστη.

Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (Κ.Ε.Α.)

Τα Κ.Ε.Α. ανήκουν στις διάφορες ενορίες και μπορούν να προσφέρουν έτοιμο φαγητό και φιλικές επισκέψεις, πολλές δε φορές τα φιλόπρωχα ταμεία βοηθούν οικονομικά τους άπορους ασθενείς.

ΥΓΕΙΑ & ΝΟΣΟΙ

Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΨΕΜΑ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ)

Γράφει ο Αρχ. Δρ. Δανιήλ Ε. Σάπικας Οικογενειακός / Γενικός Ιατρός

A. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αγάπη είναι η μεγαλύτερη αξία, πάνω στην οποία στηρίζεται ο πολιτισμός, η αληθινή ευτυχία και η εσωτερική ανάπτυξη του ανθρώπου.

Είναι Πηγή ευγενών πράξεων, ηρωισμού, αυτοθυσίας, μεγάλων χειρονομιών, ψυχικής ανάτασης και γενικά ανώτερων εκδηλώσεων ανθρωπισμού. Γι' αυτό, αποτελεί την βάση όλων των ηθικών θεωριών και των φιλοσοφικών συστημάτων.

Όπως αναφέρει ο Απόστολος των Εθνών Παύλος «η αγάπη μακροθυμεί, ου ζητεί τη εαυτής, ου λογίζεται το κακόν».

Η αγάπη μας προς το άρρωστα με καρκίνο, φέρνει ειρήνη, γαλήνη στην παραγμένη θάλασσα της ψυχής του, ύφεση στους πνευματικούς ανέμους της θλίψης, που προκαλεί η αρρώστια.

Εξαφανίζει τον φόβο του θανάτου.

Όταν ο άρρωστος με καρκίνο αισθανθεί κοντά του, μέσα στην ψυχή του το βάλαμο της χριστιανικής αγάπης, τότε το άγιο λάδι της ανάβει άσβεστη φωτιά δύναμης.

Όταν μιλήσει λοιπόν η αγάπη, κάθε κάλεσμα, είναι προσφορά της μοίρας προς το φως. Η ζωή όσων αγαπούν και κατά συνέπεια και του αρρώστου, είναι γεμάτη από ομορφιά και δεν έχει θέση η θλίψη, η αγωνία και ο πόνος από την φοβερή δοκιμασία του.

Εις το βιβλίο του Ιώβ αναφέρεται το πρόβλημα της ανθρώπινης ύπαρξης, στην διάρκεια του πόνου και μάλιστα της ορθής αντιμετώπισης του.

Εφ' όσον η ζωή μας ευρίσκεται εντελώς στα χέρια του Θεού, πρέπει να έχουμε απεριόριστη υπομονή στην δοκιμασία ης υγείας μας. Να δεχόμεθα το κακό, κατά παραχώρηση του Θεού, σαν προσωρινή δοκιμασία. Η σωστή κατανόηση των δοκιμασιών της υγείας και η σωστή συμπεριφορά στα παθήματα δηλαδή ταπεινώση και αφοσίωση στον Θεό, λύνουν το πρόβλημα και αναθέτουν την ζωή του αρρώστου στα χέρια του Θεού.

B. ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

α) Αίσθηση και Ψευδαισθηση

Όπως προαναφέραμε, η νοσηλεία είναι «διαπροσωπική σχέση και συνεργασία» και προϋποθέτει την αγάπη στην τελειότερα της έκφραση, την ολόψυχη συμμετοχή στον πόνο του αρρώστου.

Την ομιλία του ιατρού, για την ανακοίνωση ενός τάσου σοβαρού θέματος, πρέπει να διακρίνει η λεπτότητα, η ευγένεια και η χάρη.

