



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Δράκου Ελένη

ΑΜ:16845

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Παπανικολάου Χριστίνα

Λέκτορας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με θέμα «Καρκίνος Ενδομητρίου και ο ρόλος του Νοσηλευτή», πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προπτυχιακού προγράμματος σπουδών μου, του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Με την ολοκλήρωσή της, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, στους ανθρώπους που με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Παπανικολάου Χριστίνα, για την ανάθεση της εργασίας, την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, για την αμέριστη και ουσιαστική επιστημονική βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε. Την ευχαριστώ θερμά, για τις εξαιρετικά ωφέλιμες γνώσεις, που μου μετέδωσε και τις κριτικές παρατηρήσεις της, κατά την επεξεργασία του θέματος αυτού. Η εύστοχη καθοδήγηση και η συνεχής ενθάρρυνση που μου έδινε, αποτέλεσαν σημαντική πηγή βοήθειας και κατανόησης σε όλα τα στάδια εκπόνησης αυτής της εργασίας

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω, όλους τους καθηγητές και καθηγήτριες του τμήματος, για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν και με τον τρόπο τους με βοήθησαν να εκπαιδευτώ, προκειμένου να παρέχω άριστες υπηρεσίες υγείας.

Ακόμα, να ευχαριστήσω τους διδάσκοντες του τμήματος, για την τιμή που μου έκαναν να συμμετάσχουν στην επιτροπή εξέτασης και να αξιολογήσουν την πτυχιακή μου εργασία.

Τέλος, θέλω να εκφράσω την αγάπη και ευγνωμοσύνη μου, στους ανθρώπους του στενού μου περιβάλλοντος, στην οικογένεια και στους φίλους μου για την ενθάρρυνση και την ηθική συμπαράσταση, που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΜΕΡΟΣ 1^ο	7
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	7
1. 1. Τα εξωτερικά όργανα.....	7
1. 2. Τα εσωτερικά όργανα.....	7
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	9
2. 1. Ο αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας.....	9
2. 2. Ο Ενδομήτριος Κύκλος.....	9
2. 3. Οι γυναικείες ορμόνες.....	10
2. 4. Εμμηνόπαυση.....	10
3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	11
3. 1. Παθοφυσιολογία καρκίνου του ενδομητρίου.....	11
3. 2. Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	12
3. 3. Κλινική εικόνα.....	15
3. 4. Πρόγνωση.....	16
3. 5. Διάγνωση.....	17
3. 6. Διαφορική Διάγνωση Καρκίνου του Ενδομητρίου.....	19
3. 7. Πρόληψη.....	20
4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	21
4. 1. Υστερεκτομή.....	21
4. 2. Επικουρική ακτινοθεραπεία.....	22
4. 3. Επικουρική Χημειοθεραπεία.....	22
4. 4. Επικουρική ορμονική θεραπεία.....	22
ΜΕΡΟΣ 2^ο	23
1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	23
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	25
2. 1. Νοσηλευτική Αξιολόγηση.....	25
2. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη λήψη ιστορικού.....	25
2. 3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φυσική εξέταση.....	29
2. 4. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τις διαγνωστικές δοκιμασίες του γυναικείου γεννητικού συστήματος.....	32
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	34
3. 1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία ασθενούς με Ca.....	35
3. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην εφαρμογή ακτινοθεραπείας ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου.....	42
3. 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην εφαρμογή χημειοθεραπείας ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου.....	45

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	49
4. 1. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου	49
4. 2. Συνεχιζόμενη φροντίδα, ασθενών με καρκίνο ενδομητρίου	51
4. 3. Εκπαίδευση της ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου και της οικογένειας.....	52
4. 4. Παρηγορητική φροντίδα και τέλος της ζωής για τις ασθενείς με καρκίνο ενδομητρίου.....	53
ΜΕΡΟΣ 3^ο	54
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	76
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	
Εικ 1.1. Έσω γεννητικά όργανα θήλεος	7
Εικ 1.2. Δομή ενδομητρίου	8
Εικ 1.3. Ενδομήτριος κύκλος	9
Εικ 1.4. Επίπεδα ορμονών κατά την εμμηνόπαυση	10
Εικ 1.5. Το παθολογικό ενδομήτριο.....	11
Εικ. 1.6. Διαστολή & απόξεση	18
Εικ. 1.7. Τύποι υστερεκτομής	22
Εικ. 2.1. Ιδιωτικότητα & άνεση.....	29
Εικ. 2.2. Θέση λιθοτομής	30
Εικ. 2.3. Κολποσκόπηση	31
Εικ. 2.4. Ψηλάφηση.....	31
Εικ. 2.5. Ορθοκολπική εξέταση	31
Εικ. 2.6. Τεστ ΠΑΠ.....	32
Εικ. 2.7. Κολπικό U/S	32
Εικ. 3.1. Χειρουργική ομάδα.....	37
Εικ. 3.2. Συσκευή IPC	40
Εικ. 4.1. Προσευχή, μέρος της παρηγορητικής φροντίδας	53
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	
Πίν. 1.1. Επίδραση παχυσαρκίας & Σ.Δ.....	12
Πίν. 1.2. Επίδραση PCOS στο Ca ενδομητρίου	13
Πίν. 1.3. Δράση ταμοξιφαίνης στο ενδομήτριο.....	14
Πίν. 1.4. Σημεία & συμπτώματα Ca ενδομητρίου.....	15
Πίν. 1.5. Σύστημα σταδιοποίησης Ca ενδομητρίου	16
Πίν. 1.6. Θεραπεία Ca ενδομητρίου.....	20
Πίν. 3.1. Νοσηλευτής & Θεραπεία.....	34
Πίν. 3.2. Βαθμονόμηση PARS	38
Πίν. 3.3. Μετεγγ/κή Νοσηλευτική αξιολόγηση	39
Πίν. 3.4. Κλίμακα πόνου	40
Πίν.4.1. Μοντέλο PLISSIT	50

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι, η διερεύνηση του καρκίνου του Ενδομητρίου, βασιζόμενη σε νεότερα επιστημονικά δεδομένα, καθώς και η ανάδειξη του νοσηλευτικού ρόλου ως προς την παροχή ολιστικής φροντίδας με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την ψυχοσωματική υποστήριξη και αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

Υλικό και μέθοδος: Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση, της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, GoogleScholar και HealLink και στα συγγράμματα της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου. Το υλικό της μελέτης, συλλέχθηκε από βιβλία, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες και γενικά άρθρα.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος ενδομητρίου, αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη μορφή γυναικολογικής κακοήθειας, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες. Παρόλο που οι περισσότερες ασθενείς διαγιγνώσκονται κατά το αρχικό στάδιο της νόσου και έχουν εξαιρετικές πιθανότητες θεραπείας, για εκείνες με υποτροπιάζουσα ή μεταστατική νόσο, οι επιλογές είναι λίγες και η διάμεση συνολική επιβίωση είναι μικρή.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με καρκίνο ενδομητρίου, επιβαρύνονται ψυχοσωματικά τόσο από τη νόσο, όσο και από την εφαρμοζόμενη θεραπεία. Ο νοσηλευτής, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο ενδομητρίου. Εφαρμόζοντας κατάλληλες παρεμβάσεις, μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί σε κάθε φάση της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, επιβίωση, υποτροπή, τελικό στάδιο, το στάδιο της απώλειας και του θρήνου της οικογένειας) και να ανακαλύψει νέες διαστάσεις στη ζωή της μέσα από αυτή την εμπειρία.

Λέξεις-Κλειδιά: Καρκίνος ενδομητρίου, υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to investigate endometrial cancer, based on recent scientific data, as well as the emergence of the nursing role to provide holistic care for the prevention, early diagnosis and psychosomatic support and rehabilitation of these patients.

Material and method: For this purpose, was carried out a review of the Greek and international bibliography of the last decade in the electronic databases PubMed, GoogleScholar and HealLink and of the books of the University Library. Data of the study was collected from books, reviews, systematic studies, and general articles.

Results: Endometrial cancer is the second most common form of gynecologic malignancy, particularly in developed countries. Although most patients are diagnosed at the initial stage of the disease and have an excellent chance of treatment for those with recurrent or metastatic disease, the options are few and the median overall survival is small.

Conclusions: Endometrial cancer patients are psychosomatically burdened by both the disease and the treatment applied. The nurse plays an important role in improving the quality of life of patients with endometrial cancer. Applying appropriate interventions can help the patient adapt to each stage of the illness (diagnosis, treatment, survival, relapse, final stage, the stage of loss and lamentation of the family) and to discover new dimensions in her life through this experience.

Key-words: **Endometrial cancer, hysterectomy, radiotherapy, nursing interventions, quality of life.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και ο καρκίνος ενδομητρίου, θεωρείται, ως η συχνότερη γυναικολογική κακοήθεια που αναπτύσσεται στο σώμα της μήτρας (McAlpine et al., 2016), η ύπαρξή του χρονολογείται εδώ και πολλούς αιώνες. Ο πρώτος που τον περιέγραψε, ως «τοπικό έλκος» και προώθησε την υστερεκτομή, ήταν ο Έλληνας από την Έφεσο Σοράνος (98-138 π.χ.) (Hajdu, 2010), σε αντίθεση με τον Γαληνό (130-210 π.χ.), ο οποίος υποστήριξε τη συντηρητική θεραπεία, θεωρώντας, ότι η κακοήθεια στο ενδομήτριο, προέρχεται από φλεγμονή του οργάνου (Tsoucalas et al., 2016).

Στατιστικές αποδεικνύουν την αυξανόμενη τάση επίπτωσης της νόσου παγκοσμίως, η οποία αποδίδεται, κυρίως στη γήρανση του πληθυσμού, στην αύξηση της παχυσαρκίας, του διαβήτη και της υπέρτασης, στη χρήση ορμονοθεραπείας και στις μεταβολές στην αναπαραγωγική συμπεριφορά (McAlpine et al., 2016).

Πρώιμο και συχνότερο σύμπτωμα, του καρκίνου του ενδομητρίου, είναι η μη φυσιολογική αιμορραγία από την μήτρα, ιδιαίτερα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 50-60 ετών (Ιατράκης και συν, 2010). Η «εμμονή» των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την ιστολογική εξέταση των ενδομητρίων κυττάρων και τα υπερηχογραφικά δεδομένα, θέτουν την διάγνωση κατά 80% (Yusof et al., 2017).

Η πρόγνωση της νόσου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως από τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό, το στάδιο της νόσου, τη μυομητρική διήθηση, τη λεμφαδενική ή την ενδοπεριτοναϊκή μετάσταση. Καθώς οι περισσότερες γυναίκες διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο (πριν ο καρκίνος εξαπλωθεί εκτός μήτρας) η νόσος μπορεί να θεραπευτεί με χειρουργική επέμβαση ή σε συνδυασμό με επικουρικές (adjuvant) θεραπείες (ακτινοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία) (Yarbro et al., 2011).

Οι ασθενείς, που διαγιγνώσκονται με καρκίνο ενδομητρίου, που υποβάλλονται ή που υποβλήθηκαν σε θεραπεία, εμφανίζουν ιδιαίτερες σωματικές, εκπαιδευτικές, συναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές, πνευματικές και πρακτικές ανάγκες. Προκειμένου να υποστηρίξουν, τις ασθενείς αυτές οι Νοσηλευτές θα πρέπει, να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους ολιστικά (Lavdaniti, 2017) και να εφαρμόσουν εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, εναρμονισμένες σε πραγματικά ή

δυσνητικά προβλήματα που έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησής τους (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1. Τα εξωτερικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (αιδοίο) της γυναίκας αποτελούνται από:

- **Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης:** Σαρκώδες, τριχωτό, έπαρμα λιπώδους ιστού μπροστά από την ηβική σύμφυση, που καλύπτει το ηβικό οστό.
- **Τα μεγάλα χείλη:** Πτυχές δέρματος και λιπώδους ιστού, εκατέρωθεν της αιδιοϊκής σχισμής που εκτείνονται από το εφήβαιο μέχρι το περίνεο.
- **Τα μικρά χείλη:** Ροδόχροες πτυχές που αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη και στυτικό ιστό και περιβάλλονται από τα μεγάλα χείλη.
- **Την κλειτορίδα:** Το στυτικό σωματίο της γυναίκας, πρόσθια της αιδιοϊκής σχισμής
- **Τον πρόδρομο:** Περιοχή ανάμεσα στα χείλη, που περιλαμβάνει το κολπικό στόμιο, την ουρήθρα και τους Bartholinείους αδένες (Peate et al, 2015).

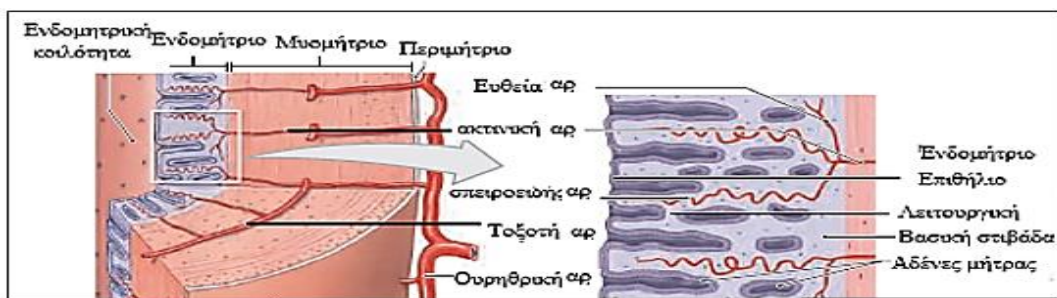
Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας αιματώνονται, από τις αιδιοϊκές και τις χειλικές αρτηρίες, ενώ η φλεβική τους αποστράγγιση πραγματοποιείται από τις χειλικές φλέβες. Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στους βουβωνικούς και στους έσω λαγόνιους λεμφαδένες. Το αιδοίο νευρώνεται από κλάδο του αιδιομητρικού νεύρου, το έξω μηροδερματικό, το περιγεννητικό και το βουβωλαγόνιο νεύρο (Peate et al., 2015).

1.2. Τα εσωτερικά όργανα

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από:

- **Τον κόλπο:** Ινομυώδης σωλήνας (8-10 cm), πίσω από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και μπροστά από το ορθό.
- **Τον τράχηλο:** Σκληρή δομή μεταξύ της μήτρας και του κόλπου.

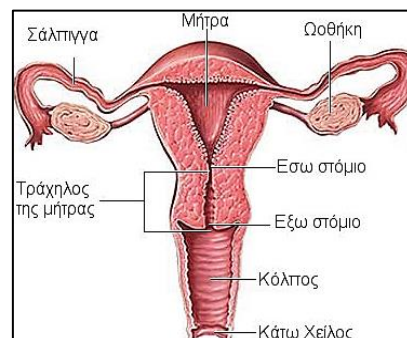
- **Τις ωοθήκες:** Επίπεδες δομές σχήματος αμυγδάλου, εκατέρωθεν της μήτρας, που περιέχουν τα γεννητικά κύτταρα και παράγουν τις θηλυκές ορμόνες.
- **Τις σάλπιγγες:** Κυλινδρικές δομές μήκους 8-14 cm. Στα πλευρικά άκρα τους εντοπίζονται οι κροσσοί (μυϊκές προσεκβολές), οι οποίοι περιστέλλονται και μετακινούν το ωάριο κατά μήκος των σαλπίγγων προς τη μήτρα. Εικ 1.1. Έσω γεννητικά όργανα θήλεος
- **Τη μήτρα:** Κοίλο μυώδες όργανο, σχήματος αχλαδιού, μεταξύ του ορθού και της ουροδόχου κύστης και αποτελείται από τον πυθμένα, τον τράχηλο και το σώμα. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρία στρώματα:



- ✓ Το περιμήτριο: Είναι ορογόνο χιτώνας, αποτελώντας συνέχεια του περιτοναίου
- ✓ Το μυομήτριο: Είναι μυϊκός χιτώνας, οι ίνες του οποίου στρέφονται, προκαλώντας συσπάσεις της μήτρας, κατά την εμμηνορρυσία
- ✓ Το ενδομήτριο: Είναι ο εσωτερικός χιτώνας της μήτρας, ο οποίος διαιρείται σε δύο στιβάδες: τη λειτουργική στιβάδα, που υφίσταται κυκλικές μεταβολές και αποβάλλεται κατά την εμμηνορρυσία, και τη βασική στιβάδα, η οποία προάγει την κυκλική αναγέννηση του ενδομητρίου (Peate et al., 2015).

