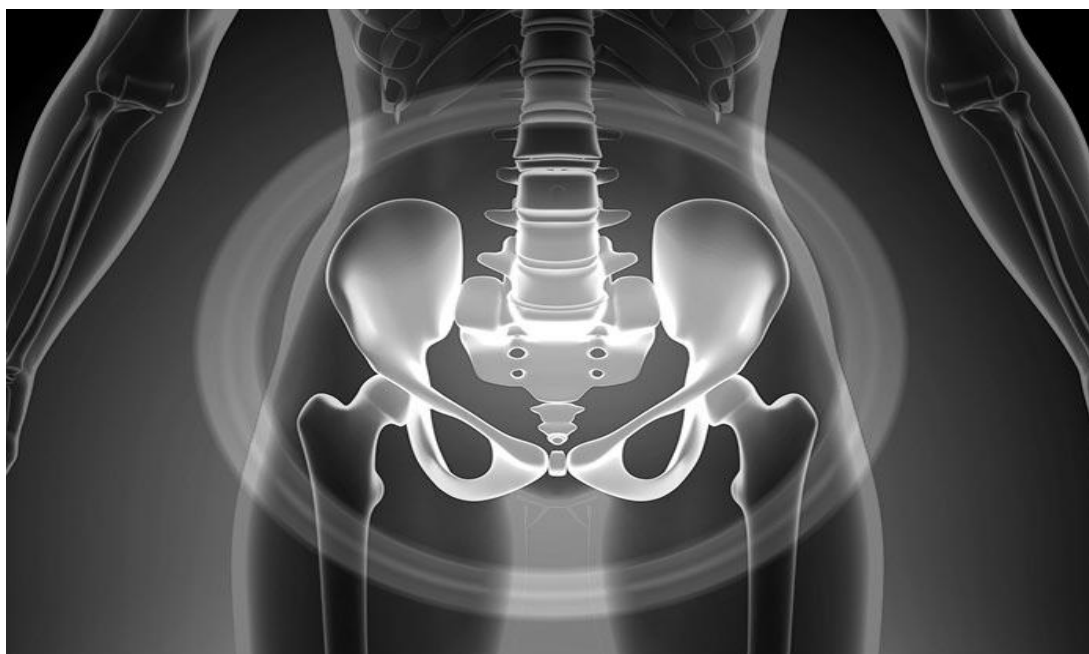




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Εισηγητής : Κονταργύρης Ευάγγελος

Φοιτήτρια : Κόνιαρη Ελένη

Ιωάννινα 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	6
Summary.....	7
1.Εισαγωγή.....	8
2. Ιστορική Αναδρομή	10
3. Επιδημιολογία	12
Α΄ ΜΕΡΟΣ	14
1. Ανατομία πυέλου.....	14
1.1 Ανατομία ορθού.....	15
1.2 Ανατομία πρωκτού.....	16
1.3 Ανατομία ουροδόχου κύστης	16
1.4 Ανατομία Γεννητικού συστήματος της Γυναίκας.....	17
1.4.1 ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	17
1.4.2 ΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	17
1.5 Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Άντρα.....	18
1.5.1 Ανατομία όρχεως.....	18
1.5.2 Ανατομία προστάτη.....	18
2. Φυσιολογία.....	19
2.1 Φυσιολογία ορθοπρωκτικού σωλήνα.....	19
2.2 Φυσιολογία ούρησης.....	20
2.3 Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας.....	20
Εμμηνορρυσία, εμμηναρχή και εφηβεία.....	20

Εμμηνορρυσιακός Κύκλος.....	20
2.4 Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Άντρα.....	21
Φυσιολογία όρχεως.....	21
Φυσιολογία προστάτη.....	21
3. Παθολογία.....	22
3.1 Αίτια.....	22
Α) Καρκίνος ορθού.....	22
Β) Καρκίνος πρωκτού.....	22
Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης.....	22
Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας.....	23
1. Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας.....	23
2. Καρκίνος τραχήλου μήτρας και αιδοίου.....	23
3. Καρκίνος κόλπου.....	23
4. Καρκίνος ωοθηκών.....	25
Ε) Γεννητικό Σύστημα Άντρα.....	24
1. Καρκίνος όρχεως.....	24
2. Καρκίνος προστάτη.....	24
3.2 Κλινική Εικόνα.....	25
Α) Καρκίνος ορθού.....	25
Β) Καρκίνος πρωκτού.....	25
Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης.....	25
Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας.....	25
1. Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας.....	25

2. Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	26
3. Καρκίνος κόλπου.....	26
4. Καρκίνος ωοθηκών.....	26
5. Καρκίνος αιδοίου.....	27
E) Γεννητικό Σύστημα Άντρα.....	27
1. Καρκίνος όρχεως.....	27
2. Καρκίνος προστάτη.....	27
3.3 Διάγνωση.....	28
A) Καρκίνος ορθού.....	28
B) Καρκίνος πρωκτού.....	28
Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης.....	28
Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας.....	29
1. Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας.....	29
2. Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	29
3. Καρκίνος κόλπου.....	29
4. Καρκίνος ωοθηκών.....	30
5. Καρκίνος αιδοίου.....	30
E) Γεννητικό Σύστημα Άντρα.....	30
1. Καρκίνος όρχεως	30
2. Καρκίνος προστάτη.....	30
3.4 Θεραπεία.....	31
A) Καρκίνος ορθού.....	31
B) Καρκίνος πρωκτού.....	31

Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης.....	31
Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας.....	31
1. Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας.....	31
2. Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	32
3. Καρκίνος κόλπου.....	32
4. Καρκίνος ωοθηκών.....	32
5. Καρκίνος αιδοίου.....	33
Ε) Γεννητικό Σύστημα Άντρα.....	33
1. Καρκίνος όρχεως.....	33
2. Καρκίνος προστάτη.....	33
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....	35
Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία.....	35
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία.....	35
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	36
Γ΄ ΜΕΡΟΣ (ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	54
Βιβλιογραφία.....	56

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος της πυέλου, αναφέρεται σε μια ποικιλία καρκίνων που αφορούν τις δομές καθώς και τα όργανα που βρίσκονται στην πυέλο. Η πυελική χώρα περιλαμβάνει τα οστά της πυέλου, την ουροδόχο κύστη, τον πρωκτό, το ορθό καθώς και τα αναπαραγωγικά όργανα. Έτσι, ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια της νόσου, από την διάγνωση και την θεραπεία, έως και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στο να μελετηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στον καρκίνο της πυέλου και παράλληλα να εξεταστούν τα νέα δεδομένα που υπάρχουν για τη νόσο.

Υλικό και μέθοδος: Οι επιστημονικές αποδείξεις συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τα επιστημονικά δημοσιευμένα άρθρα. Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές πηγές Pubmed και Google Scholar με τις λέξεις καρκίνο της πυέλου, pelvic cancer, pelvic cancer and nursing, pelvic cancer new treatment, pelvic cancer diagnosis, pelvic cancer new data. Επιλέχθηκαν τα πιο πρόσφατα άρθρα, τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα, καθώς και τα νέα δεδομένα που μελετούν την σχετική νόσο.

Ανασκόπηση – Συμπεράσματα: Σε γενικές γραμμές, η διάγνωση και η θεραπεία των τύπων καρκίνου της πυέλου σε πρώιμο στάδιο της ανάπτυξής τους, πριν την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων, προσφέρει την καλύτερη πρόγνωση για την πλήρη ίαση. Η θεραπεία αλλά και η πρόγνωση του καρκίνου της πυέλου ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, και χημειοθεραπεία. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή της κοινότητας στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Λέξεις – Κλειδιά: Καρκίνος της πυέλου, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

SUMMARY

Introduction: Pelvic cancer refers to a variety of cancers involving structures as well as organs located in the pelvis. The pelvic includes the pelvic bones, bladder, anus, rectum as well as the reproductive organs. Thus, the nurse plays an important role in all stages of the disease, from diagnosis and treatment, to the psychological support of the patient.

Purpose: The present study aims to study the role of the nurse in pelvic cancer and at the same time to examine the new data that exist for the disease.

Material & method: Scientific evidence was collected and evaluated according to scientifically published articles. A bibliography was searched in the online sources Pubmed and Google Scholar with the words pelvic cancer, pelvic cancer and nursing, pelvic cancer new treatment, pelvic cancer diagnosis, pelvic cancer new data. The most recent articles were selected, both in Greek and English, as well as the new data studying the relevant disease.

Overview-Conclusions: In general, diagnosis and treatment at an early stage of their development, before the spread of cancer cells, offers the best prognosis for complete cure. The treatment and prognosis of pelvic cancer vary depending on the type of cancer and the stage in which it is located. Treatment may include surgery, radiotherapy, hormone therapy, and chemotherapy. Therefore, the role of the community nurse in the prevention and treatment of the disease is particularly important.

Keywords: Pelvic cancer, treatment, nursing care, psychosocial rehabilitation.

1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας παγκοσμίως. Αφορά μια παθοφυσιολογική κατάσταση κατά την οποία τα κύτταρα ενός φυσιολογικού ιστού παρεκκλίνουν από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς ομοιόστασης. Με αυτόν τον τρόπο τα νεοπλασματικά κύτταρα διαιρούνται, πολλαπλασιάζονται και διαφοροποιούνται ανεξέλεγκτα (Giaginis et al., 2012).

Συγκεκριμένα, ο καρκίνος της πυέλου περιλαμβάνει όλους τους τύπους καρκίνου που εμφανίζονται στα πυελικά όργανα, δηλαδή το ορθό, τον πρωκτό, την ουροδόχο κύστη και τα αναπαραγωγικά όργανα. Επομένως, πέρα από τον καρκίνο του ορθού, του πρωκτού και της ουροδόχου κύστης, παρατηρείται καρκίνος των όρχεων και του προστάτη στους άντρες και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών, της μήτρας ή του ενδομητρίου, του κόλπου και του αιδοίου, αντίστοιχα στις γυναίκες. Έτσι ο πυελικός καρκίνος μπορεί να επηρεάσει και τα δύο φύλα ξεχωριστά (Vukasin et al., 1990).

Έρευνες έχουν δείξει πως ο ιός HPV (ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων), μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση εσωτερικών και εξωτερικών γεννητικών, περιπρωκτικών και ορθοπρωκτικών προκαρκινικών καταστάσεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας και του πρωκτού που σταδιακά μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα της νόσου (Dunne & Markowitz, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί πως η λοίμωξη από τον ιό του HPV αποτελεί την πιο συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο. Περίπου το 80% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού έχει έρθει κάποια στιγμή της ζωής του σε επαφή με τον ιό (Dunne & Markowitz, 2006).

Μία από τις θεμελιώδεις μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου είναι η ακτινοθεραπεία, καθώς έχει ως αποτέλεσμα την ίαση και συχνά διατήρηση του πάσχοντος οργάνου (Βλαχάκη και συν, 2010). Η ακτινοθεραπεία της πυέλου, σε συνδυασμό με ή χωρίς χημειοθεραπεία, χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση και θεραπεία διαφόρων καρκίνων των οργάνων της πυέλου. Στα πεδία ακτινοβολήσης, εκτός από τον καρκινικό ιστό, αναπόφευκτα ακτινοβολούνται και οι υγιείς

παρακείμενοι ιστοί, επιφέροντας άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες συνέπειες στη λειτουργική κατάσταση των ιστών αυτών (Βλαχάκη και συν, 2010).

Η ακτινοβολήση της πυέλου αποτελεί την κύρια ή επικουρική θεραπεία για μεγάλο αριθμό καρκίνων τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Κλινικές ελεγχόμενες δοκιμές κατέδειξαν όλες μια σοβαρή αρνητική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία σε άνδρες και γυναίκες μετά από ακτινοθεραπεία για καρκίνο της πυέλου. Η σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με καρκίνο είναι πολυδιάστατη και μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Frey et al., 2014).

Η επιβίωση από τον καρκίνο της πυέλου, έχει βελτιωθεί από το 1980 μέχρι σήμερα στις Δυτικές χώρες (Vukasin et al., 1990).

Η βελτίωση αυτή μπορεί να αιτιολογηθεί από την εντόπιση των καρκινωμάτων σε αρχικό στάδιο, καθώς επίσης και από την ανάπτυξη των στρατηγικών θεραπείας (Jemal et al., 2017).

Ωστόσο, οφείλεται να τονιστεί η σημασία της συνεισφοράς του νοσηλευτή στην φροντίδα αλλά και ενημέρωση των καρκινοπαθών. Ο νοσηλευτής λαμβάνει μέρος στην εκπαίδευση του ασθενή, με σκοπό ο ασθενής να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, τους τρόπους πρόληψης, τις επιλογές θεραπείας αλλά και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκύψουν από αυτές (Βλαχάκη και συν, 2010).

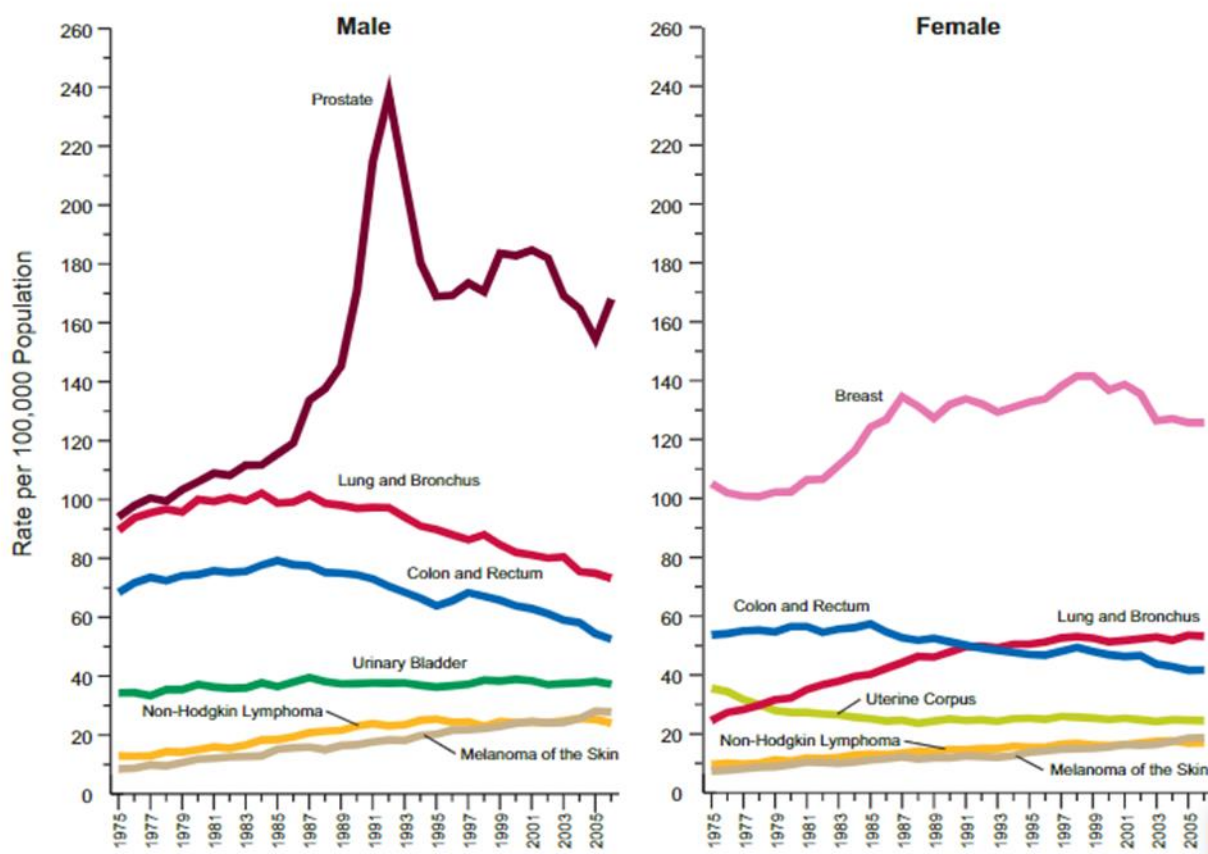
Ως εκ τούτου, η συμβολή του νοσηλευτή σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική στη βελτίωση των οξέων αλλά και των χρόνιων προβλημάτων (Βλαχάκη και συν, 2010).

2. Ιστορική Αναδρομή

Ιστορικές βιβλιογραφίες αποκαλύπτουν πως ο πρώτος που ανέφερε τον ιατρικό όρο καρκίνος ήταν ο Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης. Ο Ιπποκράτης λοιπόν, εφηύρε τη λέξη καρκίνος προκειμένου να περιγράψει τις διάφορες αλλοιώσεις που εμφανίζονταν στο ανθρώπινο σώμα εκείνη την εποχή (Παπανικολάου, 2008).