Ο άρρωστος με καρκίνο δεν πρέπει να ζει με ψευδαισθήσεις και φρούδες ελπίδες. Ήδη, από την εκδήλωση της νόσου φορτίζεται με υπερένταση, σωματική και ψυχική κούραση, έχει συχνές εναλλαγές δυσφορίας και άγχους. Θέλει να μάθει την αλήθεια, για να εξασφαλίσει την ψυχική του ισορροπία.

Κατά τον Streeze Douglas, « η ακρόαση του άλλου, σε μία στιγμή αυτοεκφράσεως και αυτοσυγκεντρώσεως και εξωτερικεύσεως αποτελεί την μεγαλύτερη υπηρεσία, την οποία μπορεί να προσφέρει ένας άνθρωπος στον άλλο».

Η καλή ομιλία του ιατρού δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις μίας διαπροσωπικής ατμόσφαιρας μέσο στην οποία ο άνθρωπος - άρρωστος μπορεί να πληροφορηθεί το πρόβλημα του.

Η παρουσία του σύγχρονου ιατρού, σε σχέση με τον πάσχοντα από καρκίνο, είναι το σημαντικότερο γεγονός της ζωής του, αφού παράλαβε αυτή την παρακολούθηση της προσφοράς που βλέπει με αγάπη το θαύμα ης ζωής και με πόνο το μυστήριο του θανάτου ο άρρωστος έχει ουσιαστική ψυχολογική ανάγκη για επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό. Η έλλειψη της προκαλεί, σοβαρότατα προβλήματα και κλονίζει την ψυχική του υγεία. Ζητά με αγωνία να του εμπιστευθεί τους φόβους, τις ανησυχίες τον πόνο, την αγωνία του. Θέλει την αλήθεια και όχι το ψέμα. Έχει άμεση ανάγκη πολύτιμης ψυχολογικής υποστήριξης.

Υπεράνω πάντων προβάλλει πάντοτε η διαπροσωπική σχέση και επαφή ιατρού και ασθενή, που καθορίζει την λύση του προβλήματος της υγείας εφ' όσον συνεχίζεται η ζωή.

β) Αλήθεια και λύτρωση

Η εποχή μας έχει μεγάλη δίψα για ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία. Ναι, ας μη μας φαίνεται παράξενο, ότι μέσα σε εκατομμύρια συνανθρώπους γύρω μας, η μοναξιά είναι μόνιμος σύντροφός μας. Μέσα απ αυτήν ξεπηδάει η υπαρξιακή αγωνία.

Ο κόσμος, είναι κόσμος αντιθέσεων, που δεν έχει κανένα ιδιαίτερο νόημα.

Αυτή είναι, με δύο λόγια, η κοσμοθεωρία των ανθρώπων, που έχουν χάσει την πίστη τους στις αξίες και κυρίως στην υψίστη αξία, που λέγεται Τριαδικός Θεός, που αιτιολογεί την ύπαρξη του ανθρώπου. Η αλήθεια είναι πολύπλευρη. Ολόκληρη η ζωή του ανθρώπου είναι μία συνεχιζόμενη αναζήτηση της αλήθειας. χωρίζεται σε δύο μορφές: την αλήθεια, σαν ηθική αρχή, που σχετίζεται με την ζωή, την πράξη και τις ανθρώπινες σχέσεις και την αλήθεια σαν επιδίωξη της Επιστήμης και της Φιλοσοφίας.

Η αλήθεια δεν τυφλώνει, φωτίζει την ψυχή με την φλόγα των ιδανικών, την συνείδηση με το φως της αρετής.

Είναι, λοιπόν, απαραίτητο ο αρρωστιάς με καρκίνο να μάθει την αλήθεια, αλλά έχει σημασία ο τρόπος γνωστοποίησης της.