Εικ. 1.2. Δομή ενδομητρίου

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αιματώνονται από την μητριαία αρτηρία, ενώ η φλεβική τους αποστράγγιση πραγματοποιείται στις έσω λαγόνιες φλέβες. Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα προαορτικά και στα βουβωνικά λεμφογάγγλια. Η νεύρωση, γίνεται εν μέρει από κλάδο του έσω αιδιοικού νεύρου και από αυτόνομες και σπλαχνικές προσαγωγές ίνες, που σχηματίζουν το μητροκολπικό πλέγμα (Moore et al, 2010).



2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2. 1. Ο αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας

Ο αναπαραγωγικός κύκλος της γυναίκας, έχει ως στόχο την απελευθέρωση των γαμετών (ωοκυττάρων) από την ωοθήκη και την προετοιμασία του αναπαραγωγικού συστήματος για εγκυμοσύνη. Για να εξασφαλιστεί ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος, θα πρέπει ο υποθάλαμος, η υπόφυση και οι ωοθήκες, να συνεργαστούν αρμονικά, ώστε:

- Ο υποθάλαμος να εκκρίνει ρυθμικά, την εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών (GnRH)
- Η έκκριση των γοναδοτροπινών (FSH, LH) από την υπόφυση, να προκαλέσει την ωρίμανση και τη διέγερση των ωαρίων στις ωοθήκες
- Τα διεγερμένα ωάρια, να παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν κυκλικές μεταβολές του ενδομητρίου και περιοδική εμφάνιση της εμμηνορρυσίας (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

2. 2. Ο Ενδομήτριος Κύκλος

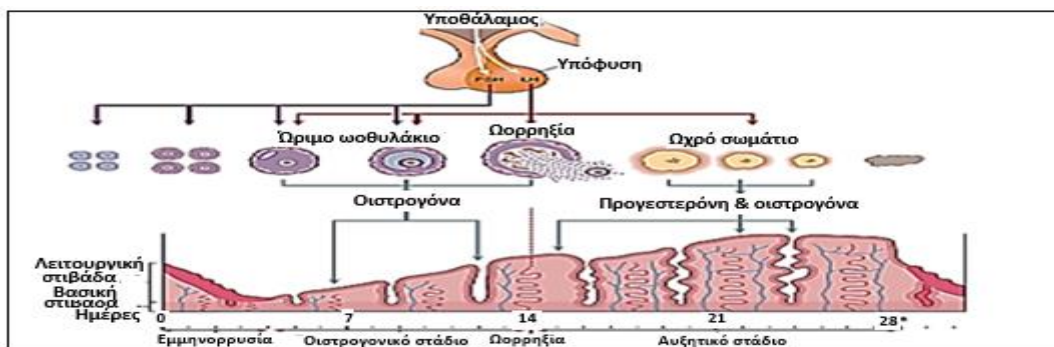
Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος έχει τέσσερα στάδια. Το στάδιο:

- Της εμμηνορρυσίας: Διαρκεί από την 1^η έως την 5^η μέρα του κύκλου, όπου η ενδομητρική λειτουργική στιβάδα αποκολλάται και αποβάλλεται ως έμμηνο ρύση
- Το οιστρογονικό: Διαρκεί από την 6^η έως την 14^η ημέρα του κύκλου, όπου το ωριμάζον ωοθυλάκιο παράγει οιστρογόνα για την αποκατάσταση του

Εικ. 13 . Ενδομήτριος κύκλος

ενδομητρίου

- Της ωορρηξίας: Την 14^η ημέρα, πριν από την επόμενη εμμηνορρυσία, φυσιολογικά το ωοθυλάκιο θα ραγεί και θα απελευθερώσει το ωάριο (ωχρό σωματίο)
- Το εκκριτικό: Διαρκεί από την 14^η έως την 28^η ημέρα του κύκλου, όπου η εκκρινόμενη προγεστερόνη, επιδρά στο ενδομήτριο, προκαλώντας αυξημένη υπεραιμία. Αν δε συμβεί γονιμοποίηση, τα επίπεδα των ορμονών «πέφτουν» και τα ενδομήτρια κύτταρα εκφυλίζονται και αποπίπτουν (LeMone et al, 2009).

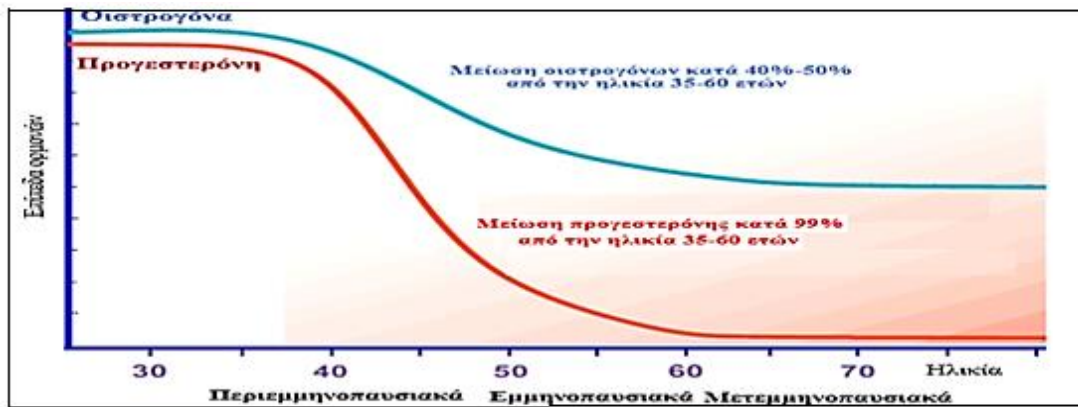


2. 3. Οι γυναικείες ορμόνες

Τα **οιστρογόνα**, οιστρόνη, οιστραδιόλη και οιστρόλη, συμβάλουν στην προετοιμασία των αναπαραγωγικών οργάνων για την ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά και στην ανάπτυξη χαρακτηριστικών του φύλου. Η **προγεστερόνη**, συμβάλει στην ανάπτυξη του ενδομητρίου και στην ελάττωση των συσπάσεων της μήτρας κατά τον τοκετό (Peate et al., 2015).

2. 4. Εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση αποτελεί μια αναμενόμενη φυσιολογική διεργασία κατά τη γήρανση της γυναίκας, η οποία οριοθετεί το φυσικό τέλος της αναπαραγωγικής της ικανότητας. Καθώς η λειτουργία των ωοθηκών φθίνει, η παραγωγή της προγεστερόνης και της οιστραδιόλης, ελαττώνεται και αντικαθίσταται από την οιστρόνη, η οποία έχει μόνο το 1/10 της βιολογικής δραστηριότητας της οιστραδιόλης (LeMone et al, 2011).



3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Εικ. 1.4. Επίπεδα ορμονών κατά την εμμηνόπαυση

3.1. Παθοφυσιολογία καρκίνου του ενδομητρίου

Φυσιολογικά, το ενδομήτριο, υπερπλάσσεται απαντώντας στην κυκλική παρουσία υψηλών επιπέδων οιστρογόνων. Τα καρκινώματα του ενδομητρίου, εμφανίζονται όταν αυτός ο κύκλος επηρεάζεται από ορμονικές ανισορροπίες ή μοριακές γενετικές αλλοιώσεις ή και τα δύο. Συνηθέστερα, οφείλεται σε υπέρμετρη ή μη αντιρροπούμενη διέγερση του ενδομητρίου από οιστρογόνα (McPhee et al, 2009).

Τα περισσότερα καρκινικά κύτταρα του ενδομητρίου περιέχουν υποδοχείς οιστρογόνου ή προγεστερόνης στις επιφάνειές τους. Με κάποιο τρόπο, η αλληλεπίδραση αυτών των υποδοχέων με τις ορμόνες τους οδηγεί, σε αυξημένη

ανάπτυξη του ενδομητρίου. Η προκαλούμενη υπερπλασία ενδομητρίου, μπορεί να σηματοδοτήσει την αρχή του καρκίνου. Η αυξημένη ανάπτυξη μπορεί να γίνει όλο και πιο ανώμαλη έως ότου αναπτυχθεί σε καρκίνο. Η υπέρμετρη διέγερση από οιστρογόνα, μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές των ωοθηκών ή σε θεραπεία με οιστρογόνα χωρίς παράλληλη χορήγηση προγεστερόνης (McPhee et al, 2009).

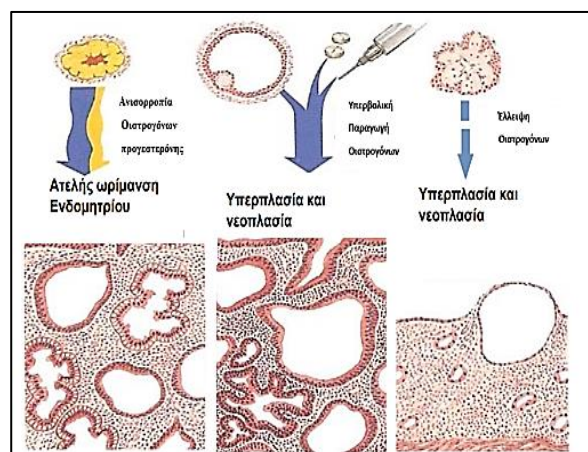
Το 1983, ο Bokhman, διέκρινε τους ενδομήτριους όγκους, στους τύπου I, που σχετίζονται με ορμονικές ανισορροπίες και στους τύπου II, που φαίνεται ότι, δεν σχετίζονται με τα οιστρογόνα. Η πλειοψηφία των καρκίνων του ενδομητρίου (περίπου 70-80%), που χαρακτηρίζονται ως καρκινώματα τύπου I, σχετίζονται με μια ομάδα κλινικών ευρημάτων (παχυσαρκία, υπέρταση και διαβήτη), η οποία περιλαμβάνει υπέρμετρη ή μη αντιρροπούμενη διέγερση του ενδομητρίου και χαρακτηρίζονται γενικά από μια ευνοϊκή συμπεριφορά. Το άλλο 10-20% των καρκινωμάτων τύπου II, ακολουθούν την οδό που δεν σχετίζεται με οιστρογόνα, εμφανίζονται συνήθως, σε μεγαλύτερες ηλικίες και έχουν κακή πρόγνωση (Liu, 2009), (Sherman, 2009).

Ο καρκίνος του ενδομητρίου, επεκτείνεται με άμεση επινέμηση στα λεμφαγγεία δίνοντας απομακρυσμένες μεταστάσεις στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα οστά και στα ενδοκοιλιακά όργανα (McPhee et al., 2009).

3.2. Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες

Μελέτες πιστοποίησαν ότι η ανισορροπία των ορμονών στο γυναικείο οργανισμό, που συνδέονται με την παχυσαρκία, τον διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση, την εμμηνόρροια σε νεαρή ηλικία, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση (≥ 55 ετών) και την χρήση ταμοξιφαίνης, θεωρούνται κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου (Morice et al., 2016).

3. 2. 1. Ενδογενείς παράγοντες κινδύνου



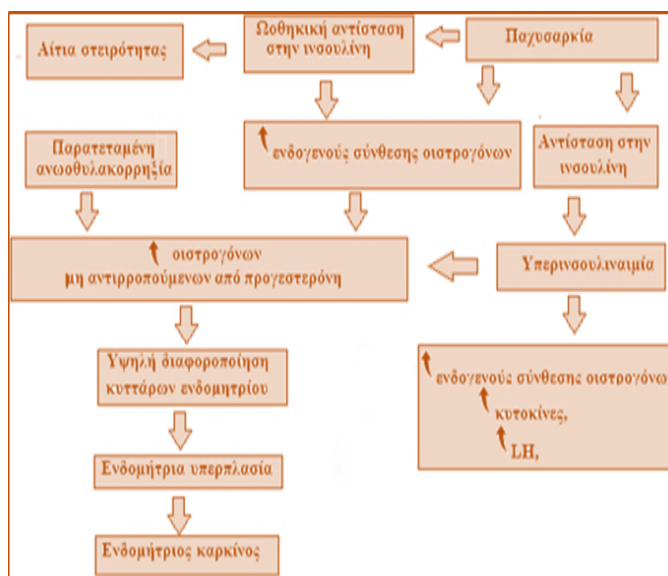
Εικ. 1.5. Το παθολογικό ενδομήτριο

Παχυσαρκία

Ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), σχετίζεται με αύξηση κίνδυνου ανάπτυξης (Lindemann et al., 2009), καθώς ο λιπώδης ιστός, λειτουργεί ως πηγή οιστρογόνου, η οποία χωρίς αντιστάθμισμα από προγεστερόνη υπερπλάθει το ενδομήτριο (Trentham-Dietz et al., 2009).

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου. Τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης, συμβάλουν στη αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων από τις ωοθήκες με επακόλουθο τις χρόνιες μορφές ανωοθυλακιορρηξίας και την ελάττωση της προγεστερόνης (Navaratnarajah et al., 2009).



Πίν. 1.1. Επίδραση παχυσαρκίας & Σ.Δ.

Υπογονιμότητα- Ατοκία

Καταστάσεις, όπως οι ακανόνιστες περίοδοι εμμήνου ρύσεως, η ανωοθυλακιορρηξία, η αμηνόρροια και η αραιομηνόρροια, σχετίζονται με αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων και ανεπάρκεια προγεστερόνης, ώστε τα κύτταρα να διαφοροποιούνται ανεξέλεγκτα και να υπερπλάθουν το ενδομήτριο (Ali, 2014).

Υπέρταση

Πιθανολογείται, ότι η υπέρταση μπορεί να οδηγεί σε κυτταρική γήρανση και αναστολή της απόπτωσης του ενδομητρίου ή ότι τα αντιυπερτασικά φάρμακα, θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για ενδομήτριο καρκίνο (Aune et al, 2017).

Ιστορικό της εμμήνου ρύσεως

Η μονομερής επίδραση των οιστρογόνων χωρίς την αντισταθμιστική επίδραση της προγεστερόνης, που συνδέεται την εμμηνόρροια σε νεαρή ηλικία και την καθυστερημένη εμμηνόπαυση, συσχετίζεται με τη νόσο (Morice et al., 2016).

Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (PCOS)

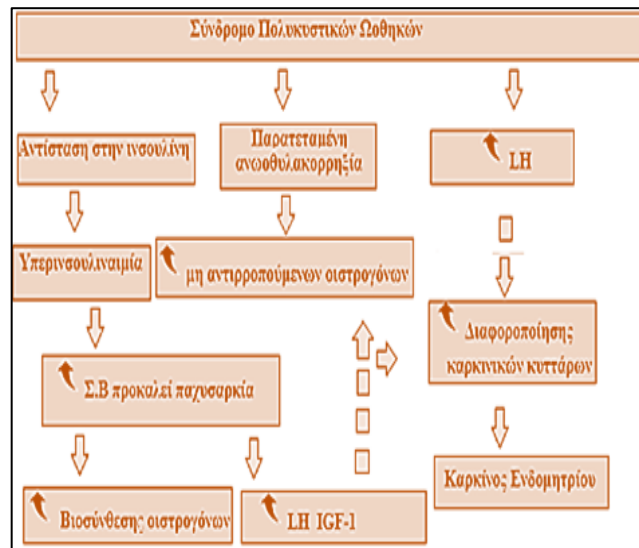
Η αύξηση ενδογενών οιστρογόνων στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), σε συνδυασμό με την παχυσαρκία, την υπερινσουλιναιμία και τον υπερανδρογονισμό, τα οποία χαρακτηρίζουν το σύνδρομο, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για το ενδομήτριο καρκίνωμα (Navaratnarajah et al., 2009).