Η πρώτη περιγραφή των κυτταρικών αλλοιώσεων και κυρίως η συσχέτισή τους με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έγινε το 1943 από τον Παπανικολάου, ο οποίος εισήγαγε στη διεθνή ορολογία την έννοια της κοίλοκυτταρικής ατυπίας, η οποία καθιερώθηκε έως το 1977 ως HPV λοίμωξη (Meisels & Fortin, 1976). Παράλληλα, την ίδια εποχή ο Παπανικολάου θεωρείται ο πρώτος που κατηγοριοποιεί τις κυτταρικές αλλοιώσεις, με βάση το κριτήριο του βαθμού δυσπλασίας. Το 1949 αρχίζει για πρώτη φορά η εφαρμογή μαζικού ελέγχου πληθυσμού με τη χρήση του test Papanikolaou στην Κολομβία (Ostör. 1993). Η έρευνα έδειξε την χρησιμότητα αυτού του εργαλείου, για αυτό λοιπόν καθιερώθηκε ως προληπτική μέθοδος ελέγχου του πληθυσμού, εφόσον έδειξε πως μείωσε σημαντικά την θνησιμότητα των ασθενών (Kitai et al., 1978). Η μέθοδος αργότερα τροποποιήθηκε από τον Palefsky για λήψη ορθοπρωκτικού επιχρίσματος και έλεγχο της ορθοπρωκτικής περιοχής σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πρωκτού (Palefsky et al., 1997).

Παρά τη μείωση της συνολικής συχνότητας του καρκίνου, από το 1990, ο καρκίνος παραμένει μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας (Jemal et al., 2010). Ο 21^{ος} αιώνας σηματοδοτήθηκε από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την γνώση των μηχανισμών δράσης του ιού και της καρκινογένεσης. Ως εκ τούτου, σε συνδυασμό με την εξέλιξη της ανοσολογίας ανακαλύφθηκαν θεραπευτικές μέθοδοι, που στηρίζονται στην ανοσοτροποποίηση του ξενιστή. Παράλληλα, τέθηκαν βάσεις για την επανάσταση στον τρόπο προσέγγισης της νόσου όπως είναι ο προληπτικός εμβολιασμός έναντι του HPV (Duggan et al., 1996).



Εικόνα 1.1: Ετήσια ποσοστά επίπτωσης καρκίνου προσαρμοσμένα στην ηλικία για επιλεγμένους καρκινοπαθείς ανά φύλο στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1975 έως το 2006. (Διαδίκτυο: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/>). **Μετάφραση όρων:** **Male**=Άνδρες **Female**=Γυναίκες **Prostate**=Προστάτης αδένας **Lung and Bronchus**=Πνεύμονας και Βρόγχοι **Colon and Rectum**=Παχύ έντερο και Πρωκτός **Urinary Bladder**= Ουροδόχος Κύστη **Non-Hodgkin Lymphoma**= Μη-Hodgkin Λέμφωμα **Melanoma of the skin**=Μελάνωμα δέρματος **Breast**= Μαστός **Uterine Corpus**= Σώμα της Μήτρας

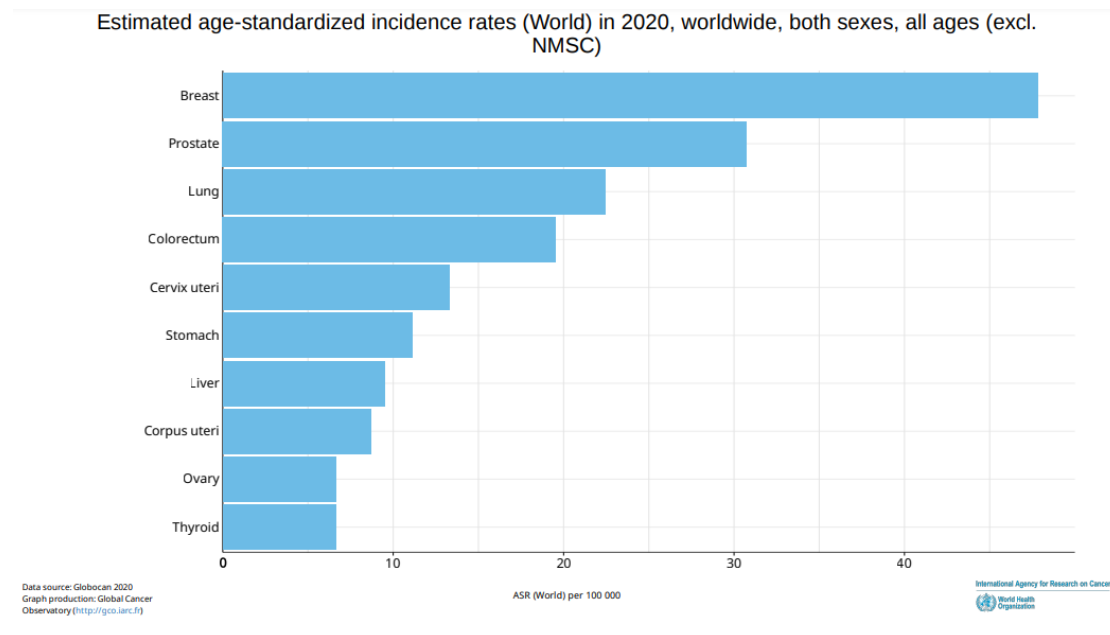
3. Επιδημιολογία

Πρόσφατες επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει πως τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου της πυέλου είναι τα εξής: ο καρκίνος του προστάτη αντιπροσωπεύει το 21% του συνόλου των καρκίνων, ο καρκίνος του ορθού το 7% και της ουροδόχου κύστης το 8%. Αντίστοιχα στις γυναίκες, ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας αντιπροσωπεύει το 11% του συνόλου, ο καρκίνος του σώματος της μήτρας το 6%, των ωοθηκών το 4% και του ορθού το 6%. Οι τύποι καρκίνου του πρωκτού είναι σπάνιοι και αντιπροσωπεύουν το 2%. Στον άνδρα τα κακοήγη νοσήματα της πυέλου αντιπροσωπεύουν το 36–40% αυτών παγκοσμίως. (De Vita et al., 2008).

Η επίπτωση και η θνητότητα του καρκίνου του ορθού ποικίλουν σημαντικά ανά τον κόσμο. Παγκοσμίως ο κολο-ορθικός καρκίνος αποτελεί την τρίτη συνηθέστερη αιτία καρκίνου με 1,8 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις και περίπου 861.000 θανάτους σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2018).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου Επιτήρησης, Επιδημιολογίας, και το πρόγραμμα τελικών αποτελεσμάτων (SEER) αναφέρει ότι 291.350 άνδρες στις Ηνωμένες Πολιτείες διαγνώστηκαν με μια μορφή καρκίνου της πυέλου το 2018, με τον καρκίνο του προστάτη ως τον πιο διαδεδομένο τύπο. Τα ποσοστά της πενταετούς επιβίωσης αυτών των τύπων καρκίνου κυμαίνονται μεταξύ 65% και 100%. Μελέτες ελέγχου και μελέτες πληθυσμού από το Τμήμα καρκίνου του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου εκτιμούν ότι υπήρχαν 15,5 εκατομμύρια επιζώντες καρκίνου στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Ιανουάριο του 2016. Ο αριθμός αυτός προβλέπεται να αυξηθεί σε 20,3 εκατομμύρια έως το 2026 και 26,1 εκατομμύρια έως το 2040, αντιπροσωπεύοντας αύξηση σχεδόν 11 εκατομμυρίων ανθρώπων από το 2016 (Twitchell et al., 2019).

Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό προφίλ της κάθε περιοχής σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου της πυέλου, που είναι σχεδόν 30% περισσότερο σε σχέση με τις περιοχές με υψηλό προφίλ (Doubeni et al., 2012).

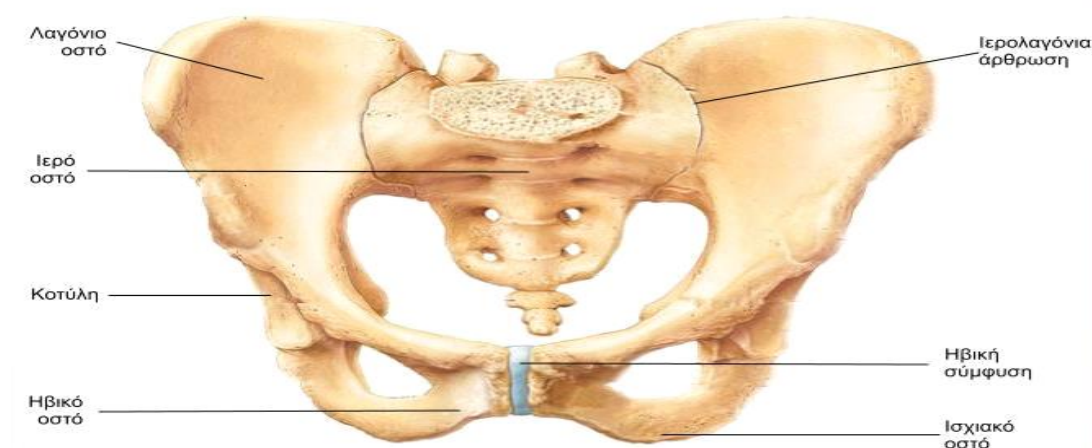


Εικόνα 1.2: Παγκόσμια ποσοστά εμφάνισης καρκίνου, περιλαμβάνοντας και τα δύο φύλα και όλες τις ηλικίες (Διαδίκτυο:<https://gco.iarc.fr/>). **Μετάφραση όρων:** **Breast**= Μαστός **Prostate**=Προστάτης αδένας **Lung**=Πνεύμονας **Colorectum**=Παχύ έντερο-πρωκτός **Cervix uteri** = Τράχηλος της μήτρας **Stomach** = Στόμαχος **Liver** = Ήπαρ **Corpus Uteri** = Σώμα της Μήτρας **Ovary** = Ωοθήκη **Thyroid** = Θυρεοειδής

Α' ΜΕΡΟΣ

1) Ανατομία πυέλου

Πύελος ή αλλιώς λεκάνη ονομάζεται το τμήμα που αποτελείται από τα δύο ανώνυμα οστά, ενώ πολύ συχνά ως τμήμα της πυέλου θεωρείται και το ιερό οστό με τον κόκκυγα (τα κατώτατα μέρη της σπονδυλικής στήλης). Στο πρόσθιο τμήμα, η ηβική σύμφυση, ενώνει τα δύο ανώνυμα οστά, ενώ στο οπίσθιο συνδέονται με το ιερό οστό στην ιερολαγόνια άρθρωση μέσω δικτύου χόνδρων και συνδέσμων. Το κάθε ανώνυμο οστό αποτελείται από τρία τμήματα: το λαγόνιο, το ισχιακό και το ηβικό. Το χαρακτηριστικό τους είναι πως είναι πλατέα, έχουν ανώμαλο σχήμα και αποτελούν τον οστέινο σύνδεσμο μεταξύ της σπονδυλικής στήλης και των κάτω άκρων. Συγκεκριμένα, τα κατώτερα τμήματα των ανώνυμων οστών, του ιερού οστού και του κόκκυγα σχηματίζουν την οστέινη πύελο όπου εδράζεται η πυελική κοιλότητα. Κάτω από το έδαφος της πυελικής κοιλότητας βρίσκεται το περίνεο. Πύελος και περίνεο αποτελούν δύο αλληλένδετες περιοχές που περιέχουν και στηρίζουν την ουροδόχο κύστη, το ορθό, τον πρωκτό και τις ανατομικές δομές του αναπαραγωγικού συστήματος (Drake et al., 2007).

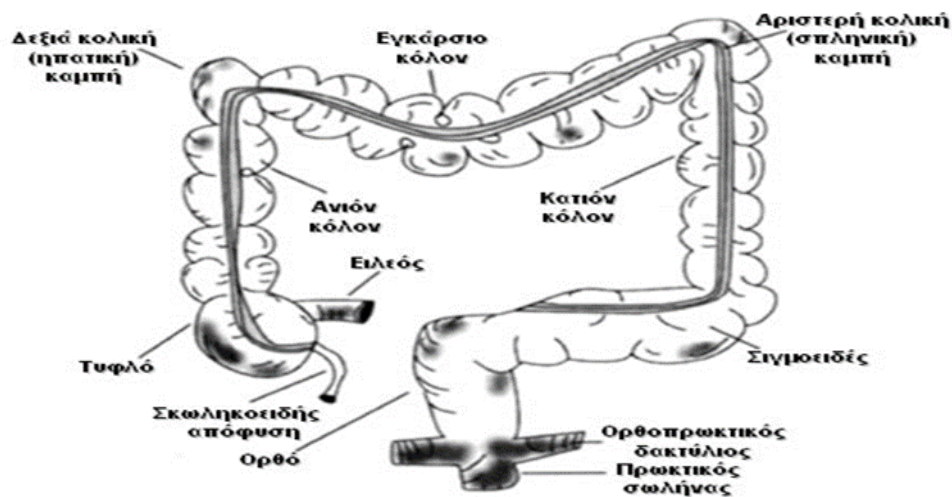


Εικόνα 1.3: Τα κύρια οστά της πυέλου

(Διαδίκτυο : <http://bodyandexercise.blogspot.com>).

1.1 Ανατομία Ορθού

Το ορθό αποτελεί το τελικό τμήμα τους παχέος εντέρου και εκτείνεται από την ορθοσιγμοειδική σύνδεση, στο ύψος του τρίτου ιερού σπονδύλου, έως την ορθοπρωκτική σύνδεση (Ανδρομανάκος, 2015). Το σχήμα του δεν είναι ευθύ, αντίθετα παρουσιάζει δύο προσθιοπίσθιες καμπές την ιερά και την περινεϊκή, αλλά και τρεις πλάγιες καμπές, την άνω, την μέση και την κάτω. Το τμήμα του κατώτερου ορθού, στους άρρενες, έρχεται σε επαφή με την ουροδόχο κύστη, τις σπερματοδόχες κύστεις, τους σπερματικούς πόρους, την κατώτερη μοίρα των ουρητήρων και τον προστάτη. Ενώ στις γυναίκες έρχεται σε επαφή με τη μήτρα και τον κόλπο (Scandalakis et al., 2004).



Εικόνα 1.4: Ανατομία ορθού ως τμήματος του παχέος εντέρου

(Διαδίκτυο: <http://www.theodoropoulos-surgery.gr>.)

Το μέσο και τα δύο κάτω τμήματα διευρύνονται για να σχηματιστεί η κοπροδόχο λήκυθος ή η λήκυθος του ορθού, όπου καταλήγει και αποθηκεύεται το εντερικό περιεχόμενο μέχρι να επιτευχθεί κένωση (Ανδρομανάκος, 2015). Το ορθό, σύμφωνα με την ανατομία του Gray's, έχει μήκος 12 εκ και η διάμετρος του αυλού του, όταν είναι κενός περιεχομένου, είναι περίπου 4 εκ. Εκτείνεται από το τρίτο ιερό σπόνδυλο έως κάτω από την κορυφή του κόκκυγα, αντίστοιχα με την κορυφή του προστάτη (Gray et al., 2005). Έχει προταθεί ότι οι εγκάρσιες πτυχές του ορθού συμμετέχουν

στην φυσιολογία της διατήρησης του εντερικού περιεχομένου στο ορθό, το οποίο δέχεται περιεχόμενο λίγο πριν την κένωση (Cunningham & Romanes, 1981).

1.2 Ανατομία πρωκτού

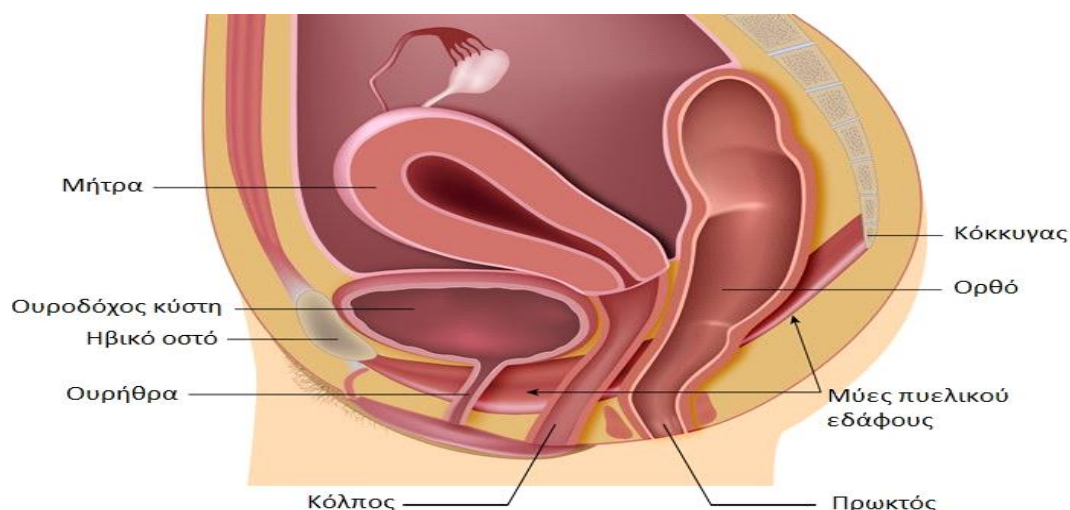
Ανατομικά ο πρωκτός είναι το τμήμα του πεπτικού σωλήνα, μήκους 2 εκ, από την οδοντωτή (κτενιαία) γραμμή έως το πρωκτικό άνοιγμα. Η περιοχή του πρωκτού αποτελείται από τον πρωκτικό πρόδρομο ή την πρωκτική παρυφή και τον πρωκτικό σωλήνα. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί του πρωκτικού σωλήνα: ανατομικός, λειτουργικός ή χειρουργικός και ιστολογικός, ανάλογα τα ανατομικά ή ιστολογικά χαρακτηριστικά του (De Vita et al., 2005). Ο πρόδρομος του πρωκτού που οριοθετείται εξωτερικά από το έξω πρωκτικό όριο περιλαμβάνει το περιπρωκτικό δέρμα, το οποίο καλύπτει την είσοδο του πρωκτού. Συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα οι όροι περιπρωκτικό δέρμα και πρόδρομος του πρωκτού (Nivatvongs et al., 1981). Ο πρωκτικός σωλήνας φέρει τον έσω και έξω σφιγκτήρα και τον ανελκτήρα μυ. Μεταξύ του έσω και του έξω σφιγκτήρα πορεύεται ο κοινός επιμήκης μυς (Rickert & Compton, 2000).