Οι αρχαίοι πρόγονοι έλεγαν: «χαρακτήρ ανδρός εκ λόγου γνωρίζει-ου». Η ομιλία είναι καρπός της καλλιεργημένης προσωπικότητας. Η στροφή του αρρώστου προς Τον Θεό είναι μοναδικό φάρμακο. Ο ιατρός πρέπει να διαθέσει ακάμαντη υπομονή και ενδιαφέρον και με τα πνευματικά φτερουγίσματα της Χριστιανικής του αγάπης να βρει χρόνο να συζητήσει, ν' ακούσει με σιωπή, να καταλάβει να ερμηνεύσει και ν' απαντήσει σ' όσα ο άρρωστος θα έχει σαν απορίες.

Διαισθάνεται ακόμα και όσα δεν θέλει ή δεν μπορεί να εκφράσει.

Όταν ο άρρωστος σοκαριστεί από την αλήθεια, πρέπει να συνεχιστεί ο ωραίος αυτός αγώνας της αγάπης, με μοναδικό αντάλλαγμα το βαθύ αίσθημα ικανοποίησης της εκτέλεσης του καθήκοντος του.

Είναι, λοιπόν, γεγονός ότι η θρησκευτική πίστη λυτρώνει τον άρρωστο ολοκληρωτικά.

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Είναι γνωστό ότι ο άρρωστος με καρκίνο στηρίζεται στα τρίπτυχο: Πρόληψη - Διάγνωση - Θεραπεία και αποκατάσταση.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθή διαδραματίζουν τα μέλη της ομάδας της κοινωνικής, που ασχολούνται με την ψυχοσωματική υποκατάσταση.

Πρέπει Οι ιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ψυχολόγοι κοινωνικοί λειτουργοί και όλοι οι υπόλοιποι επιστήμονες που θα διαπιστώσουν και θα αντιμετωπίσουν τέτοια προβλήματα στον άρρωστο με καρκίνο, να έχουν λάβει μέρος σε μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, που Θα υποδεικνύουν τρόπους προσέγγισης, κατά το δυνατόν ανώδυνους και αποτελεσματικούς.

Είναι, βέβαια, χρέος της Ελληνικής Πολιτείας να δημιουργήσει πιο οργανωμένες ομάδες για την νοσηλεία αρρώστων με καρκίνο, που δεν μπορούν να μεταφερθούν σε Νοσοκομεία και πρέπει να νοσηλευθούν στο σπίτι τους.

Να γίνεται από τα Media συστηματική διαφήμιση του πληθυσμού, για τον ρόλο και την αντιμετώπιση των ασθενών στο πλησιέστερο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου, τα ατομικά του βιώματα, η ατομική του αντίληψη για την φιλοσοφική άποψη της ζωής, η δυνατότητα ν αντιμετωπίζει τα προβλήματα, η διαπίστωση της ηθικής, υλικής και ατομικής υποστήριξης των μελών της οικογένειας του και οι ξεχωριστές αντιδράσεις του στο πρόβλημα της υγείας του, τώρα λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψει του ιατρού για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής. Οι διαπροσωπικές σχέσεις για ν' αναπτυχθούν χρειάζονται δεξιότητες και επικοινωνία ψυχική ιατρού - ασθενούς.

Έτσι, λοιπόν, όπως γράφει και ο κ. Γερ. Ριγάτος :

- « 1: Η ενημέρωση δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά σκοπεύει στο καλό του αρρώστου
- 2: Ναι, στην ενημέρωση, αλλά με τις προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν
- 3: Ναι, στην ενημέρωση αλλά σ' αυτούς που τη θέλουν και την αντέχουν
- 4: Σεβασμός στην σιωπή που επιζητούν (οι αδύναμοι για το βάρος) ώμοι κάποιων συνανθρώπων μας.»