Ηλικία

Η μέση ηλικία στη διάγνωση ενδομήτριας κακοήθειας είναι τα 62 έτη και το 45% των περιπτώσεων αφορούν ασθενείς ηλικίας > 65 ετών (MacKenzie, 2014).

Φυλή / εθνικότητα και γεωγραφικές εκτιμήσεις

Παρόλο που οι γεωγραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί



Πίν.1.2. Επίδραση PCOS στο Ca ενδομητρίου

παράγοντες παραμένουν αδιευκρίνιστοι, για την εμφάνιση της νόσου (Ali, 2014), διαπιστώνεται ότι, τα ποσοστά κρουσμάτων ενδομητρίου καρκίνου είναι μεγαλύτερα στις λευκές από ότι στις έγχρωμες γυναίκες ενώ παράλληλα οι έγχρωμες γυναίκες, έχουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας (American Cancer Society, 2016).

Οικογενειακό ιστορικό (Σύνδρομο Lynch)

Περίπου το 5% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου, παρουσιάζουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου, μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού. Στις γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 50 ετών, το 9% επί του συνόλου των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου, η κακοήθεια οφείλεται σε μεταλλάξεις στα γονίδια επιδιόρθωσης (MSH1, MSH2, MSH6), τα οποία οδηγούν σε κληρονομικό μη-πολυποδιακό καρκίνο του παχέος εντέρου (HNPCC), γνωστό και ως σύνδρομο Lynch (Ali, 2013).

3. 2. 2. Εξωγενείς παράγοντες κινδύνου

Θεραπεία Ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ)

Η χρήση μόνο οιστρογόνων, πενταπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου, καθώς η έκθεση σε οιστρογόνα σχετίζεται με τον κίνδυνο

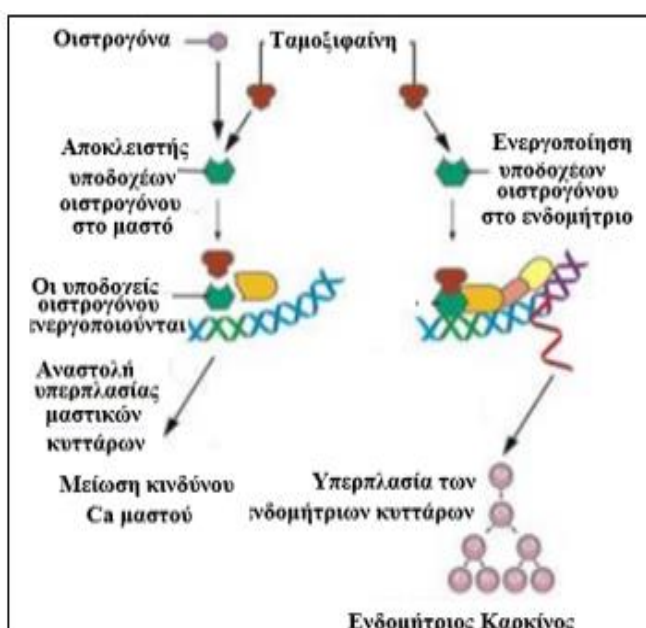
αδενωματώδους υπερπλασίας στο ενδομήτριο. Είναι σημαντικό, ότι η χρήση συνδυαστικών αντισυλληπτικών χαπιών και συσκευών ενδομητρικής έκκρισης προγεστερόνης, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου (Ali, 2014).

Ταμοξιφαίνη

Η ταμοξιφαίνη αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο και αποτελεσματικό φάρμακο, για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Παρότι, είναι ένας εκλεκτικός ρυθμιστής υποδοχέα οιστρογόνου στο μαστό, στους ιστούς του ενδομητρίου δρα ως ανταγωνιστής οιστρογόνων. Η χρήση ταμοξιφαίνης σχετίζεται με 2 έως 7 φορές αυξημένο κίνδυνο, εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου (Fadila Kouhen et al., 2016).

Προηγηθείσα ακτινοθεραπεία, για κακοήθειες νόσους της πύελου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου που σχετίζεται με την ακτινοβολία μπορεί να αναπτυχθεί αμέσως μετά την ακτινοβόληση της μήτρας ή γειτονικών οργάνων όπως π.χ. τον τράχηλο, το ορθό ή το ουροποιητικό σύστημα. Η ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιείται συνήθως για τη θεραπεία καρκινοπαθών, μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο DNA των περιβαλλόντων ιστών, γεγονός που αυξάνει τελικά την πιθανότητα ανάπτυξης δεύτερου τύπου καρκίνου στο ενδομήτριο (Ali, 2013).



3. 3. Κλινική εικόνα

Πρώιμο και συχνότερο σύμπτωμα, στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του ενδομητρίου, είναι οι μη κυκλικές εμμηνοπαυσιακές αιμορραγίες. Περίπου 75%-

90% των γυναικών με καρκίνο του ενδομητρίου, παρουσιάζουν, μη φυσιολογική αιμορραγία από την μήτρα. Κάθε σταγονοειδής αιμόρροια, σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατευθύνει τη σκέψη, σε καρκίνο ενδομητρίου (Ιατράκης και συν, 2010).

Σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας, επειδή το τραχηλικό στόμιο είναι «κλειστό», είναι δυνατόν να μην παρατηρηθεί διαφυγή αίματος προς τον κόλπο και έτσι να δημιουργηθεί «αιματόμητρα» (διάταση της ενδομητρικής κοιλότητας με αίμα) ή «πυόμητρα» (πυώδης φλεγμονή της μήτρας) ή να εμφανιστεί υδαρής υπερέκκριση που προοδευτικά γίνεται αιματηρή και δύσσομη (Μιχαλάς,2009). Σε νεότερες ηλικίες, το κύριο σύμπτωμα μπορεί να είναι η μηνορραγία, η παράταση της έμμηνου ρύσεως ή η μεσοκυκλική αιμορραγία. Η μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας ή το άλγος μετά τη σεξουαλική επαφή, είναι ένα σημείο καρκίνου του ενδομητρίου, σε γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση, οι οποίες αποτελούν το 20% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου (Μιχαλάς, 2009).

Τα συμπτώματα του προχωρημένου σταδίου καρκίνου του ενδομητρίου, περιλαμβάνουν κοιλιακό ή πυελικό άλγος, τεινεσμό, αίσθημα πληρότητας και μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης (Acog.org, 2016).

3.4. Πρόγνωση



Πίν. 1.4. Σημεία & συμπτώματα Ca ενδομητρίου

καρκίνου του ενδομητρίου, εξαρτάται από:

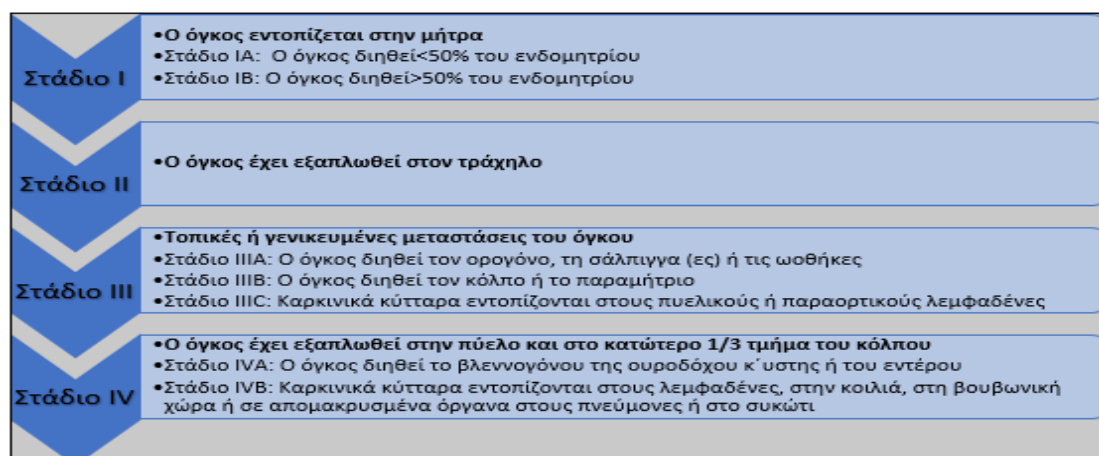
Τον ιστολογικό τύπο: Στο συνηθέστερο ιστολογικό τύπο (τύπος I), το αδενοκαρκίνωμα, τα κύτταρα του όγκου είναι ορμονοεξαρτώμενα, μοιάζουν με τα φυσιολογικά κύτταρα και συσχετίζονται με την υπερπλασία του ενδομητρίου. Στο θηλώδες-ορώδες καρκίνωμα, (τύπος II), τα κύτταρα είναι διαφορετικά από τα φυσιολογικά ενδομήτρια κύτταρα (Plataniotis et al., 2010).

Το βαθμό διαφοροποίησης (grade): Ο βαθμός διαφοροποίησης (grade), βασίζεται στις διαφορές που παρουσιάζουν τα κύτταρα του καρκινώματος από τα φυσιολογικά κύτταρα του ενδομητρίου και κυμαίνεται μεταξύ του I και του III. Όσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση (Plataniotis et al., 2010).

Την κολλοκοιλιακή μετάσταση: Η κακοήθεια, συνήθως ξεκινάει στη βάση του ενδομητρίου και μπορεί να εξαπλωθεί για να εμπλέξει ολόκληρο το ενδομήτριο και να διεισδύσει στο μυομήτριο, στον τράχηλο, στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες, μέσω των πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων. Αιματογενώς, εξαπλώνεται συχνά στον πνεύμονα, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο (Yarbro et al., 2011).

Το στάδιο της νόσου: Για ενδομήτριο καρκίνωμα, χρησιμοποιείται το σύστημα σταδιοποίησης FIGO, το οποίο βασίζεται στην εξάπλωση του όγκου από το ενδομήτριο σε άλλους ιστούς ή όργανα (Esmo.org, 2018). Οι περισσότεροι ασθενείς με στάδιο I και II θα έχουν ευνοϊκή πρόγνωση, ενώ οι ασθενείς με στάδιο III ή IV καρκίνο θα έχουν χειρότερη πρόγνωση (Braun et al, 2016).

Το βάθος διήθησης του μυομητρίου: Ο βαθμός της μυομητρικής εισβολής, γενικά ταξινομείται, ως ουδέν (εντοπισμένος ο όγκος στο ενδομήτριο), υπερτροφικός (εισβολή μικρότερη από 50%), ή βαθύς (άνω του 50%). Όσο μεγαλύτερη είναι η εισβολή, τόσο χειρότερη είναι και η πρόγνωση (Plataniotis et al., 2010).



Πίν. 1.5. Σύστημα σταδιοποίησης Ca ενδομητρίου

3. 5. Διάγνωση

3. 5. 1. Μη επεμβατικός διαγνωστικός έλεγχος

Γυναίκες, με συμπτώματα «ύποπτα» για ενδομήτριο καρκίνο, αρχικά, θα πρέπει να υποβάλλονται αρχικά σε μια διεξοδική εξέταση, με βάση, το ιστορικό και τη φυσική κατάσταση (Braun et al, 2016).

Ιστορικό: Αρχικά, η λήψη ιστορικού θα περιλαμβάνει, μια εις βάθος περιγραφή των συμπτωμάτων (έναρξη, διάρκεια, ποσότητα, ένταση) και των παραγόντων κινδύνου (αναπαραγωγικό ιστορικό, ορμονοθεραπεία, διαίτα). Οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό του καρκίνου, του ενδομητρίου του μαστού, των ωοθηκών και του ορθού θα πρέπει επίσης να ληφθεί (Yarbro et al., 2011).

Φυσική εξέταση: Θα πρέπει να διεξάγεται μια πυελική εξέταση, για την αξιολόγηση άλλων πηγών μη φυσιολογικής αιμορραγίας και ψηλάφηση της μήτρας και των εξαρτημάτων της, για ασυνήθιστες μάζες (Braun et al., 2016).

Έγχρωμο Doppler: Το έγχρωμο διακολπικό υπερηχογράφημα, απαιτείται για την ανίχνευση και διαφορική διάγνωση των πυελικών όγκων (Emoto et al., 2009). Η απεικόνιση της ενδομητρικής ροής αίματος, μπορεί να καθορίσει καρκινώματα του ενδομητρίου από αυτά των υπερπλασιών (Kalmantis et al., 2011).

Μαγνητική τομογραφία: Το βάθος της εισβολής του μυομητρίου, η επέκταση του καρκίνου στον τράχηλο και οι μεταστάσεις των λεμφαδένων, παρουσιάζουν ευρήματα για ανάλυση από την MRI, συμβάλλοντας στον ακριβή προγραμματισμό της θεραπείας (Meissnitzer et al., 2016).

Διακολπική υπερηχογραφία: Η διακολπική υπερηχογραφία, χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του πάχους του ενδομητρίου καθώς η φυσιολογική τιμή, σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πρέπει να είναι < 16mm και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, θα πρέπει να είναι < 5 mm . Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ασυνήθιστη αιμορραγία και πάχος ενδομητρίου μεγαλύτερο από 5 mm, θα πρέπει να αξιολογούνται και με δείγμα ιστού για ενδομήτριο καρκίνο (Braun et al., 2016).

Τεστ Παπανικολάου: Παρόλο που το τεστ ΠΑΠ, δεν αποτελεί ευαίσθητο τεστ ελέγχου για τον ενδομήτριο καρκίνο, το αρνητικό τεστ δεν το αποκλείει. Όλες οι γυναίκες με άτυπα ενδομήτρια κύτταρα από το τεστ Παπανικολάου σχετίζονται σημαντικά με τον καρκίνο του ενδομητρίου υψηλού βαθμού καρκίνου και του σταδίου II-IV (Gu et al., 2009), (Nadaf et al., 2017).

3. 5. 2. Επεμβατικός διαγνωστικός έλεγχος

Υστεροσκόπηση: Η υστεροσκόπηση, χρησιμοποιείται συνήθως, για την αξιολόγηση, της μη φυσιολογικής αιμορραγίας της μήτρας και προσφέρει άμεση απεικόνιση της κοιλότητας του ενδομητρίου. Η υστεροσκόπηση, μπορεί να πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με εστιακή βιοψία ή απόξεση (Braun et al., 2016).

Υπερηχοστερογραφία: Η Υπερηχοστερογραφία έχει γίνει η τυπική δοκιμασία στην αξιολόγηση της μετεμμηνοπαυσιακής αιμορραγίας της μήτρας, διότι επιτρέπει αξιόπιστη διαφοροποίηση μεταξύ εστιακών και διάχυτων ενδομητρικών αλλοιώσεων. Μπορεί να απεικονίσει με ακρίβεια το ποσοστό του ινώδους που προβάλλει στην ενδομητρική κοιλότητα (Davis et al., 2009).