1.3 Ανατομία ουροδόχου κύστης

Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται στον ενήλικα κάτω από το περιτόναιο και πίσω από την ηβική σύμφυση, επάνω στο πυελικό έδαφος. Οι δύο ουρητήρες μεταφέρουν μέσω ειδικών ώσεων τα ούρα. Όταν το περιεχόμενο της κύστεως φτάσει τα 200-300 ml τότε δημιουργείται η ανάγκη για ούρηση (Frick & Leonhardt, 1985). Τα δύο βασικά τμήματα της ουροδόχου κύστης είναι το σώμα και ο πυθμένας. Το σώμα, σχηματίζει την οροφή της κύστης. Αντίθετα, ο πυθμένας είναι το κατώτερο τμήμα της ουροδόχου κύστης, το οποίο στενεύοντας προς τα κάτω σχηματίζει τον αυχένα της κύστης, που συνεχίζεται στην ουρήθρα (Halperin et al., 2007). Στην γυναίκα, ο πυθμένας της κύστης συμφύεται με τον τράχηλο της μήτρας. Κυστικό τρίγωνο, λέγεται η οπίσθια περιοχή του πυθμένα της κύστης, του οποίου οι δύο ανώτερες γωνίες αντιστοιχούν στις εκβολές των δύο ουρητήρων (Frick & Leonhardt, 1985).

1.4 Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας

Τα όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος εδράζονται μέσα στην πυελική κοιλότητα. Η γυναικεία πύελος, συγκριτικά με την ανδρική, διαθέτει μικρότερο βάθος και μεγαλύτερο εύρος. Ανάλογα με τη θέση τους λοιπόν, διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα (Drake et al., 2007).



Εικόνα 1.5: Ανατομία Γυναικείας πύελου.

(Διαδίκτυο : <https://dontaslaser.gr>).

1.4.1. ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Συνολικά είναι γνωστά ως αιδοίο. Αποτελούνται από το εφήβαιο ή αλλιώς όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον πρόδρομο του κόλπου. Στην κορυφή του αιδοίου βρίσκεται η κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται στο σημείο που ενώνονται τα άνω άκρα των μικρών χειλιών. Ο πρόδρομος του κόλπου αποτελεί χώρο στον οποίο εκβάλλουν η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των Bartholinείων και παραουρηθρικών αδένων. Οι Bartholinείοι αδένες, είναι μικροί αδένες, που βρίσκονται όπισθεν των μικρών χειλέων και προκειμένου να διευκολύνουν τη σεξουαλική επαφή εκκρίνουν βλέννα (Platzer et al., 2011).

1.4.2 ΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Βρίσκονται μεταξύ ουροδόχου κύστεως και εντέρου. Τα όργανα αυτά αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τον τράχηλο της μήτρας, τις σάλπιγγες ή

ωαγωγούς και τις ωοθήκες. Ανατομικά, η μήτρα χωρίζεται σε τρία τμήματα: τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Ο τράχηλος επομένως, είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας (Bharucha, 2006).

1.5 Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Άντρα

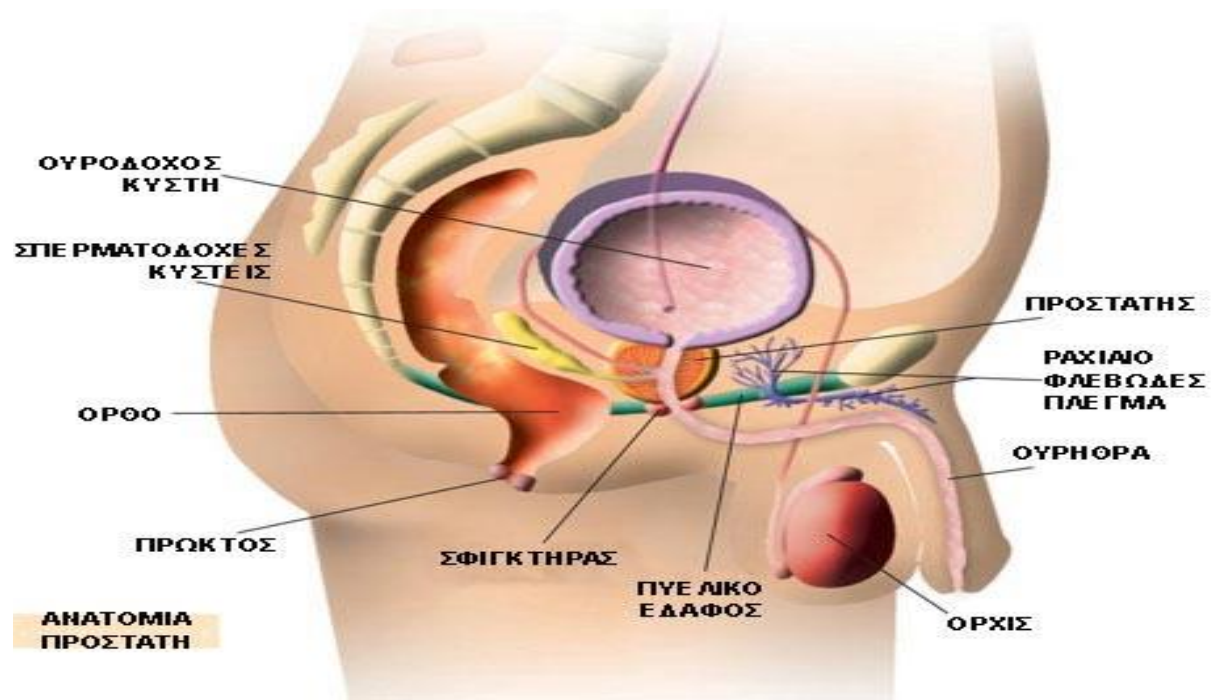
Το γεννητικό σύστημα του άντρα αποτελείται από τους όρχεις, την εκφορητική οδό του σπέρματος, τον προστάτη, τους βολβοουρηθραίους αδένες και το πέος (Buyukunal & Altintas, 2010).

1.5.1 Ανατομία όρχι

Ο όρχις έχει μήκος 4-5 εκ. και βάρος 10-15 γρ. Εμφανίζει δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο, δύο άκρα το άνω και κάτω και τέλος δύο επιφάνειες την έσω και έξω (Ιπποκράτης, 1992). Στο οπίσθιο χείλος του όρχεος σχηματίζεται μια πτυχή, το μεσόρχιο ή μεσαύλιο. Από εκεί διαιρείται η ορχική ουσία σε λοβία. Σε κάθε λοβίο υπάρχουν 1-4 σπερματικά σωληνάκια, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το ορχικό δίκτυο (Ιπποκράτης, 1992)

1.5.2 Ανατομία προστάτη

Ο προστάτης είναι ένας αδένας μικρού σχήματος σε σχήμα καρδιού, ο οποίος βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό. Αποτελεί τμήμα του αντρικού αναπαραγωγικού συστήματος και ρόλος του είναι η παραγωγή και η αποθήκευση του σπέρματος (Ηλιάδης συν Κοτταράς, 2014). Ακόμη, περιβάλλει την προστατική μοίρα της ουρήθρας και τους σπερματικούς πόρους (Ηλιάδης συν Κοτταράς, 2014).



Εικόνα 1.6: Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Άντρα

(Διαδίκτυο: <https://poulakis-urology.com/>).

2. Φυσιολογία

2.1 Φυσιολογία ορθοπρωκτικού σωλήνα

Η κύρια λειτουργία του ορθοπρωκτικού σωλήνα, είναι η συλλογή, η σχηματοποίηση και η αποθήκευση του εντερικού περιεχομένου, καθώς και η εγκράτεια και η αφόδευση (Denny-Brown & Robertson, 2004). Η διάταση του ορθού σε συνδυασμό με το αίσθημα της πληρότητας, προκαλούν την έναρξη της κένωσης. Το εντερικό περιεχόμενο προωθείται μη συνειδητά από τις περισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου. Καθώς το ορθό διατείνεται, το ορθοπρωκτικό αντανακλαστικό αναστέλλεται και ο σφιγκτήρας χαλαρώνει (Denny-Brown & Robertson, 2004). Η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση μεταφέρεται στα κόπρανα και σε συνδυασμό με την σύσπαση του λείου μυός του ορθού, η αποβολή τους γίνεται ευκολότερη. Το πρωκτικό άκρο αναστρέφεται, το χάσμα του ανελκτήρα του πρωκτού διευρύνεται και ο πρωκτικός

σωλήνας οδηγείται σε βράχυνση και διαπλάτυνση, επιτρέποντας έτσι στο ορθό να διατείνεται και να απελευθερώσει το περιεχόμενό του (Holschneider & Freeman, 1988).

2.2 Φυσιολογία ούρησης

Η λειτουργία της ούρησης ξεκινάει με εκούσια χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους και του έξω σφιγκτήρα. Ύστερα με τη σύσπαση του έξω σφιγκτήρα, αυξάνεται η ενδοκυστική πίεση (Vander et al., 2011). Με τις πρώτες σταγόνες ούρων, ερεθίζονται οι αισθητικές απολήξεις, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη σύσπαση και τελικά χάλαση του σφιγκτήρα. Η πρώτη αίσθηση για ούρηση γίνεται σε περιεχόμενο ούρων 150-200ml, χωρίς την αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης. Μετά την ολοκλήρωση της ούρησης, η κύστη επανέρχεται στην αρχική της θέση (Hutch & Rambo, 1967).

2.3 Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας

- **Εμμηνορρυσία, εμμηναρχή και εφηβεία**

Ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος της γυναίκας οφείλεται στη συνεργασία του υποθάλαμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα άτομα θήλεος φύλου αρχίζουν να αναπτύσσουν δευτερογενή χαρακτηριστικά όπως η εμφάνιση της τριχοφυΐας. Με την έμμηνο ρύση παρουσιάζεται αιμόρροια, οι ωοθήκες παράγουν δύο βασικές ορμόνες τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη και έτσι πλέον η γυναίκα είναι έτοιμη να τεκνοποιήσει. Στόχος του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας είναι η απελευθέρωση των γαμετών (ωοκυττάρων) από την ωοθήκη (Ιατράκης, 2009).

- **Εμμηνορρυσιακός Κύκλος**

Η έναρξη του έμμηνου κύκλου, σηματοδοτεί την αρχή της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας. Τα ωοθυλάκια, ωριμάζουν κάτω από την επίδραση της γοναδοτροπίνης, εκκρίνοντας οιστρογόνα τα οποία θα προετοιμάσουν το ενδομήτριο για ενδεχόμενη εμφύτευση γονιμοποιημένου ωαρίου. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται κάθε μήνα και διαρκεί 28 ημέρες, υπό φυσιολογικές συνθήκες (Κερατσάς, 1998). Στα μέσα του κύκλου τα αυξανόμενα οιστρογόνα οδηγούν στην ωοθυλακιόρρηξη, την απελευθέρωση του ωαρίου καθώς και την μεταβολή του

ωοθυλακίου σε ωχρό σωμάτιο. Αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία (16^η – 25^η ημέρα), το ωχρό σωμάτιο παράγει προγεστερόνη. Υπό αυτές τις συνθήκες, αυξάνεται το περιεχόμενο του ενδομητρίου σε γλυκογόνο, διευκολύνοντας μετέπειτα την εμφύτευση του εμβρύου. Η ωοθυλακιορρηξία και ο έμμηνος κύκλος αποσκοπούν στην γονιμοποίηση του ωαρίου (Κερατσάς, 1998).

2.4 Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Άντρα

- **Φυσιολογία όρχεως**

Η ανάπτυξη των δευτερογενών ανδρικών χαρακτηριστικών σχετίζεται άμεσα με τη λειτουργία των όρχεων. Η τεστοστερόνη είναι το ισχυρότερο ανδρογόνο του πλάσματος του αίματος. Στους όρχεις ξεκινά η διαδικασία της σπερματογένεσης, δηλαδή ο σχηματισμός των σπερματοζωαρίων. Στον άντρα ο χρόνος ολοκλήρωσης της σπερματογένεσης διαρκεί 64 ημέρες. Ο συνολικός χρόνος για να σχηματιστεί το σπερματοζωάριο και να εμφανισθεί στο σπέρμα περίπου 75 ημέρες (Δεληβελιώτης, 2009).

- **Φυσιολογία προστάτη**

Ο προστάτης είναι ένας μικρός αδένας ο οποίος παράγει συνεχώς ένα έκκριμα, το οποίο ενισχύεται κατά την σεξουαλική επαφή. Το έκκριμα του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων αποθηκεύονται μαζί με σκοπό την αύξηση του όγκου του σπέρματος που αποβάλλεται κατά την εκσπερμάτωση. Το προστατικό υγρό έχει λεπτόρρευστο γαλακτόχροο χρώμα και βοηθά στη μεταφορά, στη διατροφή του σπέρματος και κατά επέκταση στη διαδικασία της σύλληψης (Selman et al., 2011).

3. Παθολογία

3.1 Αίτια

A) Καρκίνος ορθού

Ο καρκίνος του ορθού εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι αναμφισβήτητα μπορούν να αποφευχθούν. Συγκεκριμένα, το κόκκινο επεξεργασμένο κρέας (Domingo & Nadal, 2017), η κεντρικού τύπου παχυσαρκία (Liang et al., 2009), η συγκέντρωση σπλαχνικού λίπους αλλά και το αλκοόλ σε συνδυασμό με το κάπνισμα, θεωρούνται βασικοί παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του ορθού (Fedirko et al., 2011). Ακόμη μελέτες δείχνουν πως υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που έχουν σχετιστεί με κίνδυνο ανάπτυξης κολο-ορθικού καρκίνου, όπως είναι οι στατίνες (Browning & Martin, 2007). Εκτός από το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, που προαναφέρθηκε, σημαντικό ρόλο παίζει και η ηλικία, εφόσον υπάρχει αύξηση της επίπτωσης σε άτομα άνω των 50 ετών (Siegel et al., 2017).

B) Καρκίνος πρωκτού

Κύρια αίτια του καρκίνου του πρωκτού είναι η λοίμωξη από τον ιό HPV, δηλαδή τον ιό του ανθρωπίνου θηλώματος. Ιδιαίτερη ομάδα υψηλού κινδύνου και αυξημένης ανάγκης θεωρούνται οι ομοφυλόφιλοι ασθενείς και οι ασθενείς με HIV λοίμωξη (Gervaz, et al., 2003).

Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Το κάπνισμα κατά κύριο λόγο οφείλεται για την εμφάνιση καρκίνου της ουροδόχου κύστης, περίπου στο 40% (Freedman et al., 2011). Δεύτερος παράγοντας είναι η επαγγελματική έκθεση σε χημικούς ουσίες που περιλαμβάνουν παράγωγα βενζολίου και αρυλαμίνες, δηλαδή επαγγέλματα που αφορούν την παραγωγή δέρματος, χρωστικών ουσιών, ελαστικά, υφάσματα, δέρματα και χρώματα (Harling et al., 2010). Άλλα αίτια είναι η ακτινοθεραπεία, η διατροφή, η σχισοστωμίαση ουροδόχου κύστης, το φύλο και η γενετική προδιάθεση (Scosyrev et al., 2009).

Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας

1. Καρκίνος ενδομήτριου ή μήτρας

Κάποιοι από τους παράγοντες που οδηγούν στον καρκίνο του ενδομητρίου είναι οι εξής: αλλαγές στην ισορροπία των παραγόμενων ορμονών, περισσότερα χρόνια εμμηνόρροιας, απουσία εγκυμοσύνης, μεγαλύτερη ηλικία, παχυσαρκία, ορμονική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, δηλαδή η χρήση ταμοξιφαίνης ορμονικής θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού ή ορμονικής αποκατάστασης κατά την εμμηνόπαυση (Meyer et al., 2009). Τέλος, η ύπαρξη κληρονομικού συνδρόμου καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει την εμφάνιση και άλλων καρκίνων, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του ενδομητρίου (Meyer et al., 2009).