Τι Θα πρέπει να γνωρίζετε για την σημερινή σας προληπτική εξέταση

Η γυναικολογική προληπτική εξέταση που κάνατε σήμερα περιελάμβανε :

- 1) Κλινική γυναικολογική εξέταση
- 2) Εξέταση του pH του κολπικού εκκρίματος.
(γίνεται κατά την επισκόπηση του κόλπου, μέσα σε 2-3 δευτερόλεπτο, με ειδικό δείκτη, που βάφεται διαφορετικά, αν υπάρχει παρουσία παθολογικών βακτηριδίων ή και σημαντική ατροφία του κολπικού επιθηλίου).
- 3) Μικροσκοπική εξέταση νωπού παρασκευάσματος κολπικού εκκρίματος σε αντίθετες φάσεις φωτός (μια ειδική συσκευή στο μικροσκόπιο) που επιτρέπει άμεσα με μια ματιά την εντόπιση τριχομονάδων, μυκήτων και άλλων παθολογικών μικροοργανισμών στον κόλπο.
- 4) Κολποσκόπηση.
Πρόκειται για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας με ένα είδος μικροσκοπίου επιφανείας - το κολποσκόπιο - μετά την λήψη του επιχρίσματος κατά Papanicolaou. Γίνεται χρώση του τραχήλου με διάλυμα ο οξέως 3-5% ή Iugol, ή και των δυο. Διαρκεί το πολύ 30" έως 60" της ώρας και αποκαλύπτει τόσα παθολογικά ευρήματα, όσα περίπου και ένα test Pap. Καμιά φορά μάλιστα υπερέρχει και του Pap-test. Επί πλέον βοηθά να γίνει η λήψη ενός επαναληπτικού επιχρίσματος ακριβέστερα. Δεν πρέπει να λείπει από κανένα σοβαρό προληπτικό έλεγχο και περιορίζει στο ελάχιστο - Θα έλεγα ότι σε έμπειρα χέρια μηδενίζει - την πιθανότητα λάθους στο Pap-test.
- 5) Υπέρηχο διακολπικός: Επιτρέπει την λεπτομερή απεικόνιση:
α) της μήτρας (ινομύωματα), β) της κοιλότητάς της (πάχος ενδομητρίου, πολύποδες ενδομητρίου, καρκίνος ενδομητρίου)
γ) των ωοθηκών (ακριβές μέγεθος, ωοθυλάκια, κύστες κάθε είδους, συμπαγείς ή μισοί όγκοι ωοθηκών, καρκίνος ωοθηκών) δ) τυχόν ύπαρξης υγρού ή αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα (στην κοιλιά δηλαδή). Η εξέταση είναι απαραίτητη ειδικό στον προληπτικό έλεγχο γυναικών που είναι στην εμμηνόπαυση, επειδή αυτές κινδυνεύουν από καρκίνο του ενδομητρίου, που δεν ανιχνεύεται εύκολα με την εξέταση κατά Papanicolaou.
- 6) Επίχρισμα κατά Παπανικολάου, το γνωστό Pap-test. Επιτρέπει την διάγνωση δυσπλασιών στον τράχηλο της μήτρας. Πρόκειται για πολύ επιφανειακές, ενδεχομένως επικίνδυνες αλλοιώσεις. Οι δυσπλασίες της περιοχής αυτής υποδιαιρούνται σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου. Δεν πρόκειται για καρκίνους αλλά για δυνητικά προστάδια. Αυτό θα πει, ότι ένα μεγάλο ποσοστό τους εξαφανίζεται χωρίς θεραπεία, ένα άλλο παραμένει για πολλά χρόνια στάσιμο και κάποιο μικρότερο ποσοστό εξελίσσεται κάποτε σε καρκίνο.

Ο καρκίνος του τραχήλου ΔΕΝ χρειάζεται να εντοπιστεί με Pap-test. ΑΥΤΟΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΓΥΜΝΟ ΜΑΤΙ.