Ενδομητρική δειγματοληψία: Για την οριστική διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου, απαιτείται δείγμα ενδομητρικού ιστού. Η μέθοδος Διαστολή και Απόξεση (Dilatation and Curettage, D&C), θεωρήθηκε, ως η προτιμώμενη μέθοδος, για την απόκτηση δείγματος ενδομητρικού ιστού, (χειρουργική διαδικασία, κατά την οποία ένα στενό όργανο, το ξέστρο χρησιμοποιείται, για να «ζύσει» την επένδυση του ενδοτραχηλικού καναλιού). Η νεότερη μέθοδος Pipelle (λεπτός καθετήρας με τον οποίο δια μέσω του κόλπου και του τραχηλικού στομίου της μήτρας μπορούμε να συλλέξουμε βιοψίες ενδομήτριου ιστού), όταν λαμβάνεται ένα επαρκές δείγμα, έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια. Αν είναι ανεπαρκές το δείγμα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, νέα παραπομπή για διαστολή και απόξεση (Braun et al., 2016).



Εικ. 1.6. Διαστολή & απόξεση

3. 6. Διαφορική Διάγνωση Καρκίνου του Ενδομητρίου

Οι διαφορικές διαγνώσεις, που προβάλλονται κατά την αξιολόγηση συμπτωμάτων και σημείων, για τον καρκίνο του ενδομητρίου, ποικίλουν και κυμαίνονται από καλοήθειες εντοπισμένες αλλοιώσεις μέχρι συστηματικές ασθένειες και κακοήθειες (Casey and Crotzer, 2018).

Κατά τη διερεύνηση για ενδομήτρια κακοήθεια, η αξιολόγηση διαταραχών της εμμηνορρυσίας στις γυναίκες, που είναι και το συχνότερο σύμπτωμα, θα πρέπει να αποκλείεται η περίπτωση της έκτοπης εγκυμοσύνης, των τροφοβλαστικών ασθενειών κύησης και της ενδογενούς ή της εξωγενούς ορμονικής διέγερσης του ενδομητρίου. Συστηματικά και ενδοκρινολογικά αίτια, που σχετίζονται με ακανόνιστη και ανώμαλη αιμορραγία, όπως η ανορεξία, η παχυσαρκία, η νόσος πολυκυστικών ωοθηκών, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ωοθηκικοί όγκοι που εκκρίνουν ορμόνες, οι θυρεοειδοπάθειες, η υπερπλασία των επινεφριδίων και οι όγκοι της υπόφυσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν. Τέλος η απλή υπερπλασία του ενδομητρίου, η οποία συσχετίζεται συνήθως με oligομηνόρροια και αμηνόρροια, θα πρέπει να εξαιρεθεί από τον Καρκίνο Ενδομητρίου (Casey and Crotzer, 2018).

Επιπλέον, θα πρέπει να αποκλειστούν τυχόν εξωγενείς πηγές ορμονών, περιβαλλοντικών ή ιατρογενών, ιδιαίτερα οιστρογόνων, προγεστερόνης και ανδρογόνων καθώς και η θεραπεία με ταμοξιφαίνη ή η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, ότι ενδομητρικά ινομυώματα, μπορεί να προκαλέσουν ακανόνιστη αποβολή του ενδομητρίου με παρατεταμένη ή ακανόνιστη εμμηνόρροια στις γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση (Casey and Crotzer, 2018).

Τέλος, ενδομήτριες διαταραχές που οφείλονται σε φλεγμονή ή συνδέονται με ενδογενείς ενζυματικούς, ορμονικούς ή αγγειογενετικούς παράγοντες ή η συγγενής ή η αποκτώμενη κολπική αιμορραγία μετά από λήψη αντιπηκτικών, είναι καταστάσεις που θα πρέπει να διαχωρίζονται από την ύπαρξη κακοήθειας στο ενδομήτριο (Casey and Crotzer, 2018).

3. 7. Πρόληψη

Με σκοπό την **πρωτογενή πρόληψη** ενδομήτριου καρκίνου, οι γυναίκες οφείλουν να υιοθετήσουν στρατηγικές για τη μείωση των κινδύνου ανάπτυξής του, όπως τη διαχείριση του σωματικού βάρους για την πρόληψη της παχυσαρκίας, την τακτική σωματική δραστηριότητα, την πρόληψη του διαβήτη και της υπέρτασης. Δύο σημαντικοί παράγοντες, που φαίνεται να έχουν προστατευτικό αποτελέσματα κατά της ανάπτυξης του καρκίνου του ενδομητρίου, είναι η χρήση αντισυλληπτικών και το κάπνισμα, καθώς μειώνουν τη διέγερση οιστρογόνων στο ενδομήτριο που είναι γνωστό ότι ευθύνεται, για την ανάπτυξη κακοήθειας. Η εγκυμοσύνη μειώνει επίσης τον κίνδυνο, λόγω της προστατευτικής επίδρασης υψηλών επιπέδων προγεστερόνης, που εκλύονται κατά τη διάρκειά της. Τέλος, η καθημερινή χρήση του καφέ, θεωρείται ευεργετική στην πρόληψη για τον καρκίνο του ενδομητρίου, καθώς, βελτιώνει την ευαισθησία της ινσουλίνης και προάγει την κυτταρική άμυνα και διόρθωση του DNA (Kitson et al, 2016).

Η **δευτερογενής πρόληψη**, για τον ενδομήτριο καρκίνο, ενδέχεται να είναι δύσκολη, γιατί δεν υπάρχουν μέθοδοι για πρόωρη ανίχνευσή του και οι ασθενείς, συνήθως δεν εμφανίζουν έντονα συμπτώματα (Braun et al., 2016). Παρόλα αυτά, στη σύγχρονη εποχή, όλες οι γυναίκες οφείλουν, να υποβάλλονται σε ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο (κυρίως βιοψία) και να ενημερώνονται για τους κινδύνους και τα συμπτώματα του καρκίνου του ενδομητρίου και ειδικά εάν διαπιστώνουν μη φυσιολογική αιμορραγία κολπική αιμορραγία και έχουν ηλικία άνω των 65 ετών, έχουν επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό (HCCNPC) ή είναι άτομα αυξημένου κινδύνου (σύνδρομο Lynch), λαμβάνουν οιστρογόνα χωρίς ταυτόχρονη λήψη προγεστερόνης, είναι παχύσαρκες ή πάσχουν από υπέρταση ή Σ.Δ. (Yarbro et al., 2011).

Με στόχο την **τριτογενή πρόληψη**, οι γυναίκες ηλικίας >40 έτη, με «ύποπτα» συμπτώματα για καρκίνο ενδομητρίου που δεν επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, συνιστάται να υποβληθούν σε προληπτική υστερεκτομή. Τέλος, απαιτείται παρακολούθηση μετά τη θεραπεία ασθενών για την ανίχνευση υποτροπής της νόσου, με παρακολούθηση συμπτωμάτων και πυελική εξέταση κάθε τρεις έως έξι μήνες για δύο χρόνια μετά τη θεραπεία, κάθε έξι μήνες για τα επόμενα τρία χρόνια και ετησίως στη συνέχεια (Braun et al., 2016).

4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου καθορίζεται από τον ιστολογικό τύπο στον οποίο ανήκει. Για τον τύπο I ενδομήτριας κακοήθειας, ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας θεωρείται η ολική υστερεκτομή - κοιλιακή, κολπική ή ελάχιστα επεμβατική και η απομάκρυνση των εξαρτημάτων, ανάλογα την περίπτωση. Η αποτελεσματικότητα της λεμφαδενεκτομής, ακόμη και σήμερα βρίσκεται υπό διερεύνηση (Patni, 2017), (Rajaram et al, 2015).

Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, που εφαρμόζονται, μετά από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζονται επικουρικές (adjuvant) θεραπείες και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση (Plataniotis et al., 2010). Η σταδιοποίηση του όγκου και η αξιολόγηση των παρακείμενων πυελικών δομών καθορίζουν και την επιλογή της επικουρικής θεραπείας (Rajaram et al, 2015).

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας (2010) κατέληξε σε ένα πρωτόκολλο θεραπείας Καρκίνου του Ενδομητρίου αναφορικά με το στάδιο της νόσου:

Στάδιο	
I	IA
	IB
	IE
II	
III	B1
	B2
IV	

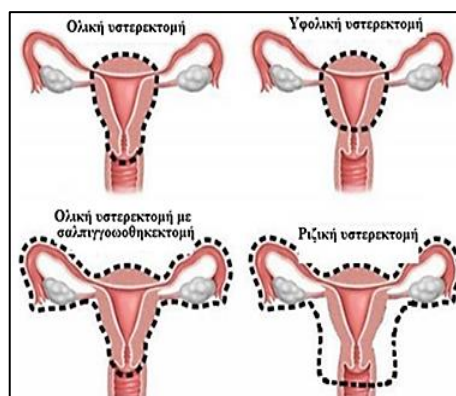
Πίν.1.6. Θεραπεία Ca ενδομητρίου

Οι συνιστάμενες μετεγχειρητικές θεραπείες, ειδικά για προχωρημένα στάδια του καρκίνου (III, IV) του ενδομητρίου, παρότι διερευνώνται ακόμη και σήμερα για την αποτελεσματικότητά τους, περιλαμβάνουν την ακτινοβολία (πυελική ή κολπική βραχυθεραπεία), την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία (προγεστερόνη), φαίνεται να περιορίζουν τις μεταστάσεις και να αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής αυτών των γυναικών (Rajaram et al, 2015).

4. 1. Υστερεκτομή

Παρόλο που η υστερεκτομή, είναι μια επέμβαση που διενεργείται κυρίως για θεραπευτικούς λόγους στον καρκίνο του ενδομήτριου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπλέον για την σταδιοποίηση της νόσου, ώστε να καθοριστεί η επικουρική θεραπεία και πιθανά, να οριστεί η πρόγνωση της ασθένειας (Plataniotis et al., 2010).

Η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση, μπορεί να περιλαμβάνει την αφαίρεση μόνο της μήτρας (υφολική υστερεκτομή), και του τραχήλου (ολική υστερεκτομή), καθώς και των εξαρτημάτων, των δύο σαλπίγγων και των ωθηκών (αμφοτερόπλευρη ή διμερής σαλπυγγοωθηκηεκτομή) (Plataniotis et al., 2010).



Εικ. 1.7. Τύποι υστερεκτομής

4. 2. Επικουρική ακτινοθεραπεία

Η επικουρική θεραπεία, που χρησιμοποιείται περισσότερο, για το ενδομήτριο καρκίνωμα είναι ακτινοθεραπεία (Burke et al., 2014), η οποία χρησιμοποιεί ακτίνες Χ ή άλλους τύπους ακτινοβολίας, ώστε να επιβραδύνει ή να σταματήσει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων (Board, 2018). Μπορεί να εφαρμοστεί, μόνο με τη μορφή εξωτερικής ακτινοβολίας δέσμης ή με τη μορφή κολπικής βραχυθεραπείας ή συνδυασμού και των δύο (Rajaram et al, 2015).

4. 3. Επικουρική Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία, είναι ένα είδος θεραπείας καρκίνου του ενδομητρίου, που χρησιμοποιεί φάρμακα για να αναστείλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων, είτε με εξουδετέρωση, είτε με την αναστολή της διαίρεσής τους. Εφαρμόζεται για τη θεραπεία σε προχωρημένα στάδια ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του ενδομητρίου, συχνά μετά την αποτυχία της ορμονικής θεραπείας (Moxley et al, 2010).

4. 4. Επικουρική ορμονική θεραπεία

Η επικουρική ορμονοθεραπεία, είναι μια θεραπεία για τον καρκίνο του ενδομητρίου, που στόχο έχει, να απομακρύνει επιβλαβής ορμόνες ή να εμποδίσει τη δράση τους για την ανάπτυξη ορμονοεξαρτώμενων όγκων (Dasgupta, 2017). Συνιστάται, για προχωρημένα στάδια ή σε περιπτώσεις υποτροπής της κακοήθειας ή σε ασθενείς που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν (Banno, 2012) και περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που περιέχουν προγεστερόνη (Esmo.org, 2018).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου, παρέχουν χρόνο, για να αποτρέψουν την εμφάνιση ή να σταματήσουν την εξέλιξη του. Με επίκεντρο τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την έγκαιρη ανίχνευση, η θεραπεία θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε αρχικό στάδιο, αποτρέποντας έτσι ορισμένα από τα μακροπρόθεσμα επακόλουθα του καρκίνου του ενδομητρίου (Dunphy et al., 2015).

Οι Νοσηλευτές, ως πάροχοι υγείας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στην πρόληψη και στην πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του ενδομητρίου. Οργανώνοντας μεμονωμένες ή ομαδικές συναντήσεις, παρέχουν την ευκαιρία να εκπαιδεύσουν το γυναικείο πληθυσμό και τις οικογένειες τους, σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας στο ενδομήτριο και τις αλλαγές που μπορούν να κάνουν στη ζωή τους για να αποτρέψουν την εμφάνιση της νόσου. (Dunphy et al., 2015).

Για το σκοπό αυτό, απαιτείται από τους Νοσηλευτές, κατάλληλη εκπαίδευση, συνεργατικό πνεύμα με άλλους επαγγελματίες υγείας και συλλογή δεδομένων, ώστε να υπάρξει η κατάλληλη εκτίμηση της υγείας και οι ανάλογες παρεμβάσεις για την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση της νόσου (Dossey et al., 2013).

Οι Νοσηλευτές, γνωρίζουν ότι η υγεία επιτυγχάνεται καλύτερα εφαρμόζοντας στρατηγικές, που αποσκοπούν στην πρωτογενή πρόληψη. Ωστόσο, όταν αυτό δεν είναι δυνατό, χρησιμοποιούνται δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδα πρόληψης της νόσου (Dunphy et al., 2015).

Με στόχο την πρωτογενή πρόληψη του ενδομητρίου καρκίνου, οι Νοσηλευτές, χρησιμοποιώντας κατάλληλη διδασκαλία ενθαρρύνουν τις γυναίκες να:

- Αποφεύγουν να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε θερμίδες, γλυκόζη, λιπαρά, κόκκινο κρέας, σε αντίθεση με τον καφέ, τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα λαχανικά και τις τροφές πλούσιες σε προλακτίνη, τα οποία προστατεύουν από τον καρκίνου του ενδομητρίου (Daniels et al., 2012).
- Εστιάζουν στην απώλεια σωματικού βάρους, η οποία βοηθά στην αναστροφή των ορμονικών ανισορροπιών (Patni, 2017).

- Ακολουθούν σωματική άσκηση, τουλάχιστον 30΄την ημέρα, καθώς συμβάλλει στη μείωση του σωματικού βάρους καθώς και στην ευεξία (Daniels et al, 2012).
- Επιδιώκουν την εγκυμοσύνη και το θηλασμό, καθώς μειώνουν τα οιστρογόνα
- Χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 40% ή συσκευές απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (Mirena), οι οποίες βοηθούν στην αναστροφή ενδομήτριας υπερπλασίας (Patni, 2017).

Με στόχο τη δευτεροβάθμια πρόληψη και την πρόωμη ανίχνευση του ενδομήτριου καρκίνου, οι Νοσηλεύτες παρέχουν συστάσεις, που αφορούν:

- Την ενίσχυση, ειδικά των γυναικών, που εμφανίζουν μη φυσιολογική αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή, που διαρκεί περισσότερο από μία εβδομάδα, που εμφανίζεται μετεμμηνοπαυσιακά ή που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για περεταίρω διαγνωστικό έλεγχο (Daniels et al., 2012).
- Την τακτική πυελική εξέταση μετά την ηλικία του 21^{ου} έτους ηλικίας
- Τις γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη, οι οποίες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική παρακολούθηση με υστεροσκόπηση και βιοψία ενδομητρίου αν χρειαστεί
- Τις γυναίκες με κληρονομικό μη-πολυποειδή καρκίνο εντέρου να υποβάλλονται, σε ετήσιες δοκιμές ξεκινώντας από την ηλικία των 35 ετών (Patni, 2017).
- Τη σημασία, της προληπτικής υστερεκτομής, ειδικά των γυναικών που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου (Braun et al., 2016).