2. Καρκίνος τραχήλου της μήτρας και αιδοίου

Και οι δύο περιπτώσεις καρκίνων, οφείλονται στην παρουσία πολλών τύπων HPV. Η ομάδα που ευθύνεται στα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης είναι οι HPV16, HPV18, HPV31 και HPV45 (Bosch et al., 2002). Επίσης άλλοι παράγοντες αποτελούν η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων, τα μικρόβια και η μη επαρκή λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος (Simons et al., 1993).

3. Καρκίνος κόλπου

Η αιτιολογία του πρωτοπαθούς καρκινώματος του κόλπου είναι ακόμα άγνωστη. Ωστόσο, έρευνες δείχνουν πως ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (Human Papillomavirus -HPV) είναι κατά πάσα πιθανότητα υπεύθυνος για αυτά τα ευρήματα. Σπάνια η προηγηθείσα ακτινοβολία για καρκίνωμα του τραχήλου ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες, μπορεί να είναι υπεύθυνη για καρκίνωμα του κόλπου (Ιατράκης, 2015).

4. Καρκίνος ωοθηκών

Κυριότερη αιτία είναι ο κληρονομικός ωοθηκικός καρκίνος (Lynch et al., 1985).

Παράλληλα σημαντικό ρόλο παίζουν :

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Χημικοί παράγοντες (μαγνήσιο, αμίαντος, ταλκ),

- Αναπαραγωγικοί παράγοντες (πρώιμη εμμηνόπαυση, χρήση αντισυλληπτικών)
- διαιτητικοί παράγοντες
- η παχυσαρκία
- το κάπνισμα

Ε) Γεννητικό Σύστημα Άντρα

1. Καρκίνος όρχι

Ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου όρχεων είναι η κρυψορχία, συσχετίζεται μάλιστα με το 10% των νεοπλασιών (Fossa et al., 2005). Άλλα αίτια είναι η ύπαρξη άλλων συγγενών ανωμαλιών του ουροποιογεννητικού συστήματος, τα άτομα με ιστορικό καρκίνου στον άλλο όρχι, το οικογενειακό ιστορικό, η HIV λοίμωξη, η υπογονιμότητα, διατροφικοί παράγοντες, η καθιστική ζωή και η ύπαρξη λοιμώδους αιτιολογικού παράγοντα όπως οι ρετροϊοί K10 (Jacobsen et al., 2000).

2. Καρκίνος προστάτη

Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του προστάτη είναι η παχυσαρκία, η ηλικία, η φυλή ή το έθνος, και το οικογενειακό ιστορικό. Επειδή το καρκίνωμα του προστάτη θεωρείται πάθηση της τρίτης ηλικίας αρχίζει να αυξάνεται αισθητά μετά την ηλικία των 55 ετών και κορυφώνεται μετά τα 70 έτη (Smith et al., 2001). Ωστόσο σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι τα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό και τα άτομα έγχρωμων πληθυσμών, ο κίνδυνος εμφάνισης ξεκινάει μετά την ηλικία των 40 ετών με σχετικά περισσότερες πιθανότητες νόσησης από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Smith et al., 2001).

3.2 Κλινική Εικόνα

A) Καρκίνος ορθού

Τα συμπτώματα του καρκίνου του ορθού είναι τα εξής (McCOURT et al., 2009):

- Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου (διάρροια).
- Σκούρο ή έντονο κόκκινο αίμα στα κόπρανα.
- Γενική κοιλιακή δυσφορία (κοιλιακό άλγος, φούσκωμα).
- Τεινεσμός.
- Αλλαγή στην όρεξη.
- Ανεξήγητη απώλεια βάρους.

B) Καρκίνος πρωκτού

Οι περισσότεροι ασθενείς με πρωκτικό καρκίνο παρουσιάζουν κλινικά αιμορραγία από το ορθό. Περίπου το 30% των ασθενών παραπονιούνται είτε για πόνο είτε για αίσθηση μάζας (Uronis & Bendell, 2007). Η κλινική εικόνα της ορθοπρωκτικής HPV λοίμωξης, εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, καθώς σε προχωρημένες περιπτώσεις η εικόνα μπορεί να είναι χαρακτηριστική ακόμα και με δακτυλική εξέταση. Επομένως, ο ασθενής αισθάνεται άλγος κατά την εξέταση ή και ευθρυπτότητα του βλεννογόνου, η μάζα είναι σκληρή και ψηλαφητή είτε υπάρχει στένωση πρωκτικού δακτυλίου (Μαυρογιάννη και συν, 2009).

Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Το πιο συχνό αρχικό σύμπτωμα στον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως είναι η ανώδυνη αιματουρία. Άλλα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την επιτακτική ούρηση, τη γενική δυσουρία, τη συχνουρία και σε πιο προχωρημένους όγκους παρατηρείται πόνος και συμπτώματα που συνδέονται με την απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος (Yang, 2014)

Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας

➤ Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας

Το χαρακτηριστικότερο πρώιμο σύμπτωμα είναι η μητρορραγία, με αποτέλεσμα την «έγκαιρη» χειρουργική επέμβαση (Iatrakis et al 1997). Επιπλέον, η σοβαρή

παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Μετά την εμμηνόπαυση, η μητρορραγία, άσχετα από το μέγεθός της, θα πρέπει να θεωρείται ως καρκίνος της μήτρας μέχρι την οριστική διάγνωση (Iatrakis et al 1997).

➤ **Καρκίνος τραχήλου της μήτρας**

Στα αρχικά στάδια η νόσος είναι ασυμπτωματική, οπότε μπορεί να εξελιχθεί χωρίς να γίνει αντιληπτή (Mitra et al., 2016). Αργότερα εμφανίζεται ανεξήγητη κολπική αιμορραγία, αυξημένη συγκέντρωση κολπικών υγρών, άλγος στην περιοχή της μήτρας, δυσχερής διούρηση, συχνουρία, οιδήματα κάτω άκρων και οσφυαλγία. Σε προχωρημένο στάδιο εμφανίζεται απώλεια όρεξης και βάρους, κόπωση, πυελικό άλγος, οσφυαλγία, πόνος στα κάτω άκρα, βαριά αιμορραγία από τον κόλπο και απώλεια ούρων (Mitra et al., 2016).

➤ **Καρκίνος κόλπου**

Η διάγνωση των κολπικών όγκων συχνά καθυστερεί λόγω της έλλειψης συμπτωμάτων. Η προοδευτική κολπική έκκριση και η ανώδυνη μετεμμηνοπαυσιακή αιμόρροια είναι τα συχνότερα συμπτώματα. Η κολπική αιμόρροια μετά τη συνουσία μπορεί επίσης να σημαίνει την παρουσία κολπικού καρκινώματος (Ιατράκης, 2015). Σε προχωρημένα στάδια, η κολπική έκκριση αυξάνει και γίνεται δύσοσμη, υπάρχει οίδημα στη γύρω από τον όγκο περιοχή, εμφανίζεται αιμορραγία από τον όγκο και πυελικός πόνος. Τα συμπτώματα του καρκίνου του κόλπου μοιάζουν με εκείνα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Ιατράκης, 2015).

➤ **Καρκίνος ωοθήκης**

Ο ασθενής αρχικά είναι ασυμπτωματικός κατά την έναρξη και λίγο μετά την έναρξη της νόσου. Η ψηλάφηση κάποιου πυελικού μορφώματος στη γυναικολογική εξέταση είναι ένα αρχικό σύμπτωμα. Το αίσθημα βάρους, άτυπα γαστρεντερικά ενοχλήματα όπως η ναυτία ή ο έμετος και η συχνή δυσκοιλιότητα εκδηλώνονται σε προχωρημένο στάδιο (Herrinton et al 2007). Η κλινική εικόνα στα προχωρημένα στάδια μπορεί να περιλαμβάνει ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή των δυνάμεων, αναιμία και οίδημα των άκρων (Herrinton et al 2007).

➤ **Καρκίνος αιδοίου**

Χαρακτηρίζεται από κνησμό ενώ στην επισκόπηση διαπιστώνεται αρχικά μικρό σκληρό οζίδιο, συχνότερα στο μεγαλύτερο χείλος του αιδοίου. Σε προχωρημένες βλάβες, το οζίδιο μεγαλώνει, εμφανίζει εξέλκωση, η βλάβη είναι δυσκίνητη, εκδηλώνεται πόνος και τοπική υπερέκκριση αναμειγμένη με αίμα με παράλληλη διόγκωση των επιβολής λεμφαδένων (Ιατράκης, 2015).

Ε) Γεννητικό Σύστημα Άντρα

➤ **Καρκίνος όρχεως**

Η συντριπτική πλειοψηφία των αντρών παρουσιάζουν μια ψηλαφητή σκληρία ή διόγκωση του όρχεως, η οποία μπορεί να είναι επώδυνη ή και όχι. Σπανιότερα μπορεί να παρουσιαστεί ως βάρος στο σύστοιχο ημιόσχεο. Ακόμη πέραν της ψηλαφητής σκληρής υφής, μπορεί να ανευρίσκεται ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα, σε περίπτωση λεμφαδενικής μετάστασης (Cheng et al., 2018).

➤ **Καρκίνος προστάτη**

Στα αρχικά στάδια ο καρκίνος του προστάτη δεν παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα. Σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ούρηση, όπως δυσουρία ή αδύναμη ροή ούρων, νυχτερινή συχνουρία, αίμα στα ούρα, αίμα στο σπέρμα, πρήξιμο στα πόδια, άλγος στην περιοχή της πυέλου και πόνο στα οστά (Ηλιάδης συν Κοτταράς, 2014).

3.3 Διάγνωση

A) Καρκίνος ορθού

Για τη διάγνωση και επιβεβαίωση του ορθικού καρκίνου, βασική εξέταση είναι η κολονοσκόπηση. Η κολονοσκόπηση είναι μια εξέταση κατά την οποία εισάγεται ένας λεπτός εύκαμπτος σωλήνας με μια βιντεοκάμερα στο άκρο του (κολονοσκόπιο), μέσω του οποίου φαίνεται το εσωτερικό του παχέος εντέρου και του ορθού. Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς γίνεται μια προληπτική κολονοσκόπηση, συνίσταται σε ηλικία 50 ετών (Bécouarn et al., 2001). Συμπληρωματικές εξετάσεις είναι οι εξετάσεις αίματος, η μέτρηση καρκινικού δείκτη, η αξονική τομογραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας και η μαγνητική πυέλου (Bécouarn et al., 2001).

B) Καρκίνος πρωκτού

Κάποια βασικά βήματα για την διάγνωση του είναι τα εξής: φυσική εξέταση και ιστορικό, η δακτυλική εξέταση του ορθού, η πρωκτοσκόπηση, το ενδοπρωκτικό ή ενδορθικό υπερηχογράφημα και η βιοψία (Rao et al., 2021). Το ενδοπρωκτικό ή ενδορθικό υπερηχογράφημα είναι μια διαδικασία όπου εισάγεται μέσα στον πρωκτό ή στο ορθό ένα ενδοσκόπιο υπερήχων όπου παράγει υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα (υπερήχους) για την απεικόνιση του εσωτερικού τους χιτώνα, των τοιχωμάτων τους και των γειτονικών οργάνων (Rao et al., 2021).

Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Αρχικά η φυσική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την δακτυλική ψηλάφηση όσο και την κολπική (Glas et al., 2003). Επίσης η κυτταρολογική εξέταση και οι μοριακοί δείκτες είναι πολύ σημαντικοί, καθώς η εξέταση των ούρων ή του εκπλύματος τα ουροδόχου κύστης για καρκινικά κύτταρα έχει υψηλή ευαισθησία σε όγκους υψηλής κακοήθειας και είναι ένας χρήσιμος δείκτης σε περιπτώσεις υψηλού βαθμού κακοήθειας (Vrooman et al., 2008). Επιπλέον το υπερηχογράφημα είναι ένα εργαλείο που βοηθάει στην ανίχνευση νεφρικών όγκων και ενδοκυστικών μαζών. Από την άλλη, η ενδοφλέβια ουρογραφία (IVU) είναι μια εναλλακτική λύση εάν η αξονική τομογραφία (CT) δεν είναι διαθέσιμη και ανιχνεύει εξωφυτικούς όγκους του ουροποιητικού συστήματος (Burger et al., 2013). Τέλος οι ασθενείς με υποψία

μορφώματος στην ουροδόχο κύστη θα πρέπει να υποβάλλονται σε κυστεοσκόπηση, βιοψία ή και σε εκτομή για περαιτέρω διάγνωση (Miladi et al., 2003).

Δ) Καρκίνος Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας

➤ Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας

Σε γυναίκες με μη φυσιολογική κολπική αιμορραγία, η διάγνωση μπορεί να γίνει με κλασματική απόξεση (ΚΑ) της μήτρας, με απλή απόξεση ή με απόξεση υπό υστεροσκοπικό έλεγχο. Η τελευταία περίπτωση γίνεται σε ασθενείς με επίμονη αιμορραγία και καλοήγη ή ανεπαρκή ευρήματα μετά από απλή βιοψία (Renaud et al., 2013). Κατά την ΚΑ γίνεται απόξεση του ενδοτράχηλου με λεπτό ξέστρο για τη λήψη ξεσμάτων με ιδιαίτερη προσοχή γιατί μπορεί να αναμιχθεί υλικό από το ενδομήτριο στα ξέσματα του ενδοτράχηλου, οπότε να προκύψει λανθασμένη εκτίμηση. Πλέον η ΚΑ δεν απαιτεί νοσηλεία και νάρκωση (Oats & Abraham, 2005). Επίσης το κολπικό υπερηχογράφημα έχει δοκιμαστεί στην απεικόνιση του πάχους του ενδομητρίου, ως στοιχείο ενδεικτικής κακοήθειας (Oats & Abraham, 2005).

➤ Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Για την διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας απαιτείται ο έλεγχος με το τεστ Παπανικολάου. Πρόκειται για μια απλή και εύκολη εξέταση, η οποία γίνεται ετησίως μετά το 20^ο έτος μιας γυναίκας εφόσον είναι ενεργή σεξουαλικά. Αποσκοπεί στον έγκαιρο εντοπισμό του τραχηλικού καρκίνου, ώστε να ανιχνευθεί σε στάδια θεραπεύσιμα (Crum et al., 2003). Με το τεστ Παπανικολάου λαμβάνονται κύτταρα από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο με μια μικρή σπάτουλα και ένα μαλακό βουρτσάκι, τα οποία αργότερα αποστέλλονται στον κυτταρολόγο (Μιχαλάς 2008). Τέλος, η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει και τη μέθοδο της βιοψίας μέσω της κολποσκόπησης (Denny & Wright, 2005).

➤ Καρκίνος κόλπου

Η αρχική διάγνωση στηρίζεται στην προσεκτική επισκόπηση του κόλπου, με τη βοήθεια κολποδιαστολέων και στα κυτταρολογικά επιχρίσματα. Η οριστική διάγνωση γίνεται αποκλειστικά με βιοψία υπό κολποσκοπικό έλεγχο, ενώ σε προχωρημένα στάδια της νόσου, η διάγνωση της νόσου είναι ευκολότερη και στηρίζεται στα χαρακτηριστικά συμπτώματα του κολπικού καρκίνου (Ιατράκης, 2015).

➤ **Καρκίνος ωοθηκών**

Ο βασικός άξονας για τη διάγνωση περιλαμβάνει το κληρονομικό, την κλινική εξέταση, το κοιλιακό ή και το κοιλιακό υπερηχογράφημα, ενδεχομένως το έγχρωμο Doppler και τη μέτρηση του CA 125 στο πλάσμα (Yu et al, 2020).

➤ **Καρκίνος αιδοίου**

Η διάγνωσή του στηρίζεται κυρίως στην επισκόπηση, που διευκολύνεται με μεγεθυντικό φακό ή κολποσκόπιο και ειδικότερα στην λήψη βιοψιών. Εάν είναι ψηλαφητοί οι βουβωνικοί αδένες, τότε η αξονική τομογραφία, μπορεί να βοηθήσει στην προεγχειρητική σταδιοποίηση της νόσου (Ιατράκης, 2015).

Ε) Καρκίνος Γεννητικού Συστήματος Άντρα

➤ **Καρκίνος όρχεως**

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εξέταση των όρχεων και στη γενική εξέταση για να αποκλειστούν οι ευμεγέθεις λεμφαδένες ή κοιλιακές μάζες. Επίσης το υπερηχογράφημα οσχέου θα πρέπει να εκτελείται όποτε υπάρχει υποψία όγκου. Απαραίτητες είναι οι βιοχημικές εξετάσεις καθώς μας πληροφορούν για τους καρκινικούς δείκτες (Cheng et al., 2018). Σε περίπτωση όπου επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του όρχεως, θα πρέπει να γίνουν επιπλέον εξετάσεις, για να εκτιμηθεί εάν έχει εξαπλωθεί ο όγκος. Οι εξετάσεις αυτές είναι η απλή ακτινογραφία θώρακος, η αξονική τομογραφία και ίσως η μαγνητική τομογραφία (Cheng et al., 2018).