7) Κλινικο-υπερηχογραφική διερεύνηση μαστών. Εκτός από την λεγόμενη ψηλάφηση των μαστών, γίνεται παράλληλα και διερεύνηση με ΕΙΔΙΚΗ συσκευή υπερήχων. Οι ελάχιστες απαιτήσεις σήμερα, προβλέπουν ηχοβολείς (κεφαλές) συχνότητας 7,5 MHz. Η συσκευή που χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση σας έχει ηχοβολέα με επιλεκτικά εναλλασσόμενες συχνότητες 3,5-10 MHz και έγχρωμη απεικόνιση Doppler (Triplex), που υπερκαλύπτει τις σύγχρονες απαιτήσεις.

Η υπερηχογραφική διερεύνηση των μαστών με σωστές προδιαγραφές και επαρκή εκπαίδευση και πείρα, ανακαλύπτει σχεδόν το ίδιο ποσοστό μικρών καρκίνων (διαμέτρου κάτω του 1 εκατοστού), με εκείνο της μαστογραφίας. Είναι επίσης δυνατόν, κάποιος καρκίνος να φαίνεται στον υπέρηχο και όχι στην μαστογραφία (καθώς και Το αντίθετο). Αυτό βέβαιο δεν σημαίνει ότι η μαστογραφία δεν χρειάζεται. Η Κλινικο-υπερηχογραφική διερεύνηση σε συνδυασμό με την μαστογραφία, παρέχει καλλίτερες διαγνωστικές δυνατότητες.

Ωστόσο η μαστογραφία σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (δηλ κάτω των 40 ετών) δεν συνιστάται σαν εξέταση ρουτίνας, αλλά σαν διαγνωστικό μέτρο σε επιλεγμένα περιστατικά υψηλού κινδύνου ή σε υπόνοια για σοβαρό εύρημα. Ο λόγος είναι προφανέστατος: Σε γυναίκες που έχουν ακόμη εμμηνορρυσία, όπου έγιναν πολλές μαστογραφίες πάνω από 5 - ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού δεν αυξάνεται απλώς αλλά ΔΙΠΛΑΣΙΑΖΕΤΑΙ (ανακοινώσεις από ΗΠΑ, Καναδά, Ευρώπη). Τούτο δεν συμβαίνει σε γυναίκες που μπήκαν στην εμμηνόπαυση.

Θα ήταν χρήσιμο λοιπόν, αν στην “ψηλάφηση”, που δεν υποτιμώ καθόλου, γινόταν και σωστή χρήση των υπερηχογραφικών δυνατοτήτων, ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες (όπου δεν έχουμε την ευχέρεια προληπτικών μαστογραφιών), από όλους τους γιατρούς που έχουν σχέση με τον μαστό και πολύ περισσότερο βέβαιο από αυτούς που για κάποιους λόγους θεωρούν τον εαυτό τους πιο ειδικό από άλλους συναδέλφους τους.

Εξ άλλου, μόνον ο υπέρηχος, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη κλινική εξέταση, θα διαφοροποιούσε την σημερινή “ψηλάφηση από εκείνη, που γινόταν πριν πενήντα, εκατό, ή αν θέλετε, πριν από χιλιάδες χρόνια. Πρέπει ακόμη να τονιστεί ιδιαίτερα ότι τα φυσιολογικά ευρήματα μιας προληπτικής εξέτασης, ιδιαίτερα αυτής του μαστού, δεν αποτελούν με κανένα τρόπο εγγύηση, ότι στο μεσοδιάστημα δεν μπορεί να εμφανιστεί τίποτε! Όλες οι διαγνωστικές μέθοδοι απαιτούν και ένα ελάχιστο μέγεθος της πάθησης, για να την εντοπίσουν.

Το όριο αυτό στην περίπτωση του μαστού (και για την μαστογραφία), δεν είναι μικρότερο μιας διαμέτρου των 4-5 χιλ. Αν λοιπόν κάτι ακόμη μικρότερο, μεγαλώσει στο μεσοδιάστημα από την μια εξέταση στην άλλη, δεν μπορεί παρά ν' ανακαλυφθεί στην επόμενη ετήσια εξέταση, κατά κανόνα έγκαιρα.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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