Το κύριο εργαλείο πρόωμης διάγνωσης ενδομήτριας νεοπλασίας παραμένει από το 1922 η ενδομητρική βιοψία, με διαστολή και απόξεση του ενδομητρίου. Άλλες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται συχνά, είναι το τεστ ΠΑΠ, η διακολπική υπερηχογραφία, η υστεροσκόπηση και οι βιοψίες ενδομητρίου (Patni, 2017).

Με στόχο την τριτογενή πρόληψη, την αποφυγή επανεμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου και την αποκατάσταση των ασθενών που έλαβαν θεραπεία (Raingruber, 2014), οι Νοσηλεύτες εκπαιδεύουν τις ασθενείς σχετικά με τη διατροφή, την άσκηση και την προτεινόμενη χημειοπροφύλαξη (φάρμακα, τρόφιμα, απώλεια βάρους). Για τις γυναίκες που έλαβαν σχετική θεραπεία, προγραμματίζουν τα ραντεβού παρακολούθησης κάθε τρεις έως έξι μήνες για δύο χρόνια μετά τη

θεραπεία, κάθε έξι μήνες για τα επόμενα τρία χρόνια και στη συνέχεια κάθε χρόνο (Braun et al., 2016).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

2. 1. Νοσηλευτική Αξιολόγηση

Έρευνες, έχουν καταλήξει, ότι η διάγνωση προωθείται με βάση το ιστορικό κατά 70%, με βάση τη φυσική εξέταση κατά 15%-20% και τις διαγνωστικές εξετάσεις κατά 10%-15%, κάτι που καθιστά τη νοσηλευτική εκτίμηση θεμελιώδους σημασίας, για την υγεία της γυναίκας, με καρκίνο ενδομητρίου (Toney-Butler et al., 2018).

Η νοσηλευτική αξιολόγηση, είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και ορίζεται, ως η συστηματική και συνεχής εκτίμηση και παρατήρηση του επιπέδου υγείας της ασθενούς με ενδομήτριο καρκίνο, βασισμένο στη συλλογή δεδομένων, τόσο των αντικειμενικών όσο και των υποκειμενικών. Τα αντικειμενικά δεδομένα είναι πληροφορίες που γίνονται αντιληπτές με την παρατήρηση ή προέρχονται από εργαστηριακά ευρήματα και τα υποκειμενικά δεδομένα, είναι πληροφορίες αντιληπτές μόνο από την ασθενή (Παπαγεωργίου, 2013).

Η διαδικασία της νοσηλευτικής αξιολόγησης, πρέπει να εστιάζει στα εξής :

- Να στοχεύει στις ανάγκες της ασθενούς
- Να χαρακτηρίζεται από εξατομικευμένη φροντίδα
- Η ασθενής να έχει ενεργητικό ρόλο, προάγοντας τη μέγιστη λειτουργικότητα και ανεξαρτησία της
- Να παρέχει πληροφόρηση, στην ασθενή και στους οικείους (Παπαγεωργίου, 2013).

Ο Νοσηλευτής, με βάση τα συλλεγμένα και τα καταγεγραμμένα δεδομένα, οφείλει να εντοπίσει τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της ασθενούς, με σκοπό να παρέχει, κατάλληλη εξατομικευμένη ολιστική φροντίδα (Toney-Butler et al., 2018).

2. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη λήψη ιστορικού

Κατά τη λήψη του ιστορικού, από τους Νοσηλευτές, είναι πιθανό οι γυναίκες με ενδομήτριο καρκίνο, να αισθάνονται αμήχανα όταν καλούνται να συζητήσουν, διαταραχές που αφορούν τα αναπαραγωγικά τους όργανα. Για το λόγο αυτό, οι ερωτήσεις πρέπει να τίθενται με ευαισθησία από τον Νοσηλευτή, να λαμβάνεται υπόψη, ότι η ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να μην απαντήσει, η συζήτηση να αρχίζει με γενικότερες πληροφορίες, και να γίνεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η γυναίκα να αναφέρει συμπεριφορές και εκδηλώσεις (DeWit, 2009).

2. 2. 1. Γενικές αρχές λήψης Νοσηλευτικού ιστορικού

Ο Νοσηλευτής οφείλει, κατά τη λήψη του ιστορικού:

- Να εξηγήσει το ποιος είναι, και ποιος ο λόγος της παρουσίας του
- Να αναπτύσσει μια στάση αποδοχής χωρίς επικρίσεις
- Να χρησιμοποιεί «ανοικτές» και συγκεκριμένες ερωτήσεις
- Να παρέχει ιδιωτικότητα και άνεση
- Να αποφεύγει να καθησυχάζει την ασθενή πρόωρα (Nettina, 2014).

2. 2. 2. Δομή νοσηλευτικού ιστορικού

Ο Νοσηλευτής, οφείλει να δομήσει το ιστορικό, περιλαμβάνοντας:

I. Γενικές πληροφορίες

- Όνομα/Ηλικία/Τόπος Γέννησης: Στις ηλικιωμένες η επίπτωση είναι μεγαλύτερη
- Φυλή/εθνικότητα: Η ενδομήτρια νεοπλασία σχετίζεται με συγκεκριμένη φυλή
- Διεύθυνση και αριθμός τηλεφώνου: Παρέχει κοινωνικοοικονομικές πληροφορίες
- Πρόσωπο επικοινωνίας: Δύναται να αποτελέσει «πηγή», για περαιτέρω στοιχεία
- Επίπεδο εκπαίδευσης και επάγγελμα: Βοηθά στον προσδιορισμό διδασκαλίας και του επιπέδου κατανόησης των οδηγιών, που πιθανόν να δοθούν (Dillon, 2009).

II. Αιτία αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης: Το 80%, περίπου των γυναικών με ενδομήτρια νεοπλασία, περιγράφει, ως πρώτο και κύριο σύμπτωμα τις μεσοκυκλικές ή μετεμηνόπαυσιακές αιμορραγίες (Braun et al., 2016). Ο Νοσηλευτής, διερευνά:

- Τους παράγοντες εμφάνισης ή επιδείνωσης π.χ. μετά τη σεξουαλική επαφή
- Την ποιότητα της αιμορραγίας, εστιάζοντας στο χρώμα και στα χαρακτηριστικά
- Τα συνοδά συμπτώματα, όπως κολπόρροια, δυσμηνόρροια, δυσουρία, αιματουρία

- Τη σοβαρότητα της αιμορραγίας, διερευνώντας:
- ✓ το συνολικό αριθμό σερβιετών ή ταμπόν που χρησιμοποιούνται από την ασθενή κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο Νοσηλευτής λαμβάνει υπόψιν, ότι ένα μέσο ταμπόν συγκρατεί 5-15 ml αίματος.
- ✓ Την παρουσία θρόμβων αίματος, κάτι που αποτελεί ένδειξη βαριάς αιμορραγίας.
- ✓ Αν η αιμορραγία, αναγκάζει την ασθενή να μένει στο σπίτι ή να μην εργάζεται
- ✓ Πόσο καιρό διαρκούν οι αιμορραγίες και αν η ασθενής βιώνει αδυναμία, κόπωση ή δύσπνοια (συμπτώματα αναιμίας) (Saxena, 2016).

III. Τρέχουσα κατάσταση υγείας: Ο Νοσηλευτής, διερευνά:

- Τη συνήθη κατάσταση υγείας: Αναλύοντας τα αναφερόμενα συμπτώματα
- Προδιαθεσικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την ενδομήτρια κακοήθεια: όπως παχυσαρκία, ηπατική νόσο, Σ.Δ., υπέρταση, PCOS, υπερπλασία ενδομητρίου, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου, του μαστού, των ωοθηκών ή του εντέρου
- Τα συνήθη πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης ή τη λήψη οποιονδήποτε φαρμάκων: όπως πυελική ακτινοβολία ή χρήση ταμοξιφαίνης ή οιστρογόνων (Ricci et al., 2009), (Dillon, 2009).

IV. Ιστορικό υγείας κατά το παρελθόν: Πρόθεση του Νοσηλευτή, είναι να διερευνήσει πιθανές αιτίες από το παρελθόν, που σχετίζονται με τη νόσο, αξιολογώντας :

- Τις παιδικές ασθένειες: Η έκθεση σε διαιθυλοστυλβεστρολή (DES), ένα συνθετικό οιστρογόνο της μητέρας, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ενδομήτριου καρκίνου
- Αλλεργίες: Σε φάρμακα, τρόφιμα και στοιχεία περιβάλλοντος (γύρη, έντομα κ.α.)
- Τις χρόνιες παθήσεις: Ο Σ.Δ. η υπέρταση, η παχυσαρκία και οι παθήσεις του θυρεοειδή αδένος, συσχετίζονται με διαταραχές στην εμμηνορρυσία και την αναιμία
- Τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή: Η υπερβολική έκθεση σε οιστρογόνα ή ταμοξιφαίνη, σε αντικαταθλιπτικά, ανδρογόνα, θυρεοειδικές ορμόνες, κορτικοστεροειδή και αντιυπερτασικά φάρμακα, διαταράσσουν την εμμηνορροια
- Το ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων: Μπορεί να εξηγήσει ανώμαλα φυσικά ευρήματα ή τη δυσπαρεύνια (Dillon, 2009).

V. Γυναικολογικό Ιστορικό υγείας: Ο Νοσηλευτής, διερευνά:

- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων των τοκετών και των τεχνητών εκτρώσεων και γυναικολογικό ιστορικό, βασιζόμενο στα ευρήματα της εξέτασης των μαστών, των τραχηλικών, μασχαλαίων και βουβωνικών λεμφαδένων
- Εμμηνορυσιακό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας εμμηναρχής, της πρώτης μέρας και της τελευταίας έμμηνου ρύσης, της διάρκειας του κύκλου, του είδους της αιμορραγίας, της ποσότητας αίματος και της δυσμηνόρροιας
- Ηλικία εμμηνόπαυσης, και αν λαμβάνεται θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης.
- Ημερομηνία λήψης τελευταίου τραχηλικού επιχρίσματος και αποτέλεσμα αυτού
- Λήψη αντισυλληπτικών και ανάγκες σχετικά με τη γονιμότητα. Η χρόνια έκθεση σε οιστρογόνα, αυξάνει κίνδυνο ενδομήτριου καρκίνου (Gupta et al, 2011).

Το γυναικολογικό ιστορικό ολοκληρώνεται με τη λήψη του σεξουαλικού ιστορικού, το οποίο διεξάγεται, κατά το τέλος της συνέντευξης, ώστε η ασθενής να έχει μεγαλύτερη οικειότητα απέναντι στο Νοσηλευτή, και να απαντήσει σε «ευαίσθητες» ερωτήσεις που περιλαμβάνουν, το ιστορικό ανοργασμικότητας, δυσπαρεύνιας, της αντισύλληψης, του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, και το τρέχον επίπεδο σεξουαλικής ικανοποίησης (Gupta et al, 2011).

VI. Οικογενειακό ιστορικό: Σκοπός του Νοσηλευτή, είναι να αποκτήσει μια εικόνα της υγείας της οικογένειας της ασθενούς, καθώς ορισμένες ασθένειες, όπως ο καρκίνος εντέρου ή ωοθηκών συσχετίζονται με τον καρκίνο μήτρας (Nettina, 2014).

VII. Ανασκόπηση κατά συστήματα: Ο Νοσηλευτής προβάλλει μια λίστα ερωτήσεων, ειδικά για κάθε σύστημα του σώματος, με σκοπό τον εντοπισμό προβλημάτων υγείας, που μπορεί να «απέτυχε» η ασθενής να αναφέρει, όπως την κόπωση, τους ανεξήγητους πυρετούς, τις νυχτερινές εφιδρώσεις, την αδυναμία, την απώλεια βάρους, που μπορεί να σχετίζονται με την ενδομήτρια κακοήθεια (Dillon, 2009).

VIII. Ψυχοκοινωνικό ιστορικό: Ο Νοσηλευτής, διερευνά:

- Πεποιθήσεις και πρακτικές για την υγεία της ασθενούς : Όπως το τεστ ΠΑΠ ή η καθιερωμένη εξέταση του μαστού.
- Περιγραφή μια τυπικής ημέρας: Η νόσος «επηρεάζει» την καθημερινότητα
- Τις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς: Διερευνώνται εξοντωτικές δίαιτες, διατροφικές διαταραχές, αλλαγές βάρους, λήψη βιταμινών ή συμπληρωμάτων

- Προσωπικές συνήθειες: Ανθυγιεινές συνήθειες, όπως η χρήση καπνού και αλκοόλ
- Πρόγραμμα άσκησης: Η υπερβολική άσκηση, επηρεάζει την εμμηνορρυσία
- Τα μοντέλα ύπνου/ανάπαυσης: Η έλλειψη ύπνου ή η ακραία κόπωση, μπορεί να ευθύνεται για, διαταραχές της εμμηνορρυσίας και για ψυχοσωματικά προβλήματα.
- Τις επαγγελματικές συνθήκες: Η εργασιακή ικανοποίηση επιδρά στην υγεία
- Την κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Η κοινωνική απομόνωση και οι συνθήκες περιβάλλοντος, επιδρούν στην αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση της ασθενούς
- Τις πολιτιστικές/ θρησκευτικές / πνευματικές επιδράσεις: Ο πολιτισμός και η πνευματικότητα, επηρεάζουν τις πεποιθήσεις αλλά και τις πρακτικές υγείας
- Κοινωνική υποστήριξη: «Χρέος» του Νοσηλευτή είναι να διερευνήσει, αν υπάρχει εκτός από την οικογένεια φίλος, συνεργάτης, κοινοτική δομή ή ομάδα υποστήριξης που μπορεί, η ασθενής να ζητήσει βοήθεια (Dillon, 2009).



Εικ. 2.1. Ιδιωτικότητα & άνεση

2. 3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φυσική εξέταση

Η συλλογή πληροφοριών από το Νοσηλευτή, για την εκτίμηση της κατάστασης της πάσχουσας από καρκίνο ενδομητρίου, ολοκληρώνεται με τα αντικειμενικά ευρήματα που του προσδίδει, η φυσική εξέταση (Gupta et al, 2011).

2. 3. 1. Γενικές αρχές φυσικής εξέτασης

Ο Νοσηλευτής, οφείλει να :

- Εξασφαλίσει ιδιωτικότητα και άνεση στην ασθενή
- Εξηγήσει όλες τις διαδικασίες στην ασθενή
- Αξιολογήσει την ασθενή, κατά συστήματα
- Εξετάσει κάθε ανατομική δομή, για ανωμαλίες ή δυσλειτουργίες
- Να σημειώνει τη συναισθηματική της κατάσταση της ασθενούς (Nettina, 2014).

2. 3. 2. Δομή της φυσικής εξέτασης

Ο Νοσηλευτής επικεντρώνεται σε δεδομένα ή αλλαγές όπως:

- Στο ανάστημα: Η απώλεια ύψους, χαρακτηρίζει μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

- Στη μέτρηση βάρους: Απώλεια βάρους, σχετίζεται με την ενδομήτρια κακοήθεια
- Τα ζωτικά σημεία: Ιδιαίτερα ασθενείς με υπέρταση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη του καρκίνου του ενδομητρίου.
- Την εξέταση κατά συστήματα, διάμεσο της επισκόπησης, της ψηλάφησης, της ακρόασης και της επίκρουσης, εστιάζοντας στην περιοχή της πυέλου και της κοιλιάς για γυναίκες με υποψία για ενδομήτρια κακοήθεια (Saxena, 2016).