➤ **Καρκίνος προστάτη**

Για την έγκαιρη διάγνωση του προστατικού καρκίνου εφαρμόζεται η δαχτυλική εξέταση, ο προσδιορισμός των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου και η διορθική υπερηχογραφία. Την τελική διάγνωση του όμως θα την καθορίσει η βιοψία. Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA), είναι μια γλυκοπρωτεΐνη και χρησιμεύει ως κλινικός δείκτης παθήσεων του προστάτη, και όχι μόνο (Gretzer & Partin, 2002). Το διορθικό υπερηχογράφημα γίνεται μέσω του ορθού και είναι μια απεικονιστική εξέταση περιοχών ενδεικτικών για κακοήθεια (Raja et al., 2006).

3.4 Θεραπεία

A) Καρκίνος ορθού

Οι βασικοί πυλώνες της θεραπείας του καρκίνου του ορθού είναι η ριζική χειρουργική εκτομή του όγκου, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, συνδυασμένες ή από μόνες τους, πριν ή μετά το χειρουργείο. Ο συνδυασμός της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας πριν από την επέμβαση παρέχει στον χειρουργό το πλεονέκτημα αποτελεσματικότερης εκτέλεσης ολικής εκτομής του ορθού, μειώνοντας τα ποσοστά των τοπικών υποτροπών (Bécouarn et al., 2001).

B) Καρκίνος πρωκτού

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής: η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία (Young et al., 2020). Η χειρουργική θεραπεία διακρίνεται σε τοπική εκτομή και σε κοιλιοπερινεϊκή. Στην πρώτη περίπτωση ο όγκος κόβεται από τον πρωκτό μαζί με υγιή ιστό. Γενικά μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν ο όγκος είναι μικρός και δεν έχει εξαπλωθεί. Ενώ στην δεύτερη περίπτωση αφαιρείται ο πρωκτός, μέρος του σιγμοειδούς και το ορθό (Young et al., 2020).

Γ) Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Η αποτελεσματική θεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι η ακτινοθεραπεία, η χειρουργική και η χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση (Munro et al., 2009). Η ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία είναι αρκετά αποτελεσματική και αποτελούν αντίποδα της ριζικής υστερεκτομής (Munro et al., 2009). Έρευνες μάλιστα δείχνουν πως η κυστεκτομή με τη βοήθεια του λεμφαδενικού καθαρισμού, αυξάνουν το ποσοστό επιβίωσης. Ειδικότερα, με τη χορήγηση της χημειοθεραπείας το ποσοστό αυξάνεται περισσότερο και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής (Dalbagni et al., 2001).

Δ) Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας

- **Καρκίνος ενδομητρίου ή μήτρας**

Ο καρκίνος της μήτρας, αντιμετωπίζεται πρώτα χειρουργικά με κοιλιακή υστερεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό. Σε γυναίκες όμως που εντοπίζεται σε πολύ πρώιμο στάδιο συνήθως δεν απαιτείται άλλη θεραπεία (Ιατράκης, 2015). Η

ακτινοθεραπεία φαίνεται να αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών και μαζί με τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία ή τις στοχευμένες θεραπείες ανακουφίζουν τα συμπτώματα και ελέγχουν τη νόσο (Ιατράκης, 2015).

- **Καρκίνος τραχήλου της μήτρας**

Η θεραπευτική του αντιμετώπιση εμπεριέχει κρυοχειρουργική θεραπεία, χειρουργική με Laser CO₂, καυτηριασμό με διαθερμία, υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Η κρυοχειρουργική παγώνει και καταστρέφει τα μη φυσιολογικά κύτταρα (Μακρής, 2003), ενώ η χειρουργική με Laser CO₂ όπως και ο καυτηριασμός με διαθερμία αφαιρούν με ακρίβεια τον ιστό και δεν απαιτούν γενικά αναισθησία (Ambrosch et al., 2001). Η διαφορά είναι ότι η τελευταία μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως σε γυναίκες νεαρής ηλικίας (Munoz et al., 2004). Σε περίπτωση που ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν του τραχήλου στους παρακείμενους ιστούς, τότε γίνεται υστερεκτομή. Διακρίνεται σε απλή υστερεκτομή, όπου αφαιρείται η μήτρα συμπεριλαμβανόμενου του τραχήλου της μήτρας και σε ριζική υστερεκτομή, όπου αφαιρείται η μήτρα, ο τράχηλος, οι σύνδεσμοι στήριξης και το άνω τμήμα του κόλπου (Rose, 2001).

- **Καρκίνος κόλπου**

Γενικά η θεραπευτική αντιμετώπιση εντοπίζεται στην χειρουργική αντιμετώπιση ή στην ακτινοθεραπεία. Σε αποτυχία της ακτινοθεραπείας θα μπορούσαν να εφαρμοστούν πολύ εκτεταμένες επεμβάσεις όπως η εκσπλάχνωση. Συγκεκριμένα σε εντόπιση στο άνω τριτημόριο του κόλπου, μπορεί να γίνει ριζική υστερεκτομή και πυελική λεμφαδενεκτομή (Ιατράκης, 2015).

- **Καρκίνος ωοθηκών**

Το θεραπευτικό πλάνο για τον καρκίνο των ωοθηκών, ειδικά αν διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο, βασίζεται σε συντηρητική αντιμετώπιση. Ωστόσο η συνηθέστερη θεραπεία αποτελεί ένα συνδυασμό χημειοθεραπείας και χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει είτε με ανοιχτό χειρουργείο, κυρίως σε μεγάλους όγκους προχωρημένου σταδίου είτε λαπαροσκοπικά, όπως η περίπτωση αρχικού σταδίου με επιθυμία διατήρησης της γονιμότητας (Stewart et al., 2019).

- **Καρκίνο αιδοίου**

Στα αρχικά στάδια η βάση της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η ριζική εκτομή της βλάβης. Ενώ, σε περίπτωση μεγάλου όγκου απαιτείται ριζική εκτομή του αιδοίου. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου γίνεται ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων και πραγματοποιείται μετά από λεμφαδενικό καθαρισμό της μηροβουβωνικής χώρας. Σε αυτούς τους ασθενείς λοιπόν η θεραπεία τους στηρίζεται στην ακτινοθεραπεία και στη χημειοθεραπεία (Ιατράκης, 2015).

Ε) Γεννητικό Σύστημα Άντρα

- **Καρκίνος όρχεως**

Η ριζική ορχεκτομή είναι η κύρια θεραπευτική μέθοδος. Αποτελεί ολοκληρωμένη θεραπευτική επιλογή σε καρκίνωμα πρώιμου σταδίου που ακόμα δεν έχει επεκταθεί. Αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τους όρχεις, εκτός από τη ριζική ορχεκτομή, ίσως χρειάζεται ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Βέβαια, υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται νέα χειρουργική επέμβαση (Cheng et al., 2018).

- **Καρκίνος προστάτη**

Επειδή ο καρκίνος του προστάτη είναι μία νόσος που συχνά αναπτύσσεται με πολύ αργό ρυθμό, ενδέχεται σε κάποιους άντρες να μη χρειαστεί θεραπεία. Επομένως προτείνονται προσεγγίσεις όπως η παρακολούθηση με εξετάσεις αίματος για το Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA) και η δακτυλική εξέταση του προστάτη κάθε 6 μήνες. Ωστόσο, συνίσταται μόνο σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις με αργή ανάπτυξη (Klotz, 2004). Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί τη συχνότερη θεραπεία εκλογής. Ο κύριος τύπος χειρουργικής επέμβασης είναι η ριζική προστατεκτομή, όπου αφαιρείται ολόκληρος ο προστατικός αδένας μαζί με γειτονικούς ιστούς, ή και τμήμα της ουροδόχου κύστης. Στις περισσότερες περιπτώσεις ενδέχεται να πραγματοποιηθεί αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή (Hu, 2008). Ένα άλλου είδους χειρουργικής επέμβασης είναι η ριζική προστατεκτομή, η οποία ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενή διακρίνεται σε οπισθοθηβική ριζική προστατεκτομή, περινεϊκή προστατεκτομή και η λαπαροσκοπική εξωπεριτοναϊκή ριζική προστατεκτομή. Η ριζική προστατεκτομή γίνεται τόσο με ανοικτή επέμβαση (οπισθοθηβική ή περινεϊκή), όσο και με λαπαροτομία (Ficarra, 2009). Εκτός από τη χειρουργική επέμβαση η

ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη. Η ακτινοθεραπεία, μπορεί με τις ακτίνες υψηλής ενέργειας ή με σωματίδια να σκοτώσει καρκινικά κύτταρα ή να μειώσει τον όγκο ώστε να διευκολυνθεί ένα επακόλουθο χειρουργείο (Ahdoot et al., 2019).

Β' ΜΕΡΟΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία

Αναμφισβήτητα η διαδικασία της χημειοθεραπείας θεωρείται ότι επηρεάζει αρκετά τον ασθενή με καρκίνο τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά. Πριν την χημειοθεραπεία γίνεται εκτίμηση του ασθενούς από τους νοσηλευτές με λήψη νοσηλευτικού ιστορικού, με έλεγχο ύπαρξης συνοδών συμπτωμάτων και της κατάστασης της υγείας του και με τον εντοπισμό σημείο της θέσης φλεβοκαθετήρα. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να πραγματοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία να βασίζεται σε γνώσεις της νοσηλευτικής επιστήμης και να δημιουργεί ένα πλάνο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή (Gosselin, 2006). Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή καθώς και το οικογενειακό του περιβάλλον και να τους παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες για την ασθένεια, την πρόληψη, τους στόχους της χημειοθεραπείας αλλά και τις ανεπιθύμητες μελλοντικές ενέργειες που μπορεί να επιφέρει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής είναι ενημερωμένος και μειώνονται συναισθήματα όπως είναι το άγχος, η ανησυχία, η σύγχυση και άλλα (Shepard & Kelvin, 1999). Ύστερα από το τέλος της χημειοθεραπείας είναι απαραίτητο η νοσηλευτική ομάδα να ελέγχει διαρκώς τα ζωτικά σημεία, εάν η διούρηση είναι ομαλή, τυχόν αλλεργικές αντιδράσεις ή αναφυλακτικό σοκ. Είναι φυσιολογικό ο ασθενής να μη θέλει να συνεχίσει την χημειοθεραπεία λόγω ψυχολογικής κόπωσης. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής σε συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα πρέπει να δημιουργήσουν ξανά το κίνητρο στον ασθενή και να του υπενθυμίσουν τους στόχους της χημειοθεραπείας (Kumi, 2004)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα θεμελιώδες στάδιο για τη θεραπεία όλων των ειδών του πυελικού καρκίνου. Μετά την ακτινοθεραπεία, η περιοχή της πυέλου ακτινοβολείται, επιφέροντας κάποια συμπτώματα όπως εντερικά προβλήματα, δυσχέρεια στην ούρηση, λεμφοίδημα και σεξουαλική δυσλειτουργία. Επομένως ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τρόπους αντιμετώπισης τους και γενικά για τη διαδικασία την ακτινοθεραπείας (Cerna et al., 2019). Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως ο νοσηλευτής πριν την εισαγωγή του/της ασθενούς στην αίθουσα πρέπει να προστατεύεται η περιοχή από την ηλιακή

ακτινοβολία και να καθαριστεί με ειδικό σαπούνι. Ο ασθενής παρακολουθείται για τυχόν εμφάνιση λοίμωξης ή τραυματισμού στην περιοχή που θα ακτινοβοληθεί. Τέλος πρέπει να παρακολουθείται η περιοχή για ερυθρότητα ή και ξηρότητα (Barnas et al., 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς με καρκίνο έχουν υποστεί κάποιου είδους χειρουργικής επέμβασης. Αυτές οι επεμβάσεις μελλοντικά επιφέρουν αρνητικές επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία, η οποία έχει μειωμένες πιθανότητες να επέλθει με το χρόνο. Για αυτό το λόγο οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ενημερώνουν τους ασθενείς για αυτές τις παρενέργειες (Dunn, 2015). Για την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου μπορούν να υιοθετήσουν ένα ολιστικό και ανθρωποκεντρικό μοντέλο όπου θα προωθείται η σεξουαλική ευεξία και θα υπάρχουν φυσιοκοινωνικές παρεμβάσεις και φυσιολογικές δραστηριότητες με βάση τις ανάγκες του κάθε ασθενή (Paterson, 2020). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν στον ασθενή την άδεια να συζητήσουν ερωτήσεις ή ανησυχίες για τη σεξουαλικότητα σε ιδιωτικό περιβάλλον και να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους. Ακόμη οι νοσηλευτές μπορούν να προτείνουν εναλλακτικές λύσεις για σεξουαλική επαφή για την προώθηση της οικειότητας όπως είναι το άγγιγμα, το κράτημα χεριών ή η αγκαλιά. Τέλος είναι πολύ σημαντικό να διευκολύνουν τις παραπομπές σε άλλους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης όπως ένας πάροχος ψυχικής υγείας (Dunn, 2015).

Γ' ΜΕΡΟΣ

Νέα ερευνητικά δεδομένα

Abstract 1: Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunctions in Pelvic Cancer Survivorship.

Introduction: A common negative sequel of cancer treatment in men is sexual dysfunction, which can have a significant psychological impact and can contribute to feelings of depression, anxiety, and other mental health issues. Management of cancer survivors psychological and mental well-being plays an important role in the treatment and recovery process.

Aim: To identify how sexual dysfunction impacts the lives of male cancer survivors and to provide clinicians with treatment recommendations specific to this patient population.

Methods: A total of 51 peer-reviewed publications related to sexual dysfunction in male cancer survivors were selected for analysis. Sources were chosen based on relevance to current cancer therapies, causes and psychological impacts of sexual dysfunction, and treatment recommendations for clinicians caring for cancer survivors. PubMed search terms included "sexual dysfunction," "cancer survivorship," and "male cancer survivors."

Main outcome measures: Measures of sexual dysfunction were based on cancer survivors reporting inadequate erectile capacity for penetrative sexual intercourse, decreased sensitivity of the genitalia, or inability to enjoy sex.

Results and conclusions: Sexual dysfunction was present in male cancer survivors from diverse ages, cancer diagnoses, and treatments of cancer. Many of the men surveyed presented with psychological distress resulting from their posttreatment sexual dysfunction. This had a significant negative impact on their sexual self-esteem, body image, and mental health. Sexual and social development was delayed in survivors of childhood cancer. Healthcare practitioners should initiate conversations with patients regarding the potential for sexual dysfunction at the time of cancer diagnosis and throughout treatment and follow-up. Physical symptoms of sexual dysfunction should be treated, whenever possible, using phosphodiesterase 5

inhibitors or other interventions, and all cancer survivors presenting with psychological distress related to sexual dysfunction should be offered professional counseling

Περίληψη

Εισαγωγή: ένα κοινό αρνητικό επακόλουθο της θεραπείας του καρκίνου στους άνδρες είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία μπορεί να έχει σημαντικό ψυχολογικό αντίκτυπο και μπορεί να συμβάλει σε συναισθήματα κατάθλιψης, άγχους και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η διαχείριση της ψυχολογικής και ψυχικής ευεξίας των ασθενών από καρκίνο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία θεραπείας και αποκατάστασης.

Σκοπός: να προσδιοριστεί πώς η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζει τη ζωή των επιζώντων από καρκίνο των ανδρών και να παρέχει στους κλινικούς ιατρούς συστάσεις θεραπείας ειδικά για αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

Μέθοδοι: επιλέχθηκαν για ανάλυση συνολικά 51 δημοσιεύσεις που αξιολογήθηκαν από ομοτίμους σχετικά με τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε άνδρες επιζώντες από καρκίνο. Οι πηγές επιλέχθηκαν με βάση τη συνάφεια με τις τρέχουσες θεραπείες καρκίνου, τις αιτίες και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και τις συστάσεις θεραπείας για τους κλινικούς ιατρούς που φροντίζουν τους επιζώντες του καρκίνου. Οι όροι αναζήτησης PubMed περιελάμβαναν "σεξουαλική δυσλειτουργία," "επιβίωση καρκίνου," και "άνδρες επιζώντες καρκίνου."

Κύρια μέτρα έκβασης: τα μέτρα σεξουαλικής δυσλειτουργίας βασίστηκαν σε επιζώντες από καρκίνο που ανέφεραν ανεπαρκή στυτική ικανότητα για διεισδυτική σεξουαλική επαφή, μειωμένη ευαισθησία των γεννητικών οργάνων, ή αδυναμία απόλαυσης της σεξουαλικής πράξης.