Πιθανές Νοσηλευτικές διαγνώσεις, οι οποίες συσχετίζονται με την ενδομήτρια νεοπλασία, περιλαμβάνουν: Αλλοίωση των τριχών, του δέρματος και των νυχιών, που σχετίζονται με ορμονικές διαταραχές, διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων, των λεμφαδένων του τραχήλου και της μασχάλης, που σχετίζονται πιθανά με μεταστάσεις της ενδομήτριας νεοπλασίας, διόγκωση του θυρεοειδή αδένος, που σχετίζεται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τις διαταραχές της έμμηνου ρύσης, αναιμία, συνεπεία της κακοήθειας του ενδομητρίου και της μητρορραγίας, διόγκωση του ήπατος και ασκίτης ή ψηλάφηση κοιλιακών μαζών, που σχετίζονται με πιθανή μετάσταση του γυναικολογικού καρκίνου, άγχος και κατάθλιψη, που στις γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου είναι τεκμηριωμένα στοιχεία (Dillon, 2009), (Saxena, 2016).

2. 3. 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην κλινική εξέταση του γυναικείου γεννητικού συστήματος (πυελική εξέταση)

Η φυσική εξέταση από τον Νοσηλευτή, γυναικών με «υποψία» για ενδομήτριο καρκίνο ολοκληρώνεται με την πυελική εξέταση. Η συγκεκριμένη εξέταση, βασίζεται στην επισκόπηση και στην ψηλάφηση, των έξω γεννητικών οργάνων και στη συνέχεια των έσω γεννητικών οργάνων (Dillon, 2009), οφείλοντας ο Νοσηλευτής, να :

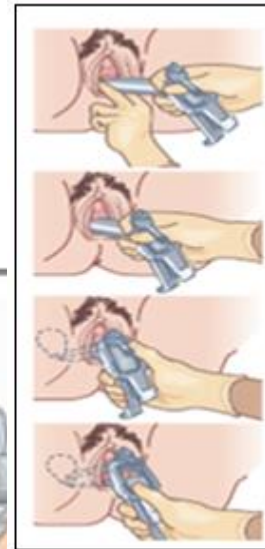
- Παρέχει ιδιωτικότητα και περιβάλλον ζεστό και άνετο
- Ενημερώσει την ασθενή, να αποφύγει την σεξουαλική επαφή, το ντους, και τα σκευάσματα, τουλάχιστον 48 ώρες πριν από την εξέταση.

- Καθησυχάζει την ασθενή κρατώντας το χέρι της, επεξηγώντας κάθε στάδιο της διδάσκοντας τεχνικές αναπνοής για χαλάρωση
- Βοηθήσει κατά την τοποθέτηση της γυναίκας συνήθως, σε θέση λιθοτομής (ανύψωση και κάμψη των κάτω άκρων στους αναβολείς)
- Να συλλέξει τον απαραίτητο εξοπλισμό (κολποδιαστολέα Pederson) και να εξηγήσει παράλληλα, ποια είναι η χρήση του
- Σεβαστεί τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, όλων των γυναικών (Murray et al., 2014).

α) Κλινική εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων

Κατά την κλινική εξέταση, των έξω γεννητικών οργάνων, ο Νοσηλευτής, επιθεωρεί τους αδένες τον βαθμό ανάπτυξης των χειλέων, την κατανομή των τριχών, οποιεσδήποτε κύστες, όγκους ή φλεγμονές και τον ουρηθρικό πόρο. Κατά τη Νοσηλευτική αξιολόγηση είναι δυνατόν να διαπιστωθεί:

- Δασυτριχισμός, που παραπέμπει σε ορμονική διαταραχή, κιστώδης διόγκωση των χειλέων ή διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων, εξαιτίας απόφραξης της λεμφικής λειτουργίας, που σχετίζεται με την ενδομήτρια νεοπλασία
- Ατροφία του αιδοίου και του κόλπου, ως αποτέλεσμα χρήσης ταμοξιφαίνης
- Πυώδης κολπική υπερέκκριση (Lindau et al.,2016).



Εικ. 2.3. Κολποσκόπηση



β) Κλινική εξέταση των έσω γεννητικών οργάνων

Η εξέταση των έσω γεννητικών οργάνων, περιλαμβάνει την εξέταση με ειδικό διαστολέα, τη συλλογή δειγμάτων και την ψηλάφηση των εσωτερικών δομών. Ο Νοσηλευτής οφείλει κατά:

A) Την επισκόπηση, να εισάγει τον κολποδιαστολέα, μέσα στον κόλπο αρχικά οριζόντια και στη συνέχεια υπό γωνία 45° μοιρών προς τα κάτω, μέχρι να

απεικονιστεί ο τράχηλος. Επαναξιολογεί τη θέση του διαστολέα, αν η εισαγωγή προκαλεί πόνο. Ο Νοσηλευτής επιθεωρεί το χρώμα, τη θέση, το μέγεθος, και το σχήμα του τραχήλου (Dillon, 2009). Κατά την επισκόπηση σε γυναίκα με ενδομήτρια νεοπλασία, είναι δυνατόν να διαπιστωθεί ερυθρότητα, διογκώσεις ή συρίγγια, ερυθρότητα τράχηλου, προβολή > 3cm στον κόλπο, παρέκκλιση του δεξιά ή αριστερά της μέσης γραμμής, υποδεικνύον κακοήθεια ενδομητρίου και πιθανόν μετάσταση στην πυελική χώρα (Swartz, 2010).

Β) Την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, να ψηλαφήσει τις δομές της πυέλου (μήτρα και εξαρτήματα) τοποθετώντας τα δάκτυλα του ενός χεριού του μέσα στον κόλπο της ασθενούς και το άλλο χέρι πάνω στην κοιλιά της, να εντοπίσει τη διερεύνηση, την ευαισθησία και την δυσκινησία της μήτρας και να ψηλαφήσει ενδοπυελικές μάζες οι οποίες, αποτελούν ένδειξη μεταστατικού καρκίνου μήτρα (Swartz, 2010).



Γ) Την ορθοκολπική εξέταση, να εισάγει το δείκτη του δεξιού χεριού, μέσα στον κόλπο, ενώ ταυτόχρονα ο μέσος δάκτυλος, εισάγεται εντός του ορθού καθώς το αριστερό χέρι βρίσκεται πάνω στο υπογάστριο, πιέζοντας προς τα κάτω, να ελέγξει το ορθοκολπικό διάφραγμα αν είναι πεπαχυσμένο και ευαίσθητο και να διερευνήσει για την ύπαρξη μαζών και αλλοιώσεων στο ορθό, συνεπεία μετάστασης της ενδομήτριας νεοπλασίας (Swartz, 2010).

2. 4. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τις διαγνωστικές δοκιμασίες του γυναικείου γεννητικού συστήματος

Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του Νοσηλευτή, αφορά τη συμβολή του, στις διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς οι λαμβανόμενες πληροφορίες, θα βοηθήσουν να τεθεί η διάγνωση του ενδομήτριας κακοήθειας ή να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής διαδικασίας (Osborn et al, 2014).

Α) Για το Τεστ κατά Παπανικολάου, ο Νοσηλευτής φροντίζει:



Εικ. 2.5. Ορθοκολπική Εξέταση

Πριν την εξέταση: Να λάβει συγκεκριμένες πληροφορίες από την ασθενή, σχετικά με διαταραχές έμμηνου ρύσεως, τυχόν αιμορραγίες ή ύπαρξης κολπικής έκκρισης ή κνησμού. Η εξέταση πρέπει να προγραμματιστεί στο ενδιάμεσο του κύκλου. Επίσης, να εκπαιδεύσει την ασθενή, να απέχει από σεξουαλική επαφή τουλάχιστον 24 h πριν την εξέταση, να απέχει από εφαρμογή κολπικών σκευασμάτων και λήψη φαρμάκων (διγοξίνη, οιστρογόνα τετρακυκλίνη) μια εβδομάδα πριν την εξέταση, καθώς αλλάζουν τη δομή των κυττάρων ή το κολπικό pH. Τέλος να προμηθευτεί υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης και να ζητήσει, από την ασθενή να ουρήσει πριν την εξέταση

Κατά την εξέταση: Αφού λάβει κύτταρα με ένα στείλο ή με μια ενδοτραχηλική βούρτσα, να τα διατηρήσει σε ψυχρό περιβάλλον πάνω σε αντικειμενοφόρο πλάκα

Μετά την εξέταση: Να ενημερώσει την ασθενή για πιθανή κολπική αιμορραγία και να προγραμματίσει το επόμενο τεστ ΠΑΠ (LeMone et al., 2011).

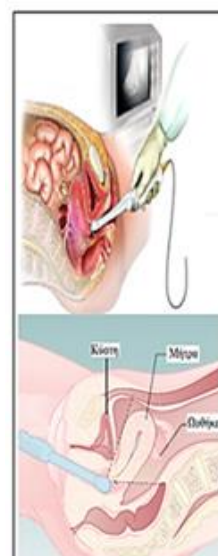
Β) Για το διακολπικό υπερηχογράφημα, ο Νοσηλευτής φροντίζει:

Κατά την εξέταση: Να αφαιρέσει κοσμήματα ή άλλα μεταλλικά αντικείμενα από την περιοχή και να ενισχύσει την ασθενή, να παραμένει ακίνητη, καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς η κίνηση, προάγει αναξιόπιστα αποτελέσματα. Για την καλύτερη οπτικοποίηση μήτρας, δίνεται οδηγία στην ασθενή, να εισπνεύσει βαθιά και να κρατήσει την ανάσα της.

Μετά την εξέταση: Να ενημερώσει την ασθενή, για το ενδεχόμενο μιας ήπιας παροδικής κολπικής αιμορραγίας μετά την εξέταση, να τακτοποιήσει το χώρο, να καθαρίσει και να απολυμάνει τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν (Van Leeuwen et al., 2009).

Γ) Για την υστεροσκόπηση, ο Νοσηλευτής φροντίζει:

Πριν την εξέταση: Να ενημερώσει την ασθενή με ενδομήτριο καρκίνωμα, για το ότι, πρέπει να απέχει από τροφή και νερό τουλάχιστον 6 ώρες πριν την εξέταση, ότι ενδέχεται να νιώσει πόνο που διαρκεί 24 έως 36 ώρες μετά τη δοκιμή (καθώς η μήτρα θα διογκωθεί με CO₂) και πιθανόν κολπική αιμορραγία. Επιπλέον να σημειώσει όποιες αλλεργίες και να εξασφαλίσει απαραίτητο εξοπλισμό και αναλώσιμα, όπως δίσκο έκτακτης ανάγκης, για



Εικ. 2.7. Κολπικό U/S

αντιμετώπιση επιπλοκών π.χ. αρρυθμίες (Murray et al., 2014).

Κατά την εξέταση: Αφού βοηθήσει την ασθενή, να λάβει θέση λιθοτομής να συνδράμει στην αντισηψία της περιοχής και στη σύνδεση του υστεροσκοπίου, στη γραμμή του CO₂ και στη γραμμή έγχυσης αλατούχου διαλύματος παρακολουθώντας πάντα τα επίπεδά τους να είναι ασφαλή. Αν η ασθενής, δεν έχει λάβει γενική αναισθησία, ενισχύει συνεχώς την ασθενή (Baggish et al., 2009).

Μετά την εξέταση: Να παρακολουθήσει τα ζωτικά της σημεία της ασθενούς, προλαμβάνοντας ανεπιθύμητες ενέργειες όπως, ωχρότητα, ναυτία, δύσπνοια κ.α. και να την εκπαιδεύσει, ώστε: για τις επόμενες 1-3 μέρες, επειδή υπάρχει το ενδεχόμενο κολπορραγίας και πόνου, συνιστάται η χρήση αναλγητικών και η αποχή από συνουσία για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Σε έντονη αιμορραγία, κολπόρροια, κοιλιακό άλγος και θερμοκρασία >38°C, να αναζητήσει ιατρική γνωμάτευση (Murray et al., 2014).

Δ) Για τη διαγνωστική διαστολή και η απόξεση (D & C), ο Νοσηλευτής φροντίζει:

Πριν την εξέταση: Αφού βεβαιωθεί, για την τήρηση προεγχειρητικών οδηγιών π.χ. νηστεία, υποκλυσμό, να ενημερώσει την ασθενή για τα πιθανά αποτελέσματα και μετεγχειρητικές επιπλοκές (άλγος ή αίσθημα μέθης) (Lippincott et al., 2011).

Κατά την εξέταση: Να παρακολουθεί τακτικά τα ζωτικά σημεία κατά τη διάρκεια της εξέτασης, διότι η ασθενής, δύναται να λάβει τοπικό αναισθητικό και συγχρόνως γενική ενδοφλέβια αναισθησία. (Lippincott et al., 2011).

Μετά την εξέταση: Να παρακολουθήσει συνεχώς την ασθενή (monitoring), για συνεχή, διαξιφιστικό πόνο, που δεν ανταποκρίνεται στα αναλγητικά και παραπέμπει σε διάτρηση μήτρας, αιμορραγία, αιματουρία ή μόλυνση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ενημερώσει τον γιατρό. Τέλος, ο Νοσηλευτής, οφείλει να εκπαιδεύσει ώστε η ασθενής: να αποφύγει τη χρήση ταμπόν, την άρση βαρών και τη συνουσία, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες μέχρι τον μετεγχειρητικό επανέλεγχο αναφέροντας κάθε αιμορραγία με έντονο κόκκινο χρώμα ή με ροή μεγαλύτερη της αναμενόμενης (Lippincott et al., 2011).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Γυναίκες, που διαγιγνώσκονται με καρκίνο ενδομητρίου, χαρακτηρίζονται από φάσεις έντασης, δυσφορίας και αυξημένες ψυχοσωματικές ανάγκες, που

σχετίζονται με τις θεραπευτικές παρενέργειες και της αλλαγής του τρόπου ζωής (Cook et al., 2017).

Οι Νοσηλευτές, παρέχοντας ολιστική φροντίδας στις ασθενείς με ενδομήτριο καρκίνο, οφείλουν να λειτουργούν ως συνήγοροι, σύμβουλοι, συντονιστές φροντίδας, μάνατζερ τους και να εργάζονται ομαδικά ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (Κωνσταντινίδης και συν., 2013), εστιάζοντας στην:

Αξιολόγηση ασθενών: Οι Νοσηλευτές οφείλουν να εκτιμούν την ψυχοσωματική κατάσταση της ασθενούς, τις πρακτικές υγείας και τη γνώση της ασθενούς και των οικείων της για την ασθένεια για τη θεραπεία, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις πιθανές επιπλοκές (Rieger et al.,2018).

Εκπαίδευση ασθενών: Ο Νοσηλευτής, έχει την ευκαιρία από οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγείας, από τη θεραπεία κατά τη διάρκεια και μετά αυτής, να παρέχει εξατομικευμένη εκπαίδευση με πληροφορίες, που θα βοηθήσουν τις ασθενείς να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις, για να διατηρήσουν ή να επανακτήσουν την κατάσταση υγείας τους (Rieger et al.,2018).

Συντονισμό της φροντίδας: Ο Νοσηλευτής, τις περισσότερες φορές είναι ο συνδεδετικός κρίκος, μεταξύ ασθενών με καρκίνο και του συστήματος υγείας. Για το σκοπό αυτό, είναι υπεύθυνος να συντονίσει σύνθετες δομές που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο ενδομητρίου (Rieger et al.,2018).

Υποστηρικτική φροντίδα: Ρόλος του Νοσηλευτή, είναι να σχεδιάσει τη φροντίδα κατά τέτοιο τρόπο, που θα παρέχει στις ασθενείς και στις οικογένειές τους πληροφορίες σχετικές με τον έλεγχο του πόνου, θα παρέχει βοήθεια σχετικά με ψυχοσωματικά προβλήματα, θα προλαμβάνει, θα προάγει τη συμμόρφωση και θα ανακουφίζει τις ασθενείς από τις παρενέργειες των φαρμακολογικών θεραπειών (Rieger et al.,2018).



Πίν. 3.1. Νοσηλευτής & Θεραπεία

3. 1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία ασθενούς

Οι γυναίκες με καρκίνο ενδομητρίου, που αποφασίζουν να υποβληθούν υποβάλλονται ή υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, επιφορτίζονται συναισθηματικά. Οι Νοσηλευτές, παρέχοντας, προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν την ευθύνη, της ψυχοσωματικής προετοιμασίας και αποκατάσταση των ασθενών (Potter et al., 2014), (Farrell et al., 2017).

3. 1. 1. Προεγχειρητική Φροντίδα και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η προεγχειρητική φάση, αρχίζει με την απόφαση για τη χειρουργική επέμβαση και τελειώνει με τη μεταφορά του ασθενή στο χώρο του χειρουργείου. Με στόχο την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, ο Νοσηλευτής εστιάζει:

α) Στην αξιολόγηση της ασθενούς, ώστε ο Νοσηλευτής, να εντοπίσει και να προλάβει παράγοντες κινδύνου κατά τη μετεγχειρητική περίοδο φροντίζοντας για την:

- Ανασκόπηση διαγνωστικών μελετών (εργαστηριακός έλεγχος, α/α θώρακος, ΗΚΔ)
- Εκτίμηση του ιστορικού υγείας, αλλεργιών, φαρμάκων προηγούμενων επεμβάσεων ή προβλημάτων με την αναισθησία
- Αξιολόγηση των φυσικών αναγκών, της δυνατότητας επικοινωνίας, των ζωτικών σημείων, του επίπεδου συνείδησης, του δέρματος, της κίνησης και των προθέσεων
- Αξιολόγηση των ψυχολογικών αναγκών, της κατανόησης της διαδικασίας και των οδηγιών, και της ύπαρξης συστημάτων υποστήριξης.
- Αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών και εθιμικών ιδιαιτεροτήτων της ασθενούς, (π.χ. διάθεση οργάνων, μεταγγίσεις αίματος κ.α.) (Timby et al., 2010).

Συνήθεις προεγχειρητικές Νοσηλευτικές διαγνώσεις, ασθενούς, που πρόκειται να υποβληθεί σε υστερεκτομή, αναφέρονται κυρίως στο άγχος και στο έλλειμα γνώσης. Απαιτείται από το Νοσηλευτή, να ενθαρρύνει την επικοινωνία, ώστε να αξιολογεί το επίπεδο γνώσεων και την αιτία πιθανής ανησυχίας της ασθενούς (Fogel et al., 2009).

β) Στην προεγχειρητική διδασκαλία της ασθενούς, από το Νοσηλευτή, η οποία μειώνει το άγχος και το φόβο και επιδρά θετικά στην ανάρρωσή της. Ο Νοσηλευτής, εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένειά της, για την ανάγκη:

- Να καταναλώνει καθημερινά 6-8 ποτήρια νερό, τροφές «πλούσιες» σε πρωτεΐνες, σίδηρο βιταμίνη C και σε φυτικές ίνες
- Να αποφεύγει μετεγχειρητικά, την έντονη άσκηση, τη άρση βαριών αντικειμένων την οδήγηση και τη συνουσία για τουλάχιστον 4 εβδομάδες
- Να προτιμούν το ντουζ, και να αποφεύγουν το μπάνιο
- Να αποφεύγουν τη καθιστική ζωή και να εφαρμόζουν πρόγραμμα ήπιας άσκησης
- Κατά τη συνουσία, να χρησιμοποιούν λιπαντικά για την κολπική στενότητα
- Ο αναμενόμενος πόνος, ελέγχεται με μέσα όπως αντλίες αναλγησίας, ασκήσεις κ.α.
- Να αναφέρουν άμεσα, μετεγχειρητικά συμπτώματα, όπως: κολπική αιμορραγία, γαστρεντερικές διαταραχές, πόνο, δυσουρία και σημεία φλεγμονής ή λοίμωξης
- Να αποφεύγουν δραστηριότητες που αυξάνουν την πυελική συμφόρηση π.χ. χορός, ιπασία, καθιστή θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα)
- Εάν πραγματοποιηθεί και ωθηκεκτομή, είναι δυνατό να εμφανιστούν εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις και κολπική ξηρότητα (Fogel et al., 2009).

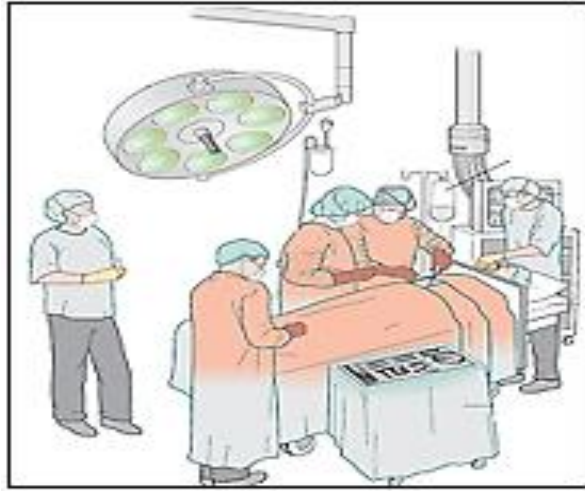
Η νοσηλευτική διδασκαλία περιλαμβάνει επιπλέον, ασκήσεις βαθιάς αναπνοής, κάτω άκρων, βήχα, κινητικότητας, αλλαγής θέσης. Επιπλέον, ο Νοσηλευτής, πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για τις ενδοφλέβιες (IV) και άλλες γραμμές και παροχετεύσεις, που πιθανό θα φέρει, κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (Potter et al., 2014).

γ) Στην φυσική προετοιμασία της ασθενούς, φροντίζοντας ο Νοσηλευτής για:

- Την προετοιμασία του δέρματος: Καθαρισμό δέρματος, αφαίρεση των τριχών μακιγιάζ και βερνικιού
- Την απέκκριση: Με καθετηριασμό και υποκλυσμό, το βράδυ πριν την επέμβαση
- Την σίτιση και τη χορήγηση υγρών: Συμβουλές για αποχή (NPO) της ασθενούς, από τρόφιμα και υγρά, τουλάχιστον 8 με 10 ώρες πριν την επέμβαση
- Την φροντίδα τιμαλφών: Με αφαίρεση και φύλαξή τους (κοσμημάτων, φακών κ.α.)
- Την ενδυμασία: Με χειρουργική ρόμπα, καπέλο και αντιθρομβωτικές κάλτσες
- Τη χορήγηση προεγχειρητικών φαρμάκων (αντιβιοτικά, ηρεμιστικά, κ.α.), ελέγχοντας την ταυτότητα της ασθενούς, τα ζωτικά σημεία και τυχόν αλλεργίες
- Την προεγχειρητική λίστα ελέγχου: Υπογεγραμμένη από τον υπεύθυνο Νοσηλευτή με τα ζωτικά σημεία της ασθενούς, το βάρος της, το διάγραμμα με το

ιστορικό τα φάρμακα και τις εφαρμοσμένες προεγχειρητικές διαδικασίες (Fogel et al., 2009).

δ) *Στην χειρουργική συγκατάθεση:* Η ασθενής, προεγχειρητικά, θα πρέπει να υπογράψει μια φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης. Ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει τον γιατρό εάν η ασθενής χρειάζεται πρόσθετες πληροφορίες (Potter et al., 2014).



Εικ. 3.1. Χειρουργική ομάδα

ε) *Στην μεταφορά στο χειρουργείο:* Επειδή μερικοί ασθενείς λαμβάνουν

προεγχειρητικά ηρεμιστικά, οι Νοσηλευτές, οφείλουν να βοηθούν τους κατά την μετακίνηση της ασθενούς από το κρεβάτι στο φορείο, για την πρόληψη πτώσεων (Potter et al., 2014).

3. 1. 2. Διεγχειρητική Φροντίδα και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η διεγχειρητική φάση, αρχίζει με τη μεταφορά της ασθενούς στη χειρουργική αίθουσα και τελειώνει με την επιστροφή της στην κλινική. Ο διεγχειρητικός Νοσηλευτής, σ' αυτή τη περίοδο είναι υπεύθυνος, να επιδείξει ανάλογες δεξιότητες, ως Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού, Εργαλειοδότης ή Νοσηλευτής κίνησης, ώστε η ασθενής να απέχει από σημεία και συμπτώματα λοίμωξης, σωματικής, υποθερμίας, βλάβης ή τραυματισμού (Daniels et al., 2012).

α) *Διεγχειρητική Εκτίμηση :* Ανάλογα με τη κατάσταση, η νοσηλευτική αξιολόγηση, προαναισθητικά, μπορεί να συμπεριλάβει τα Ζ.Σ., το επίπεδο συνείδησης, τη φυσική κατάσταση, το διάγραμμα της ασθενούς, τις προεγχειρητικές διεργασίες που εφαρμόστηκαν και τα αποτελέσματα του προεγχειρητικού ελέγχου (Fogel et al., 2009).

β) *Διεγχειρητικές παρεμβάσεις:* Οι Νοσηλευτές, εκτιμούν την κατάσταση της ασθενούς, και παρεμβαίνουν, με σκοπό την πρόληψη πιθανόν επιπλοκών, όπως:

- Της λοίμωξης. Απαιτείται από τους Νοσηλευτές άσηπτη τεχνική κατά τη διάρκεια της επέμβασης και συνεχή μέτρηση χρησιμοποιούμενων υλικών και εργαλείων

- Την υπερφόρτωση της ασθενούς με υγρά ή το έλλειμμα όγκου υγρών: Απαιτείται διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, με συνεχή μέτρηση των (IV) χορηγούμενων υγρών και των αποβαλλόμενων ούρων
- Των τραυματισμών. Ο Νοσηλευτής, τοποθετεί την ασθενή σε ύπτια θέση ή σε θέση λιθοτομής, ανάλογα τον επεμβατικό τύπο, προλαμβάνοντας νευρικό τραυματισμό
- Της υποθερμίας, που σχετίζεται με την υποθερμία της αίθουσας, της απώλειας αίματος και της σωματικής αδράνειας. Ο Νοσηλευτής, πρέπει να προλαμβάνει, εφαρμόζοντας ειδικό θερμαντικό εξοπλισμό π.χ. συσκευές θέρμανσης IV υγρών
- Της κακοήθους υπερθερμίας, έτσι ώστε αν η θερμοκρασία της ασθενούς, αρχίζει να αυξάνεται ταχέως, η αναισθησία να διακόπτεται μέχρι τη διόρθωση των

Βαθμονόμηση Pars		
Κινητικότητα	Μπορεί να κινήσει τα 4 άκρα εθελοντικά ή με εντολή	2
	Μπορεί να κινήσει τα 2 άκρα εθελοντικά ή με εντολή	1
	Αδυνατεί να κινήσει τα άκρα εθελοντικά ή με εντολή	0
Αναπνευστικό	Μπορεί να βήξει ελεύθερα και να αναπνεύσει βαθιά	2
	Δύσπνοια ή περιορισμένη αναπνοή	1
	Άπνοια	0
Κυκλοφορικό	Πίεση αίματος: 20% προαναισθητικού επιπέδου	2
	Πίεση αίματος 21%-49% προαναισθητικού επιπέδου	1
	Πίεση αίματος 50% προαναισθητικού επιπέδου	0
Συνείδηση	Πλήρως ξύπνιος	2
	Ανταποκρίνεται στην κλήση	1
	Δεν απαντά	0
Κορεσμός οξυγόνου	Διατήρηση κορεσμού >92% στον αέρα δωματίου	2
	Διατήρηση κορεσμού >92% με χορήγηση O ₂	1
	Κορεσμός <90% με χορήγηση O ₂	0
ΣΥΝΟΛΟ	Πιθανό εύρος αποτελεσμάτων 0-20	

παραμέτρων αυτών (Fogel et al., 2009).

3. 1. 3. Άμεση μεταναισθητική φροντίδα και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Στην αίθουσα ανάνηψης, αφού ο Νοσηλευτής ενημερωθεί από τη χειρουργική ομάδα, για την ασθενή που υποβλήθηκε σε υστερεκτομή, αξιολογεί την κατάστασή της, ως προς τη διατήρηση ανοικτών αεραγωγών, την αναπνοή, την κυκλοφορική και νευρολογική κατάσταση και την ασφάλεια (Potter et al., 2014).

α) Άμεση μεταναισθητική Εκτίμηση.

Η ευρεία χρήση της βαθμολογίας Aldrete ή PARS είναι συστήματα εκτίμησης που χρησιμοποιούνται από τους Νοσηλευτές, στην αίθουσα ανάνηψης. Για

την έξοδό τους από την αίθουσα, απαιτείται οι ασθενείς να λάβουν ένα σύνθετο σκορ 8 έως 10 ή πάνω από 18 για τις βαθμολογήσεις Aldrete ή PARS αντίστοιχα (Potter et al., 2014).

β) Άμεσες Μεταναισθητικές Παρεμβάσεις

- Τοποθέτηση της ασθενούς, σε θέση ύπτια ή ημι-Fowler.
- Τακτική παρακολούθηση κίνησης του διαφράγματος και αίσθηση της εκπνοής,
- Σε περίπτωση εμετού, η ασθενής στρέφεται προς τα πλάγια
- Ενθάρρυνση της ασθενούς, να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει κάθε 1h
- Εφαρμογή μεθόδου ώθησης της σιαγόνας για τη διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
- Χορήγηση IV υγρών σε τέτοιο ρυθμό ώστε να αποκατασταθούν τα «χαμένα» υγρά
- Τοποθέτηση πλευρικών ραγών στο φορείο, για την πρόληψη πτώσης από το φορείο
- Τακτική παρακολούθηση και χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών φαρμάκων, σε ανεκτά για την κατάσταση της ασθενούς επίπεδα (Hopper et al., 2009)

3.1.4. Μετεγχειρητική φροντίδα και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Όταν η κατάσταση της ασθενούς σταθεροποιηθεί στην αίθουσα ανάνηψης, η ασθενής που υποβλήθηκε σε υστερεκτομή επιστρέφει στο γυναικολογικό τμήμα, όπου προτεραιότητα του Νοσηλευτή, είναι η εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, με στόχο την πρόληψη επιπλοκών και την όσο το δυνατό συντομότερη επιστροφή της ασθενούς σε σχετικά λειτουργικό επίπεδο ευεξίας (Potter et al., 2014).

α) *Μετεγχειρητική Εκτίμηση.* Η Νοσηλευτική αξιολόγηση της χειρουργημένης ασθενούς από Ca ενδομητρίου, περιλαμβάνει την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και την ολοκλήρωση της αναθεώρησης των συστημάτων, κάθε 15΄για την 1η h, κάθε 30΄για τις επόμενες 2 h, κάθε 1h για τις επόμενες 4 h και ακολούθως κάθε 4 h, μέχρι να ανανήψει πλήρως η ασθενής και να ομαλοποιηθούν τα Ζ.Σ. Εκτιμώνται:

- Οι αεραγωγοί: Οι αναπνευστικοί ήχοι, βάθος ή ποιότητα και ο ρυθμός της αναπνοής και ο κορεσμός του οξυγόνου
- Η κυκλοφορία: Οι περιφερικοί σφυγμοί και το χρώμα του δέρματος
- Το νοητικό επίπεδο: Το επίπεδο συνείδησης και προσανατολισμού
- Τα ζωτικά σημεία: Η θερμοκρασία, η ΑΠ, ο σφυγμός και οι αναπνοές
- Η κατάσταση του δέρματος: οι περιοχές πίεσης πάνω από οστικές προεξοχές
- Η νεφρική λειτουργία: Η απέκκριση ούρων από τον καθετήρα Foley
- Η χειρουργική τομή: Η ροή της παροχέτευσης, τυχόν αιμορραγία η εκσεσημασμένη παροχέτευση στην επίδεση,
- Ο πόνος: Η εκτίμηση, μέσω κλιμάκων προσδιορισμού της έντασης και των μη λεκτικών σημείων του πόνου
- Η κατάσταση ενυδάτωσης: Ο ρυθμός έγχυσης (IV) υγρών, η διούρηση, το ισοζύγιο υγρών, η σπαργή των ιστών και η κατάσταση των βλεννογόνων (Dewit, 2009).