Αποτελέσματα και συμπεράσματα: η σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν παρούσα σε άνδρες επιζώντες καρκίνου από διαφορετικές ηλικίες, διαγνώσεις καρκίνου, και θεραπείες καρκίνου. Πολλοί από τους άνδρες που ερωτήθηκαν παρουσίασαν ψυχολογική δυσφορία που προέκυψε από τη σεξουαλική δυσλειτουργία μετά τη θεραπεία. Αυτό είχε σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη σεξουαλική αυτοεκτίμησή τους, στην εικόνα του σώματος, και στη ψυχική υγεία. Η σεξουαλική και η κοινωνική ανάπτυξη καθυστέρησε στους επιζώντες του παιδικού καρκίνου. Οι επαγγελματίες

υγείας θα πρέπει να ξεκινήσουν συνομιλίες με ασθενείς σχετικά με την πιθανότητα σεξουαλικής δυσλειτουργίας κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και της παρακολούθησης. Τα φυσικά συμπτώματα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας πρέπει να αντιμετωπίζονται, όποτε είναι δυνατόν, χρησιμοποιώντας αναστολείς φωσφοδιεστεράσης 5 ή άλλες παρεμβάσεις, και σε όλους τους επιζώντες από καρκίνο που παρουσιάζουν ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με σεξουαλική δυσλειτουργία θα πρέπει να προσφέρεται επαγγελματική συμβουλευτική

Abstract 2: A Psychosexual Rehabilitation Booklet Increases Vaginal Dilator Adherence and Knowledge in Women Undergoing Pelvic Radiation Therapy for Gynaecological or Anorectal Cancer: A Randomised Controlled Trial.

Aims: Women treated with pelvic radiation therapy (PRT) for gynaecological or anorectal cancer report a high number of sexual problems and unmet post-treatment psychosexual information needs. Currently, there is suboptimal adherence to recommended rehabilitation aids, such as vaginal dilators, and a paucity of resources to facilitate post-radiation rehabilitation and reduce distress in this population. This randomised controlled trial aimed to evaluate the effectiveness of a study-developed psychosexual rehabilitation booklet in this setting.

Materials and methods: Eighty-two women scheduled for PRT to treat gynaecological/anorectal cancer were randomised to receive the intervention booklet (n = 44) or standard information materials (n = 38). Self-report questionnaires administered at pre-treatment baseline and at 3-, 6- and 12-months post-treatment assessed adherence with rehabilitation aids, booklet knowledge, anxiety, depression and sexual functioning/satisfaction.

Results: Dilator adherence and booklet knowledge were significantly higher in the intervention group than in the control group (averaged over time points), with scores significantly increasing over time. Younger age and gynaecological cancer were significant predictors of greater dilator adherence. No significant group differences were found on psychological and sexual measures.

Conclusions: The psychosexual rehabilitation booklet was effective in educating women with gynaecological and anorectal cancers about PRT-related psychosexual

side-effects and rehabilitation options, as well as promoting uptake of vaginal dilator use. Future research should elucidate the effectiveness of this booklet in women with greater psychological and sexual functioning needs.

Περίληψη

Στόχοι: οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με πυελική ακτινοθεραπεία (PRT) για γυναικολογικό ή ορθοπρωκτικό καρκίνο αναφέρουν μεγάλο αριθμό σεξουαλικών προβλημάτων και ανεκπλήρωτες ανάγκες ψυχοσεξουαλικής πληροφόρησης μετά τη θεραπεία. Επί του παρόντος, υπάρχει μη βέλτιστη τήρηση των συνιστομένων βοηθημάτων αποκατάστασης, όπως οι κολπικοί διαστολείς, και η έλλειψη πόρων για τη διευκόλυνση της αποκατάστασης μετά την ακτινοβολία και τη μείωση της δυσφορίας σε αυτόν τον πληθυσμό. Αυτή η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός βιβλιαρίου ψυχοσεξουαλικής αποκατάστασης που αναπτύχθηκε από τη μελέτη σε αυτό το περιβάλλον.

Υλικά και μέθοδοι: ογδόντα δύο γυναίκες που είχαν προγραμματιστεί για PRT για τη θεραπεία του γυναικολογικού/ορθοπρωκτικού καρκίνου τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν το φυλλάδιο παρέμβασης (n = 44) ή το τυποποιημένο ενημερωτικό υλικό (n = 38). Τα ερωτηματολόγια Αυτοαναφοράς που χορηγήθηκαν κατά την έναρξη της θεραπείας πριν από τη θεραπεία και στους 3, 6 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία αξιολόγησαν την προσκόλληση με βοηθήματα αποκατάστασης, γνώση φυλλαδίων, άγχος, κατάθλιψη και σεξουαλική λειτουργία/ικανοποίηση.

Αποτελέσματα: η προσκόλληση του διαστολέα και η γνώση του φυλλαδίου ήταν σημαντικά υψηλότερες στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου (κατά μέσο όρο σε χρονικά σημεία), με τις βαθμολογίες να αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η νεότερη ηλικία και ο γυναικολογικός καρκίνος ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης μεγαλύτερης προσκόλλησης διαστολέα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές ομαδικές διαφορές στα ψυχολογικά και σεξουαλικά μέτρα.

Συμπεράσματα: το φυλλάδιο ψυχοσεξουαλικής αποκατάστασης ήταν αποτελεσματικό στην εκπαίδευση των γυναικών με γυναικολογικούς και ορθοπρωκτικούς καρκίνους σχετικά με τις ψυχοσεξουαλικές παρενέργειες και τις επιλογές αποκατάστασης που σχετίζονται με την PRT, καθώς και στην προώθηση της χρήσης του κολπικού

διαστολέα. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διασαφηνίσει την αποτελεσματικότητα αυτού του φυλλαδίου σε γυναίκες με μεγαλύτερες ψυχολογικές και σεξουαλικές ανάγκες λειτουργίας.

Abstract 3: Supporting self-management of radiation-induced bowel and bladder dysfunction in pelvic-cancer rehabilitation: An ethnographic study.

Aims and objectives: To describe and understand strategies that oncological nurses use to support self-management of radiation-induced bowel and bladder issues in pelvic-cancer rehabilitation patients.

Methods: Data collection was conducted in Sweden between October 2015-April 2018, involving observations of nurses' daily work, formal and informal interviews, individual and group interviews, and reviews of relevant documents used in the studied practice. Furthermore, 15 supportive nurse-patient talks were observed, and an ethnographic analysis was performed.

Results: The analysis identified the following three categories of nursing strategies that support self-management of radiation-induced bowel and bladder issues in pelvic-cancer rehabilitation patients: encouraging self-reflection, tailoring solutions together and keeping patients motivated. Nurses and patients jointly make sense of patients' symptoms using data that patients collect about themselves. Based on their shared understanding, they can co-create solutions to meet each individual patient's needs and develop routines to keep the patient motivated in performing the devised solutions.

Conclusions: The results indicate that the strategies nurses use to support patients in self-management of radiation-induced bowel and bladder issues entail intertwining patients' experiences with their nurses' medical knowledge and specific clinical practice. Nurses' strategies build on their ability to connect patients' experiences and the elements of their own work practice.

Περίληψη

Σκοποί και στόχοι: να περιγραφούν και να κατανοηθούν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ογκολογικοί νοσηλευτές για να υποστηρίξουν την αυτοδιαχείριση

των προβλημάτων του εντέρου και της ουροδόχου κύστης που προκαλούνται από την ακτινοβολία σε ασθενείς αποκατάστασης καρκίνου της πυέλου.

Μέθοδοι: η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία μεταξύ Οκτωβρίου του 2015 και Απριλίου του 2018, με παρατηρήσεις της καθημερινής εργασίας των νοσοκόμων, επίσημες και ανεπίσημες συνεντεύξεις, ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις και ανασκοπήσεις σχετικών εγγράφων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελετημένη πρακτική. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν 15 υποστηρικτικές συνομιλίες νοσοκόμου-ασθενούς και πραγματοποιήθηκε εθνογραφική ανάλυση.

Αποτελέσματα: η ανάλυση εντόπισε τις ακόλουθες τρεις κατηγορίες στρατηγικών νοσηλευτικής που υποστηρίζουν την αυτοδιαχείριση των προβλημάτων του εντέρου και της ουροδόχου κύστης που προκαλούνται από την ακτινοβολία σε ασθενείς με αποκατάσταση του καρκίνου της πυέλου: ενθάρρυνση του αυτοαναστοχασμού, προσαρμογή λύσεων μαζί και διατήρηση των κινήτρων των ασθενών. Οι νοσηλευτές και οι ασθενείς κατανοούν από κοινού τα συμπτώματα των ασθενών χρησιμοποιώντας δεδομένα που συλλέγουν οι ασθενείς για τον εαυτό τους. Με βάση την κοινή τους κατανόηση, μπορούν να συν-δημιουργήσουν λύσεις για να καλύψουν τις ανάγκες κάθε μεμονωμένου ασθενούς και να αναπτύξουν ρουτίνες για να διατηρήσουν τον ασθενή κίνητρο στην εκτέλεση των επινοημένων λύσεων.

Συμπεράσματα: τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για την υποστήριξη των ασθενών στην αυτοδιαχείριση των προβλημάτων του εντέρου και της ουροδόχου κύστης που προκαλούνται από την ακτινοβολία συνεπάγονται την αλληλεπίδραση των εμπειριών των ασθενών με τις ιατρικές γνώσεις των νοσηλευτών τους και την ειδική κλινική πρακτική. Οι στρατηγικές των νοσηλευτών βασίζονται στην ικανότητά τους να συνδέουν τις εμπειρίες των ασθενών και τα στοιχεία της δικής τους πρακτικής εργασίας.

Abstract 4: Effectiveness of Comfort Nursing Combined with Continuous Nursing Combined with Colorectal Cancer Chemotherapy.

Purpose: To analyze the application effect of continuous nursing combined with comfort nursing on patients with colorectal cancer chemotherapy and its influence on sleep quality and immune function.

Methods: The data of 96 patients with colorectal cancer in the Oncology Department of Peking Union Medical College Hospital from July 2018 to July 2020 were collected and randomized into the control group and study group according to the odd and even numbers, with 48 cases in each group. The control group received routine care during chemotherapy, and the study group implemented continuous care combined with comfort care.

Results: After intervention, the results were in favor of the study group than the control group with higher compliance, higher level of various immune indicators, higher quality of life scores, and higher nursing satisfaction rate. In addition, the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scores and the average Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score of the study group after intervention was drastically lower than the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: The implementation of continuous care combined with comfort care for patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy can effectively improve sleep quality and quality of life, relieve anxiety, and yield high patient compliance, which is worthy of clinical promotion.

Περίληψη

Σκοπός: να αναλυθεί η επίδραση εφαρμογής της συνεχούς νοσηλείας σε συνδυασμό με τη νοσηλευτική άνεση σε ασθενείς με χημειοθεραπεία καρκίνου του παχέος εντέρου και την επίδρασή της στην ποιότητα του ύπνου και την ανοσολογική λειτουργία.

Μέθοδοι: τα δεδομένα 96 ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου στο Τμήμα Ογκολογίας του Νοσοκομείου Peking Union Medical College από τον Ιούλιο του 2018 έως τον Ιούλιο του 2020 συλλέχθηκαν και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ελέγχου και στην Ομάδα Μελέτης σύμφωνα με τους μονούς και ζυγούς αριθμούς, με 48 περιπτώσεις σε κάθε ομάδα. Η ομάδα ελέγχου έλαβε συνήθη φροντίδα κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και η ομάδα μελέτης εφάρμοσε συνεχή φροντίδα σε συνδυασμό με φροντίδα άνεσης.

Αποτελέσματα: μετά την παρέμβαση, τα αποτελέσματα ήταν υπέρ της ομάδας μελέτης από την ομάδα ελέγχου με υψηλότερη συμμόρφωση, υψηλότερο επίπεδο διαφόρων ανοσολογικών δεικτών, υψηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής και

υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των νοσηλευτών. Επιπλέον, οι βαθμολογίες γενικευμένης διαταραχής άγχους (GAD-7) και η μέση βαθμολογία Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) της ομάδας μελέτης μετά την παρέμβαση ήταν δραστικά χαμηλότερες από την ομάδα ελέγχου ($P < 0,001$).

Συμπέρασμα: η εφαρμογή συνεχούς φροντίδας σε συνδυασμό με τη φροντίδα άνεσης για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει αποτελεσματικά την ποιότητα και την ποιότητα ζωής του ύπνου, να ανακουφίσει το άγχος και να αποδώσει υψηλή συμμόρφωση των ασθενών, η οποία αξίζει κλινικής προώθησης.

Abstract 5: Does pelvic radiation increase rectal cancer incidence?-A systematic review and meta-analysis.

Aim: One of the late complications associated with radiation therapy (RT) is a possible increased risk of second cancer. In this systematic review, we analysed the incidence of rectal cancer following primary pelvic cancer irradiation.

Methods: A literature search was conducted using the PubMed and EMBASE libraries. Original articles that reported on secondary rectal cancer after previous RT for a primary pelvic cancer were included. Sensitivity analyses were performed by correcting for low number of events, high risk of bias, and outlying results.

Results: A total of 5171 citations were identified during the literature search, 23 studies were included in the meta-analyses after screening. A pooled analysis, irrespective of primary tumour location, showed an increased risk for rectal cancer following RT ($N = 403.243$) compared with non-irradiated patients ($N = 615.530$) with a relative risk (RR) of 1.43 (95% confidence interval [CI] 1.18-1.72). Organ specific meta-analysis showed an increased risk for rectal cancer after RT for prostate (RR 1.36, 95%CI 1.10-1.67) and cervical cancer (RR 1.61, 95% CI 1.10-2.35). No relation was seen in ovarian cancer patients. The modality of RT did not influence the incidence of rectal cancer.

Conclusions: This review demonstrates an increased risk for second primary rectal cancer in patients who received RT to the pelvic region. This increased risk was modest and could not be confirmed for all primary pelvic cancer sites. The present

study does not provide data to change guidelines for surveillance for rectal cancer in previously irradiated patients.

Περίληψη

Σκοπός: μία από τις καθυστερημένες επιπλοκές που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία (RT) είναι ένας πιθανός αυξημένος κίνδυνος δεύτερου καρκίνου. Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, αναλύσαμε τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του ορθού μετά από πρωτογενή ακτινοβολία καρκίνου της πυέλου.

Μέθοδοι: πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τις βιβλιοθήκες PubMed και EMBASE. Αρχικά άρθρα που ανέφεραν δευτερογενή καρκίνο του ορθού μετά από προηγούμενη RT για πρωτογενή καρκίνο της πυέλου συμπεριλήφθηκαν. Οι αναλύσεις ευαισθησίας πραγματοποιήθηκαν με Διόρθωση για χαμηλό αριθμό συμβάντων, υψηλό κίνδυνο μεροληψίας και απομακρυσμένα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: συνολικά 5171 αναφορές εντοπίστηκαν κατά τη διάρκεια της βιβλιογραφικής αναζήτησης, 23 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στις μετα-αναλύσεις μετά την εξέταση. Μια συγκεντρωτική ανάλυση, ανεξάρτητα από τη θέση του πρωτοπαθούς όγκου, έδειξε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ορθού μετά από RT (N = 403,243) σε σύγκριση με μη ακτινοβολημένους ασθενείς (N = 615,530) με σχετικό κίνδυνο (RR) 1,43 (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI] 1,18-1,72). Η ειδική για όργανα μετα-ανάλυση έδειξε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ορθού μετά από RT για προστάτη (RR 1,36, 95% CI 1,10-1,67) και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (RR 1,61, 95% CI 1,10-2,35). Δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών. Η τροπικότητα της RT δεν επηρέασε τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του ορθού.

Συμπεράσματα: αυτή η ανασκόπηση καταδεικνύει αυξημένο κίνδυνο για δεύτερο πρωτοπαθή καρκίνο του ορθού σε ασθενείς που έλαβαν RT στην περιοχή της πυέλου. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος ήταν μέτριος και δεν μπορούσε να επιβεβαιωθεί για όλες τις πρωτογενείς θέσεις καρκίνου της πυέλου. Η παρούσα μελέτη δεν παρέχει δεδομένα για την αλλαγή των κατευθυντήριων γραμμών για την παρακολούθηση του καρκίνου του ορθού σε ασθενείς που είχαν προηγουμένως ακτινοβοληθεί.

Abstract 6: Prostate Cancer Prehabilitation and the Importance of Multimodal Interventions for Person-centred Care and Recovery.

Aim: Prostate cancer is the second most commonly diagnosed cancer globally. Cancer prehabilitation is defined as a process on the continuum of care that occurs between the time of a cancer diagnosis and the beginning of acute treatment. This article will discuss the importance of prostate cancer prehabilitation interventions in optimising physical and psychological recovery to enhance person-centred care.

Data sources: Electronic databases including CINAHL, MEDLINE, PsychINFO, Scopus, professional websites, and grey literature were searched using Google Scholar.

Conclusion: Prehabilitation in cancer care aims to enhance perioperative care and recovery. An emerging field of research suggests that the preoperative period may be physically and psychologically salient to introduce modifiable self-management behaviours to optimise overall recovery.

Περίληψη

Στόχος: ο καρκίνος του προστάτη είναι ο δεύτερος πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος παγκοσμίως. Η προεπεξεργασία του καρκίνου ορίζεται ως μια διαδικασία στη συνέχεια της φροντίδας που συμβαίνει μεταξύ του χρόνου διάγνωσης του καρκίνου και της έναρξης της οξείας θεραπείας. Σε αυτό το άρθρο θα συζητηθεί η σημασία των παρεμβάσεων προ-αποκατάστασης του καρκίνου του προστάτη στη βελτιστοποίηση της σωματικής και ψυχολογικής ανάκαμψης για την ενίσχυση της προσωποκεντρικής φροντίδας.

Πηγές δεδομένων: Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των CINAHL, MEDLINE, PsychINFO, Scopus, επαγγελματικών ιστοσελίδων και grey literature, αναζητήθηκαν χρησιμοποιώντας το Google Scholar.

Συμπέρασμα: η αποκατάσταση στη φροντίδα του καρκίνου στοχεύει στην ενίσχυση της περιεγχειρητικής φροντίδας και της ανάρρωσης. Ένα αναδυόμενο πεδίο έρευνας υποδηλώνει ότι η προεγχειρητική περίοδος μπορεί να είναι σωματικά και ψυχολογικά εμφανής για την εισαγωγή τροποποιήσιμων συμπεριφορών αυτοδιαχείρισης για τη βελτιστοποίηση συνολικά.

Abstract 7: Total Pain and Illness Acceptance in Pelvic Cancer Patients: Exploring Self Efficiency and Stress in a Moderated Mediation Model.

Cancer patients experience pain not only in its physical dimension, but also in a broader context that includes psychological, social, and spiritual aspects due to a higher level of anxiety and stress. The present prospective, longitudinal study examined the relationship between total pain and illness acceptance among pelvic cancer patients, taking into consideration the moderated mediation effects of self-efficacy and stress. The study involved a sample of pelvic cancer patients receiving radiotherapy treatment. Assessments were completed at T1 (before radiotherapy), T2 (after 3-4 weeks), and T3 (after radiotherapy) to assess the psychosocial dynamics of illness acceptance (N = 267). The more physical, psychological, social, and spiritual pain symptoms the patients experienced, the less they accepted negative health conditions and the effects of their illness. Stress moderated the indirect effect between total pain dimensions and illness acceptance through self-efficacy, but it did not moderate the relationship between total pain and illness acceptance. The relationships between total pain dimensions and illness acceptance thus depend on both the mediating effect of self-efficacy and the moderating effect of stress. This highlights the need to control one's motivation and behavior and manage emotional strain or tension.

Περίληψη

Οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν πόνο όχι μόνο στη φυσική του διάσταση, αλλά και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο που περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πτυχές λόγω υψηλότερου επιπέδου ανησυχίας και άγχους. Η παρούσα προοπτική, διαχρονική μελέτη εξέτασε τη σχέση μεταξύ συνολικού πόνου και αποδοχής ασθένειας μεταξύ ασθενών με καρκίνο της πυέλου, λαμβάνοντας υπόψη τις μετριοπαθείς επιδράσεις διαμεσολάβησης της αυτο-αποτελεσματικότητας και του στρες. Η μελέτη περιελάμβανε δείγμα ασθενών με καρκίνο της πυέλου που έλαβαν ακτινοθεραπεία. Οι αξιολογήσεις ολοκληρώθηκαν στις χρονικές περιόδους: T1 (πριν από την ακτινοθεραπεία), T2 (μετά από 3-4 εβδομάδες) και T3 (μετά από την ακτινοθεραπεία) για να εκτιμηθεί η ψυχοκοινωνική δυναμική της αποδοχής της ασθένειας (N = 267). Όσο πιο σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά συμπτώματα πόνου βίωσαν οι ασθενείς, τόσο λιγότερο δέχτηκαν αρνητικές

καταστάσεις υγείας και τις επιπτώσεις της ασθένειάς τους. Το άγχος μετριάξει την έμμεση επίδραση μεταξύ των συνολικών διαστάσεων του πόνου και της αποδοχής της ασθένειας μέσω της αυτο-αποτελεσματικότητας, αλλά δεν μετριάξει τη σχέση μεταξύ του συνολικού πόνου και της αποδοχής της ασθένειας. Οι σχέσεις μεταξύ των συνολικών διαστάσεων του πόνου και της αποδοχής της ασθένειας εξαρτώνται έτσι τόσο από τη μεσολαβητική επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας όσο και από τη μετριαστική επίδραση του στρες. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη ελέγχου των κινήτρων και της συμπεριφοράς κάποιου και της διαχείρισης της συναισθηματικής πίεσης ή έντασης.

Abstract 8: Implicit bias towards cervical cancer: Provider and training differences.

Objective: Implicit prejudice and stereotyping may exist in health care providers automatically without their awareness. These biases can correlate with outcomes that are consequential for the patient. This study examined gynecologic oncology care providers' implicit prejudice and stereotyping toward cervical cancer.

Methods: Members of professional gynecologic oncology organizations were asked to complete two Implicit Association Tests to determine if they implicitly associate cervical cancer with feelings of anger (prejudice) and beliefs about culpability for the disease (stereotypes), compared to ovarian cancer. Linear models and Student t-tests examined average levels of implicit bias and moderators of the implicit bias effects.

Results: One-hundred seventy-six (132 female, 43 male, 1 nonresponse; $\bar{X}$ age = 39.18 years, SDage = 10.58 years) providers were recruited and the final sample included 151 participants (93 physicians and 58 nurses, $\bar{X}$ age = 38.93, SDage = 10.59). Gynecologic oncology providers showed significant levels of implicit prejudice, $\bar{X} = 0.17$, SD = 0.47, 95% CI: (0.10, 0.25), toward cervical cancer patients. They also showed significant levels of implicit stereotyping of cervical cancer patients, $\bar{X} = 0.15$, SD = 0.42, 95% CI: (0.08, 0.21). Whereas physicians did not demonstrate significant levels of implicit bias, nurses demonstrated greater levels of implicit prejudice and implicit stereotyping. Providers without cultural competency/implicit bias training demonstrated greater bias than those who had completed such training ($p < .05$).

Conclusions: This study provides the first evidence that gynecologic oncology providers hold implicit biases related to cervical cancer. Interventions may be designed to target specific groups in gynecologic oncology to improve interactions with patients.

Περίληψη

Στόχος: έμμεση προκατάληψη και στερεότυπα μπορεί να υπάρχουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης αυτόματα χωρίς την επίγνωσή τους. Αυτές οι προκαταλήψεις μπορούν να συσχετιστούν με αποτελέσματα που έχουν επακόλουθα για τον ασθενή. Αυτή η μελέτη εξέτασε τη σιωπηρή προκατάληψη και τα στερεότυπα των παρόχων γυναικολογικής ογκολογικής περίθαλψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Μέθοδοι: τα μέλη των επαγγελματικών γυναικολογικών ογκολογικών οργανώσεων κλήθηκαν να ολοκληρώσουν δύο σιωπηρές δοκιμές σύνδεσης για να προσδιορίσουν εάν συνδέουν σιωπηρά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με συναισθήματα θυμού (προκατάληψη) και πεποιθήσεις σχετικά με την ενοχή για τη νόσο (στερεότυπα), σε σύγκριση με τον καρκίνο των ωοθηκών. Τα γραμμικά μοντέλα και οι δοκιμές εξέτασαν τα μέσα επίπεδα σιωπηρής μεροληψίας και τους συντονιστές των έμμεσων επιδράσεων μεροληψίας.

Αποτελέσματα: προσελήφθησαν εκατόν εβδομήντα έξι (132 γυναίκες, 43 άνδρες, 1 μη ανταποκρινόμενος, Xage = 39, 18 έτη, SDage = 10, 58 έτη) πάροχοι υγείας και το τελικό δείγμα περιλάμβανε 151 συμμετέχοντες (93 γιατροί και 58 νοσηλευτές, Xage = 38, 93, SDage = 10, 59). Οι πάροχοι Γυναικολογικής Ογκολογίας έδειξαν σημαντικά επίπεδα σιωπηρής μεροληψίας, $X = 0,17$, $SD = 0,47$, 95% CI: (0, 10, 0, 25), σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Έδειξαν επίσης σημαντικά επίπεδα σιωπηρών στερεοτύπων ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, $x = 0,15$, $SD = 0,42$, 95% CI: (0, 08, 0, 21). Ενώ οι γιατροί δεν έδειξαν σημαντικά επίπεδα σιωπηρής μεροληψίας, οι νοσηλευτές επέδειξαν μεγαλύτερα επίπεδα σιωπηρής μεροληψίας και σιωπηρών στερεοτύπων. Οι πάροχοι χωρίς πολιτισμική ικανότητα / σιωπηρή κατάρτιση μεροληψίας έδειξαν μεγαλύτερη μεροληψία από εκείνους που είχαν ολοκληρώσει τέτοια εκπαίδευση ($p < .05$).

Συμπεράσματα: αυτή η μελέτη παρέχει την πρώτη απόδειξη ότι οι πάροχοι Γυναικολογικής Ογκολογίας κατέχουν σιωπηρές προκαταλήψεις που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι παρεμβάσεις μπορούν να σχεδιαστούν για να στοχεύσουν συγκεκριμένες ομάδες στη γυναικολογική ογκολογία για τη βελτίωση των αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς.

Abstract 9: HPV Vaccination and the risk of Invasive Cervical Cancer.

Background: The efficacy and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in preventing high-grade cervical lesions have been shown. However, data to inform the relationship between quadrivalent HPV vaccination and the subsequent risk of invasive cervical cancer are lacking.

Methods: We used nationwide Swedish demographic and health registers to follow an open population of 1,672,983 girls and women who were 10 to 30 years of age from 2006 through 2017. We assessed the association between HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer, controlling for age at follow-up, calendar year, county of residence, and parental characteristics, including education, household income, mother's country of birth, and maternal disease history.

Results: During the study period, we evaluated girls and women for cervical cancer until their 31st birthday. Cervical cancer was diagnosed in 19 women who had received the quadrivalent HPV vaccine and in 538 women who had not received the vaccine. The cumulative incidence of cervical cancer was 47 cases per 100,000 persons among women who had been vaccinated and 94 cases per 100,000 persons among those who had not been vaccinated. After adjustment for age at follow-up, the incidence rate ratio for the comparison of the vaccinated population with the unvaccinated population was 0.51 (95% confidence interval [CI], 0.32 to 0.82). After additional adjustment for other covariates, the incidence rate ratio was 0.37 (95% CI, 0.21 to 0.57). After adjustment for all covariates, the incidence rate ratio was 0.12 (95% CI, 0.00 to 0.34) among women who had been vaccinated before the age of 17 years and 0.47 (95% CI, 0.27 to 0.75) among women who had been vaccinated at the age of 17 to 30 years.

Conclusions: Among Swedish girls and women 10 to 30 years old, quadrivalent HPV vaccination was associated with a substantially reduced risk of invasive cervical cancer at the population level.

Περίληψη

Ιστορικό: έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του τετραδύναμου εμβολίου ιού ανθρώπινου θηλώματος (HPV) στην πρόληψη υψηλού βαθμού τραχηλικών βλαβών. Ωστόσο, λείπουν δεδομένα για την ενημέρωση της σχέσης μεταξύ του τετραδύναμου εμβολιασμού με τον HPV και του επακόλουθου κινδύνου διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Μέθοδοι: χρησιμοποιήσαμε εθνικά δημογραφικά και υγειονομικά μητρώα από τη Σουηδία για να ακολουθήσουμε έναν ανοιχτό πληθυσμό 1.672.983 κοριτσιών και γυναικών ηλικίας 10 έως 30 ετών από το 2006 έως το 2017. Αξιολογήσαμε τη σχέση μεταξύ του εμβολιασμού κατά του HPV και του κινδύνου διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ελέγχοντας για την ηλικία κατά την παρακολούθηση, το ημερολογιακό έτος, τον Νομός διαμονής, και τα γονικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του εισοδήματος του νοικοκυριού, της χώρας γέννησης της μητέρας, και του Ιστορικού της μητρικής νόσου.

Αποτελέσματα: κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης, αξιολογήσαμε κορίτσια και γυναίκες για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέχρι και τα 31α γενέθλιά τους. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνώστηκε σε 19 γυναίκες που είχαν λάβει το τετραδύναμο εμβόλιο HPV και σε 538 γυναίκες που δεν είχαν λάβει το εμβόλιο. Η σωρευτική συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν 47 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα μεταξύ των γυναικών που είχαν εμβολιαστεί και 94 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα μεταξύ εκείνων που δεν είχαν εμβολιαστεί. Μετά την προσαρμογή για την ηλικία κατά την παρακολούθηση, ο λόγος συχνότητας εμφάνισης για τη σύγκριση του εμβολιασμένου πληθυσμού με τον μη εμβολιασμένο πληθυσμό ήταν 0,51 (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI], 0,32 έως 0,82). Μετά από πρόσθετη προσαρμογή για άλλες συμμεταβλητές, ο λόγος συχνότητας εμφάνισης ήταν 0,37 (95% CI, 0,21 έως 0,57). Μετά την προσαρμογή για όλες τις συμμεταβλητές, ο λόγος συχνότητας εμφάνισης ήταν 0,12 (95% δε, 0,00 έως 0,34) μεταξύ των γυναικών που είχαν εμβολιαστεί πριν από την ηλικία των 17 ετών και

0,47 (95% δε, 0,27 έως 0,75) μεταξύ των γυναικών που είχαν εμβολιαστεί στην ηλικία των 17 έως 30 ετών.

Συμπεράσματα: μεταξύ κοριτσιών και γυναικών ηλικίας 10 έως 30 ετών από τη Σουηδία, ο τετραδύναμος εμβολιασμός HPV συσχετίστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε επίπεδο πληθυσμού.

Abstract 10: Diagnosis and Treatment of Early Stage Testicular Cancer: AUA Guideline.

Purpose: Testis cancer is the most common solid malignancy in young males. The purpose of this guideline is to provide a useful reference on the effective evidence-based treatment of early stage testicular cancer.

Methods: The systematic review utilized to inform this guideline was conducted by a methodology team at the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center. The methodology team searched using PubMed, Embase, and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) from January 1980 through August 2018. The evidence review team also reviewed relevant systematic reviews and references provided by the panel to identify articles that may have been missed by the database searches.

Results: When sufficient evidence existed, the body of evidence was assigned a strength rating of A (high), B (moderate), or C (low). Such evidence-based statements are provided as Strong, Moderate, or Conditional Recommendations. In instances of insufficient evidence, additional guidance is provided as Clinical Principles and Expert Opinions.

Conclusions: This guideline attempts to improve a clinician's ability to evaluate and treat patients with testicular cancer, but higher quality evidence in future trials will be essential to improve level of care for these patients.

Περίληψη

Σκοπός: ο καρκίνος των όρχεων είναι η πιο κοινή συμπαγής κακοήθεια σε νεαρά αρσενικά. Ο σκοπός αυτής της κατευθυντήριας γραμμής είναι να παράσχει μια χρήσιμη αναφορά στην αποτελεσματική τεκμηριωμένη θεραπεία του καρκίνου των όρχεων πρώιμου σταδίου.

Μέθοδοι: η συστηματική ανασκόπηση που χρησιμοποιήθηκε για την ενημέρωση αυτής της κατευθυντήριας γραμμής διεξήχθη από μια ομάδα μεθοδολογίας στο Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center. Η ομάδα μεθοδολογίας έψαξε χρησιμοποιώντας το PubMed, το Embase και το Κεντρικό Μητρώο ελεγχόμενων δοκιμών Cochrane (CENTRAL) από τον Ιανουάριο του 1980 έως τον Αύγουστο του 2018. Η ομάδα ανασκόπησης αποδεικτικών στοιχείων εξέτασε επίσης σχετικές συστηματικές ανασκοπήσεις και αναφορές που παρέχονται από την ομάδα για τον εντοπισμό άρθρων που ενδέχεται να έχουν χαθεί από τις αναζητήσεις της βάσης δεδομένων.

Αποτελέσματα: όταν υπήρχαν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία, το σύνολο των αποδεικτικών στοιχείων έλαβε βαθμολογία αντοχής A (υψηλή), B (μέτρια) ή Γ (χαμηλή). Τέτοιες τεκμηριωμένες δηλώσεις παρέχονται ως ισχυρές, μέτριες ή υπό όρους συστάσεις. Σε περιπτώσεις ανεπαρκών αποδεικτικών στοιχείων, παρέχονται πρόσθετες οδηγίες ως κλινικές αρχές και γνώμες εμπειρογνομόνων.

Συμπεράσματα: αυτή η κατευθυντήρια γραμμή επιχειρεί να βελτιώσει την ικανότητα ενός κλινικού ιατρού να αξιολογεί και να θεραπεύει ασθενείς με καρκίνο των όρχεων, αλλά τα στοιχεία υψηλότερης ποιότητας σε μελλοντικές δοκιμές θα είναι απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου φροντίδας για αυτούς τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο ο καρκίνος της πυέλου αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας και παραμένει ένα από τα κυριότερα μείζονα προβλήματα δημόσιας υγείας.

Σε γενικές γραμμές ο καρκίνος της πυέλου οφείλεται σε έναν αριθμό παραγόντων όπως είναι οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες και κάποιες καθημερινές συνήθειες του ασθενή, οι οποίες επηρεάζονται από το κοινωνικό αλλά και οικονομικό του επίπεδο. Ωστόσο κάποιοι τύποι του καρκίνου της πυέλου οφείλονται στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας, αναλαμβάνουν ευθύνες και διαχειρίζονται τις ανάγκες και τους προβληματισμούς των ασθενών. Έτσι έχουν τον ρόλο στην αγωγή και στην προαγωγή της υγείας, στα πλαίσια της πρόληψης αλλά και στην έγκαιρη διάγνωση. Σε περίπτωση που η νόσος έχει εγκατασταθεί οι νοσηλευτές έχουν τον ρόλο του εκπαιδευτή, προσεγγίζουν ολιστικά τον ασθενή και επικεντρώνονται στην ψυχολογική και σεξουαλική του υγεία.

Η διάγνωση του καρκίνου της πυέλου είναι το πρώτο σκέλος για την σταδιοποίηση της νόσου. Η διάγνωση περιλαμβάνει τη φυσική, δακτυλική, κλινική και βιοχημική εξέταση καθώς και το υπερηχογράφημα. Όμως, το κλειδί για τη διάγνωση αποτελεί η βιοψία σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου. Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή και γρήγορη εξέταση που γίνεται ετησίως. Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τη διαδικασία της εξέτασης αλλά και να δημιουργήσει ένα άνετο περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς μπορούν να εκφράζουν προβληματισμούς και ανησυχίες που αφορούν τη σεξουαλική τους ζωή.

Η θεραπεία του καρκίνου της πυέλου εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος. Τα βασικά βήματα για τη θεραπεία του είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η χειρουργική εκτομή και η ορμονοθεραπεία.

Συμπερασματικά, ο καρκίνος της πυέλου αν είναι σε πρώιμο στάδιο θεωρείται θεραπεύσιμος. Εάν τηρηθούν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης τότε μειώνονται οι πιθανότητες νόσησης σωματικής αλλά και μετέπειτα ψυχολογικής. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες με καρκίνο της πυέλου εμφανίζουν μελλοντικά κάποιο είδος σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Ως εκ τούτου, ο ρόλος του νοσηλευτή διαδραματίζει

πρωταγωνιστική θέση ως επαγγελματίας υγείας στον καρκίνο της πύελου, ο οποίος μπορεί να καταπολεμηθεί μέσω της ορθής ενημέρωσης και πρόληψης.

Βιβλιογραφία

Ξένη βιβλιογραφία

- Ahdoot, M. et al., 2019. Contemporary treatments in prostate cancer focal therapy. *Current opinion in oncology*, 31(3), p. 200-206.
- Ambrosch, P., 2001. Transoral laser microsurgery for cancer of the larynx. A retrospective analysis of 657 patients. *Onkologe*, 7, p. 505-512.
- Barnaś, E., Skręt-Magierło, J., Skręt, A., & Bidziński, M., 2012. The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Urology Nursing*, 16(1), p. 59-63.
- Bécouarn, Y. et al., 2001. Cancer of the rectum. *British Journal of Cancer*, 2(2), 69-73.
- Bharucha, A.E., 2006. Pelvic floor: anatomy and function. *Neurogastroenterol Motil* 18 (7) , p. 507–519.
- Bosch, FX. et al., 2002. The casual between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*, 55(4), p. 244-265.
- Browning, DRL. & Martin, R.M., 2007. Statins and risk of cancer: A systematic review and metaanalysis. *International Journal of Cancer* 120(4), p. 833-43.
- Burger, M. et al., 2013. Photodynamic diagnosis of non-muscle-invasive bladder cancer with hexaminolevulinate cystoscopy: a met-analysis of detection and recurrence based on raw data. *European Urology*, 64(5), p. 846-54.
- Buyukunal, C, & Altintas, A., 2010. The oriental testis: A short history. *De historia Urologiae Europaea*.
- Cerna, K. et al., 2019. Supporting self-management of radiation- included bowel and bladder dysfunction in pelvic cancer rehabilitation: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Cheng, et al., 2018. *Testicular cancer*. London: Nature Publishing Group.

- Crum, C., Abbott, D. & Quade, B., 2003. Cervical cancer screening: from the Papanikolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology*, 21(10), p.224-30.
- Cunningham, D.J., & Romanes G.J., 1981. *Cunningham's Textbook of anatomy*. New York: Oxford University Press.
- Dalbagni, G. et al., 2001. Cystectomy for bladder cancer: A contemporary series. *Journal Urology*, 165, p. 1111-6.
- De Vita, VT., Hellman, S. & Rosenberg, SA., 2005. *Principles & Practice of Oncology*. 7th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Denny, L. & Wright, T., 2005. Best Practice and Research in Clinical Obstetrics. *Gynecology*, 19(4), p. 501-505.
- Denny-Brown, D., & Robertson, E.G., 2004. An Investigation of the Nervous Control of Defecation” by Denny-Brown and Robertson: A Classic Paper Revisited. *Colorectal Diseases*, 6(5), p. 376-383.
- DeVita, V., Lawrence. T.S. & Rosenberg, S.A., et al., 2008. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Domingo, J.L. & Nadal M., 2017. Carcinogenicity of consumption of red meat and processed meat: A review of scientific new since the IARC decision. *Food Chem Toxicol* 105, p. 256-61.
- Doubeni, C.A. et al., 2012. Socioeconomic status and the risk of colorectal cancer: an analysis of more than a half million adults in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *Cancer* 118(14), p. 3636-44.
- Drake, R.L., Vogl, W. & Mitcel, A.W.M., 2007. *Gray's Anatomy*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Π.Ν Σκανδαλάκης. 2η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.
- Duggan, MA., 1996. Human Papillomaviruses in gynecological cancer. *Europe PMC*, 8(1), p.56-62.

- Dunn, M., 2015. Bladder Cancer: a Focus on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), p.68-73.
- Dunne, EF. & Markowitz, LE, 2006. Genital Human Papillomavirus Infection. *Clinical Infections Diseases*, 43(5), p. 624-629.
- Fedirko, V. et al., 2011. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals of oncology* 22(9), p. 1958-72.
- Ficarra, V. Et al., 2009. Retropubic, Laparoscopic, and robot-assisted medical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *European Urology*, 55(5), p. 1037-1063.
- Freedman, ND. Et al., 2011. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *Journal of the American Medical Association*, 306(7), p. 737-745.
- Frey, A. et al., 2014. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: *Journal Sex Medical* 11, p. 2318-2326.
- Gervaz, P. et al., 2003. Squamous cell carcinoma of the anus: another sexually transmitted disease. *Swiss Medical Weekly*, 133, p. 353-9.
- Giaginis, C., 2012. Expression of peroxisome proliferator activated receptor-gamma (PPAR- γ) in human non-small cell lung carcinoma: correlation with clinicopathological parameters, proliferation and apoptosis related molecules and patients' survival. *Pathology & Oncology research*, 18 (4), p. 875-83.
- Glas, AS. ET AL., 2003. Tumor markers in the diagnosis of primary bladder cancer. A systematic review. *The Journal of Urology*, 169(6), p. 1975-82.
- Gosselin, ATK., 2006. Role of the radiation Oncology Nurse. *Seminary Oncology Nursing*, 4, p. 198-202.
- Gray, H. et al., 2005. *Gray's Anatomy*. New York: The anatomical basis of clinical practice.

- Gretzer, MB. & Partin, AW., 2002. PSA levels and the probability of prostate cancer on biopsy. *European Urology Supplements*, 1, p. 21-27.
- Halperin, EC., Perez, CA. & Brady, LA., 2007. *Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology*. 7th edition. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harling, M. et al., 2010. Bladder cancer among hairdressers: a meta- analysis. *Occupational and environmental Medicine*, 67(5), p. 351-8.
- Herrinton, LJ. et al., 2007. Complications at the end of life in ovarian cancer. *Journal Pain Symptom Manage*, 34, p. 237-43.
- Holschneider, A.M. & Freeman, N.V., 1988. *Anatomy and function of the normal rectum and anus*. Birth Defects Original Article Series, 24(4), p. 125-154.
- Hu, J. et al., 2008. Utilization and outcomes of minimally invasive radical prostatectomy. *Journal of Clinical Oncology*, 26(14), p. 2278-2284.
- Hutch, J.A. et al., 1967. A new theory of the anatomy of the internal urinary sphincter and the physiology of micturition. *Anatomy of the urethra*, 97(4), p. 696-704.
- Iatrakis, G. et al., 1998. Gynecologic cancer and surgical infectious morbidity. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 25(1), p.36-37.
- Jacobsen, R. et al., 2000. Risk of testicular cancer in men with abnormal semen characteristics: cohort study. *British Medical Journal*, 321(7264), p. 789-92.
- Jemal, A. et al., 2017. Annual report to the Nation to the Status of Cancer: Featuring survival. *Cancer* 109(9).
- Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., Ward, E., 2010. *Cancer statistics*. CA CANCER J CLIN 60, p. 277-300.

- Kitai et al., 1978. The changing trends of uterine cancer and cytology: a study of morbidity and mortality trends over a twenty year period. *American Cancer Society Journal*, 42(5), p. 2439-2449.
- Klotz, L., 2004. Active surveillance with selective delayed intervention: using natural history to guide treatment in good risk prostate cancer. *The Journal of Urology*, 172(5), p. 48-51.
- Kumi, E., 2004. Role of oncologic nurses in cancer chemotherapy. *Gan To Kagaku Ryoho*, 31(1), p.7-10.
- Liang, PS., Chen, T-Y. & Giovannucci, E., 2017. Cigarette smoking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals oncology* 124(10), p. 2406-15.
- Lynch, H. et al., 1985. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Cancer*, 56, p.934-938.
- McCourt, M., Armitage, J. & Monson, JRT., 2009. Rectal cancer. *The surgeon*, 7(3), p. 162-169.
- Meisels, A. & Fortin, R. et al., 1976. Condylomatous lesions of the cervix and vagina. *Cytologic patterns*, 20(6), p. 505-9.
- Meyer, L.A. Broaddus, RR. & Lu, K.H., 2009. Endometrial cancer and Lynch syndrome: clinical and pathologic considerations. *Cancer Control*, 16(1), p. 14-22.
- Miladi, M. et al., 2003. The value of a second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumors. *European Urology*, 43(3), p. 241-5.
- Mitra, A. et al., 2016. The vaginal microbiota, human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia: what do we know and where are we going next? *Microbiome*, 4(58).
- Munoz, N. et al., 2004. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *International Journal of Cancer*, 111, p. 278-28.

- Munro, NP. et al., 2009. *A 10-Year Retrospective Review of a Nonrandomized Cohort of 458 Patients Undergoing Radical Radiotherapy or Cystectomy in Yorkshire*. United Kingdom: International Journal Radiant Oncology Biology Physiology.
- Nivatvongs, S., Stern, HS. & Fryd, DS, 1981. The length of the anal canal. *Diseases of the column and rectum*, 24(8), p. 600-1.
- Oats, J. & Abraham, S., 2005. *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*. Edinburg: Elsevier Mosby.
- Ostör, A.G., 1993. Natural History of Cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *International Journal of gynecological pathology* 12(2), p.186-92.
- Palefsky, JM. et al., 1997. Anacytology as a screening tool for anal squamous intraepithelial lesions. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 14(5), p. 415-22.
- Paterson, C., 2020. Prostate Cancer Care- Implications for Nursing Practice. *Seminars in Oncology Nursing*.
- Platzer, W. et al., 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής -Κινητικό Σύστημα -Εσωτερικά Όργανα -Νευρικό Σύστημα & Αισθητήρια Όργανα*. 3η Έκδοση. Λευκωσία: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Raja, J., Ramachandran, N., Munneke, G. & Patel, U., 2006. Current status of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy in the diagnosis of prostate cancer. *Clinical Radiology*, 61(2), p. 142-153.
- Rao, S. et al., 2021. Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Anal Oncology*, 32(9), p. 1087-1100.
- Renaud, MC. et al., 2013. Policy and Practice Guidelines Committee. *Journal of Gynaecology Cancer*, 35, p. 380-1.
- Rickert, R. & Compton, CC., 2000. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinomas of the anus and anal canal: a basis for

checklists. *Cancer Committee of the College of American Pathologists*, 124, p. 21-25.

- Rose, P., 2001. Type II radical hysterectomy –Evaluating its role in cervical cancer. *Gynecology Oncology*, 80(1), p.1-2.
- Rothwell, PM. Et al., 2011. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomized trials. *Lancet Lond England* 377(9759), p.31-41.
- Scandalakis, J.E. et al., 2004. *Surgical Anatomy. The Embryologic and Anatomic basis of Modern Surgery*. Athens: Paschalidis Medical Publications.
- Scosyrev, E. et al., 2009. Sex and racial differences in bladder cancer presentation and mortality in the U.S. *Cancer*, 115(1), p. 68-74.
- Selman, SH., 2011. The MCNeal prostate: a review. *Urology*, 78(6), p. 1224-8.
- Shepard, N. & Kelvin, JF., 1999. The nursing role in radiation oncology. *Seminary Oncology Nursing*, 15(4), p. 237-249.
- Siegel, RL. et al., 2017. *Colorectal Cancer Incidence Patterns in the United States*. *Journal of the National Cancer Institute* 109(8).
- Simons, AM. et al., 1993. Damage to DNA in cervical epithelium related to smoking tobacco. *British Medical Journal*, 306(6890), p. 1444-1448.
- Smith, R.A. et al., 2001. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. *A Cancer Journal for Clinicians*, 51(1), p. 38-75.
- Stewart, C., Ralyea, C. & Lockwood. S., 2019. Ovarian Cancer: An Intergrated Review. *Seminars Oncology Nursing*, 35(2), p. 151-156.
- Twitchell, D.K., Wittmann, D.A., Hotaling, J.M. & Pastuszak, A.W., 2019. *Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunction in Pelvic Cancer Survivorship*. *Sexual Medicine Reviews* p. 614-626.

- Uronis, H.E. & Bendell J.C., 2007. Anal cancer: an overview. *Oncologist*, 12, p. 524-34.
- Vrooman, OP. et al., 2008. Urinary markers in bladder cancer. *European Urology*, 53(5), p. 909-16.
- Vukasin, A.P. et al., 1990. Increasing incidence of cecal and sigmoid carcinoma: Data from the Connecticut Tumor Registry. *Cancer* 66 (11), p. 2442-9.
- Yang, L.P.H. 2014. Hexaminolevulinate Blue Light Cystoscopy: A Review of Its Use in the Diagnosis of Bladder Cancer. *Mol Diagn Ther* 18 (1), p. 105–116.
- Young, AN. et al., 2020. Anal Cancer. *Surgery Clinical North America*, 100(3), p. 629- 634.
- Yu, C. Ting, D. Liu, Y. Liu R. 2020. Clinical value of TV-CDS combined with serum tumor markers in diagnosis of ovarian cancer. *Oncol Lett* 20(2), p. 2028-2034.

Ελληνική Βιβλιογραφία.

- Vander, A. et al., 2011. *Φυσιολογία του ανθρώπου: μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού*. Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Ανδρομανάκος, Ν., 2015. *Ορθοπρωκτικές παθήσεις και πυελικό έδαφος*. 2^η έκδοση. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Δεληβελιώτης, Χ., 2009. *Ουρολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 39, 652-654.
- Ηλιάδης, Χ. συν Κοτταράς, Ι., 2014. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στον καρκίνο του προστάτη. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* , 3(3), σελ. 150-156.
- Ιατράκης, Γ., 2009. *Φυσιολογία του Αναπαραγωγικού Συστήματος της Γυναίκας- Γεννητικός Κύκλος*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.
- Ιατράκης, Γ., 2015. *ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ, ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΤΩΝ ΣΑΛΠΗΓΓΩΝ , ΤΩΝ ΟΩΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ*. Κεφάλαιο 8. Αθήνα: Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. – Ορμονικές Επιδράσεις.

- Ιπποκράτης, 1992. *Περί Επιδημιών το δεύτερον*. Αθήνα : Εκδόσεις Κάκτος.
- Κερατσάς, Γ. 1998. *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Μαυρογιάννη, Π., Αλεξανδράκης. Γ. και Νικολαΐδου, Η., 2009. HPV λοίμωξη και ορθοπρωκτικά κονδυλώματα από την πλευρά των Γαστρεντερολόγων. *Ιατρική* 96(1), σελ. 52-57.
- Μιχαλάς, Σ., 2000. *Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- Παπανικολάου, Α., 2008. *Επιδημιολογία και φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης στον τράχηλο της μήτρας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.