Πίν. 3.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική αξιολόγηση

β) *Μετεγχειρητικές Παρεμβάσεις.* Οι

Νοσηλευτικές διαγνώσεις και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις, ασθενούς που υποβλήθηκε σε υστερεκτομή, αφορούν τον κίνδυνο για:

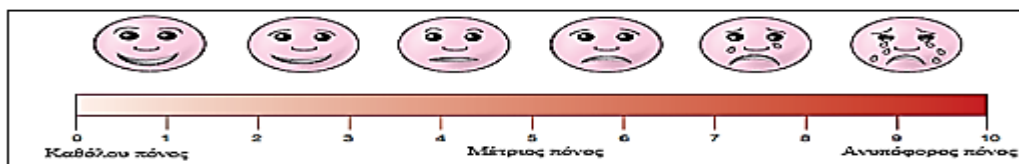
- Αλλοιωμένη αναπνευστική λειτουργία, που σχετίζεται με την ακινησία, την αναισθησία, τα αναλγητικά και τον πόνο. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:
 - ✓ Με ενθάρρυνση για ασκήσεις βήχα και πρόωρη έγερση
 - ✓ Με τακτική ακρόαση των πνευμόνων και τακτική ενδοτραχειακή αναρρόφηση
 - ✓ Με τακτική αλλαγή θέσης και ενθάρρυνση βαθιάς αναπνοής κάθε 1 με 2 ώρες,
 - ✓ Με ενίσχυση της χρήσης σπιρομέτρησης, για τη βελτίωση της εισπνοής
 - ✓ Με χορήγηση O₂, ανάλογα της ένδειξης παλμικής οξυμετρίας
 - ✓ Αποφυγή χρήσης ναρκωτικών, αν οι αναπνοές < 12/min (Potter et al., 2014).

- Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, σχετιζόμενη με την ακινησία. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με:
 - ✓ Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριού κάτω από τα γόνατα, καθώς η κάμψη τους προωθεί τη φλεβική στάση και το σχηματισμό θρόμβων
 - ✓ Ενίσχυση για τακτικές ασκήσεις κάτω άκρων κάθε 2-4 h
 - ✓ Προώθηση επαρκούς ενυδάτωσης (POS ή IV)
 - ✓ Αφαίρεση και εναπόθεση, αντιεμβολικών καλτσών ή συσκευές IPC κάθε 8 h
 - ✓ Χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων ανάλογα των εργαστηριακών εξετάσεων
 - ✓ Εκτίμηση οιδήματος, μετρώντας τη γαστρονομική περιφέρεια (Potter et al., 2014).
- Πόνος, που σχετίζεται με τη χειρουργική τομή. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με:
 - ✓ Προσδιορισμό παραγόντων αύξησης πόνου, χορήγηση αναλγητικών και εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων (αλλαγή θέσης, απόσπαση προσοχής)
 - ✓ Αξιολόγηση του τύπου, τοποθεσίας και επιπέδου πόνου, κάθε 30' χρησιμοποιώντας μια ορισμένη κλίμακα (οπτική ή αριθμητική) (Fogel et al., 2009).



Εικ. 3.2. Συσκευή IPC

- Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, σχετιζόμενη με τις απώλειες ή την υπερβολική χορήγηση όγκου υγρών. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με:
 - ✓ Τακτική αξιολόγηση Ζ.Σ. εργαστηριακών τιμών και αναφορά αποκλίσεων
 - ✓ Αξιολόγηση πρόσληψης IV υγρών και της απέκκρισης, μέχρι έναρξης λήψης υγρών από το στόμα και φυσιολογικής παραγωγής ούρων (Potter et al., 2014).
- Αιμορραγία, που σχετίζεται με «κακούς» χειρισμούς. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:
 - ✓ Με παρακολούθηση σημείων για ταχυκαρδία, υπόταση, υποθερμία, ολιγουρία



- ✓ Καταγραφή σερβιετών Πίν. 3.4. Κλίμακα πόνου και του χρώματος της κολπικής αιμορραγίας.
- ✓ Διατήρηση IV υγρών, ενίσχυση ομοιόστασης και πιθανή μετάγγιση αίματος

- ✓ Αξιολόγηση της χειρουργικής περιοχής και σημείων για εσωτερική αιμορραγία (συλλογή παροχετεύσεων, οίδημα, υπόταση, σημεία σοκ) (Fogel et al., 2009).
- Μόλυνση και σήψη, που σχετίζεται με την τομή. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με:
 - ✓ Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την περιποίηση τραύματος, τακτική επισκόπηση, και αλλαγή επιθεμάτων και διατήρηση καθαρών παροχετεύσεων
 - ✓ Τακτική μέτρηση της θερμοκρασίας σώματος (Potter et al., 2014).
- Παραλυτικό ειλεό και τεινισμό, σχετιζόμενο με την αναισθησία, τα χορηγούμενα ναρκωτικά και την επέμβαση. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με:
 - ✓ Τακτική αξιολόγηση ναυτίας, εμέτου κοιλιακής διάτασης, απουσίας εντερικών ήχων και αποκατάστασης εντερικής λειτουργίας. Κατόπιν ανάλογης ιατρικής οδηγίας, (εμετός>300 ml, απουσία εντερικής λειτουργίας για 2-3 μέρες μετεγχειρητικά) χορήγηση υπακτικών ή εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα (Levin)
 - ✓ Διατήρηση της κατάστασης, «τίποτα από το στόμα», μέχρι την αποκατάσταση των εντερικών ήχων. Μετά την επαναφορά της εντερικής λειτουργίας, ενίσχυση της ασθενούς, για κατανάλωση υγρών, φυτικών ινών και κινητοποίηση
 - ✓ Προώθηση της άσκησης. Η σωματική δραστηριότητα διεγείρει τον περισταλτισμό του εντέρου (Fogel et al., 2009), (Potter et al., 2014).
- Ναυτία και έμετο, που σχετίζονται με την αναισθησία. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:
 - ✓ Με ενθάρρυνση για καθιστική θέση και στροφής του κεφαλιού προς τη μία πλευρά,
 - ✓ Με αξιολόγηση σημείων ή συμπτωμάτων δήλωσης ανισορροπίας ηλεκτρολυτών
 - ✓ Με συστάσεις για φροντίδα στόματος (Potter et al., 2014).
- Κατακράτηση ούρων, σχετιζόμενη με την επέμβαση. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:
 - ✓ Με διακοπτόμενο καθετηριασμό, αν διαπιστώνεται ανουρία για 8 h μετεγχειρητικά
 - ✓ Με τακτική εκτίμηση διάτασης της ουροδόχου και του ισοζυγίου υγρών.
 - ✓ Με τακτική εκτίμηση χρώματος και πυκνότητας ούρων (Potter et al., 2014).

3. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην εφαρμογή ακτινοθεραπείας ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου

Ο ρόλος του Νοσηλευτή ακτινοθεραπείας, εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης, στην εκπαίδευση, και στη φροντίδα ασθενούς με ενδομήτριο καρκίνωμα και των οικείων της κατά την περίοδο αυτή (Λαβδανίτη και συν, 2017).

3. 2. 1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή, πριν την εφαρμογή ακτινοθεραπείας

α) Αξιολόγηση ασθενούς. Αρχικά η εκτίμηση της ασθενούς με ενδομήτριο καρκίνωμα, που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία, περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, τον έλεγχο συμπτωμάτων και της κατάστασης υγείας (Λαβδανίτη, 2017).

Ο Νοσηλευτής, είναι υπεύθυνος, να συλλέξει αντικειμενικά δεδομένα, όπως:

- ✓ της συνταγογραφούμενης ακτινοθεραπείας και της ταυτότητας της ασθενούς,
- ✓ τους στόχους της ακτινοθεραπείας
- ✓ τελικής συγκατάθεσης από την ασθενή
- ✓ τον κρίσιμων ανατομικών δομών, το σχεδιασμό, την απεικόνιση, τη δοσιμετρία, τη συνολική δόση και το χρονοδιάγραμμα ακτινοβολίας
- ✓ το ιστορικό υγείας, προηγούμενων θεραπειών, των ζωτικών παραμέτρων και της υποστηρικτικής θεραπείας (π.χ. δόση δοκιμής) (Yarbro et al, 2011).

β) Εκπαίδευση ασθενούς. Η εκπαίδευση της ασθενούς, περιλαμβάνει πληροφορίες για τους στόχους και τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για τον εξομοιωτή, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και για την αντιμετώπισή τους (Λαβδανίτη και συν, 2017). Πιο συγκεκριμένα ο Νοσηλευτής εστιάζει στα εξής δεδομένα:

Για την εξωτερική ακτινοθεραπεία, η ασθενής:

- ✓ Να μην χρησιμοποιούνται κρέμες, λάδια ή σκευάσματα, μη συνταγογραφημένα
- ✓ Τα ρούχα που έρχονται σε επαφή με την ακτινοβολημένη περιοχή, θα πρέπει να είναι απαλά, χωρίς κουμπιά, ζώνες ή λωρίδες που πιέζουν την περιοχή
- ✓ Να αποφεύγει την έκθεση της ακτινοβολημένης περιοχής στον ήλιο
- ✓ Να πλένει την ακτινοβολημένη περιοχή κάθε μέρα, με ήπιο σαπούνι και άφθονο νερό και να σκουπίζει απαλά, χωρίς τρίψιμο (Ignatavicius et al., 2016).

Για την εσωτερική ακτινοθεραπεία (βραχυθεραπεία):

- ✓ Ενημέρωση ασθενών, ότι οι οξείες αντιδράσεις ακτινοβολίας (ερύθημα, απολέπιση, βλενογονίτιδα) θα υποχωρήσουν τους επόμενους 2-3 μήνες (Yarbro et al, 2011).

3. 2. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή, κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας

Προτεραιότητα του Νοσηλευτή, κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας, είναι η διασφάλιση της ασθενούς του περιβάλλοντος και του ιδίου, φροντίζοντας για:

- ✓ Τη συλλογή του απαραίτητου υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού και τον έλεγχο σωστής λειτουργίας τους, δοσομετρητών, φιλμ, monitor κ.α.
- ✓ Τη λήψη των απαραίτητων μέτρων ασφάλειας, που αφορούν:
 - Το πλύσιμο χεριών, εφαρμογή γαντιών και χρήσης μολύβδινου ρουχισμού
 - Εφαρμογή συσκευών ακινητοποίησης, για σταθερότητα θέσης και ασφάλειας
 - Συνεχής εκτίμηση κατάστασης της ασθενούς και παρακολούθησης της κατάστασης της ασθενούς (monitoring), για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων παρενεργειών
- ✓ Απόλυτη τήρηση χρόνου και απόστασης της θωράκισης κατά τη βραχυθεραπεία
- ✓ Χρήση σήματος ακτινοβολίας και δοσομετρητή, απευθείας ανάγνωσης για άμεση καταγραφή έκθεσης στην ακτινοβολία, όταν βρίσκεται κοντά στην ασθενή
- ✓ Σωστή διαχείριση και απόρριψη ραδιενεργών υλικών (βελόνες και καθετήρες, θα πρέπει να μετρηθούν και να απορριφθούν ανάλογα (Ignatavicius et al., 2016).

3. 2. 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή, μετά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας για τον καρκίνο ενδομητρίου, συχνά επιφέρει παρενέργειες, όπως: κόπωση, διάρροια, κοιλιακές κράμπες, δυσουρία, κολπική στένωση, ξηρότητα και δυσπαρεύνια, η οποία μπορεί να συνεχιστεί για τους επόμενους 12 μήνες, επηρεάζοντας, την αυτοεκτίμηση της ασθενούς(Schofield et al, 2013).

Οι συνήθεις Νοσηλευτικές διαγνώσεις και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις, ασθενούς που υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία, αφορούν τον κίνδυνο για:

- Δερματικές βλάβες, που σχετίζονται με την εφαρμογή της ακτινοβολίας στις πτυχές της βουβωνικής περιοχής. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Τακτική παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και ενυδάτωση του δέρματος με μαλακτική κρέμα, για τη μείωση του κνησμού
 - ✓ Αποφυγή ξυρίσματος, αντισηπτικών, βάμμα ιωδίου, λοσιόν, σκόνες επιθέματα

- Κόπωση, που σχετίζεται με πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, την ηλικία, τον πόνο, τον υποσιτισμό, τα φάρμακα, κ.α. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Συνεχείς νοσηλευτικές αξιολογήσεις οργανικών και ψυχολογικών αιτιών κόπωσης, βασιζόμενες σε αντικειμενικά δεδομένα και στη συζήτηση (Ahlberg et al., 2009)
 - ✓ Εκπαίδευση της ασθενούς, για τη λήψη μέτρων ρύθμισης του περιβάλλοντος π.χ. διατήρηση αντικείμενων σε προσβάσιμα μέρη, ρύθμιση χώρων εργασίας κ.α. (Smeltzer et al., 2010) και προγραμματισμού της καθημερινότητας π.χ. συμβουλές για συχνά διαλείματα ανάπαυσης, ανάθεση εργασιών κ.α. (Yarbro et al, 2011).
- Ακτινική εντερίτιδα, σχετιζόμενη με την πυελική ακτινοθεραπεία. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Τακτική εκτίμηση, της συχνότητας και των ειδικών χαρακτηριστικών του εμέτου, των κενώσεων, του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης
 - ✓ Σύσταση, για χρήση ειδικών αντισπασμωδικών, αντιεμετικών φαρμάκων και εφαρμογή διαιτολογίου με χαμηλά λιπαρά και ανάπαυση
 - ✓ Συστάσεις, για τακτική περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και της περιπρωκτικής περιοχής μετά από κάθε κένωση (Yarbro et al, 2011).
- Οξεία κυστίτιδα, που σχετίζεται με την ακτινοβολήση και τη βλάβη ανατομικών δομών στην περιοχή της πυέλου. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει εφαρμόζοντας:
 - ✓ Εκπαίδευση και ενθάρρυνση των ασθενών, να αναφέρουν σημεία ερεθισμού της ουροδόχου κύστης, όπως δυσουρία, συχνουρία, μειωμένο όγκο ούρων, αιματουρία
 - ✓ Ενίσχυση των ασθενών να διατηρούν επαρκή πρόσληψη υγρών. Η συνιστώμενη πρόσληψη υγρών, κυμαίνεται από 1 έως 2 L / ημέρα.
 - ✓ Διδασκαλία των ασθενών, να αποφεύγουν τρόφιμα, που ερεθίζουν τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης (καφέ, τσάι, αλκοόλ, μπαχαρικά και προϊόντα καπνού)
 - ✓ Τακτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, ώστε να υποχωρήσουν, σε διάστημα 2 έως 8 εβδομάδων, μετά την ολοκλήρωση της ακτινοβολίας (Yarbro et al, 2011).

- Κολπική ξηρότητα και κολπίτιδα, που σχετίζεται με την απώλεια του κολπικού επιθηλίου και την κολπική ατροφία. Ο Νοσηλεύτης παρεμβαίνει, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Ενημέρωση της ασθενούς, ότι οι οξείες αντιδράσεις ακτινοβολίας, όπως ερύθημα, υγρή απολέπιση, και η προσβεβλημένη βλενογονίτιδα θα επιλυθεί τους επόμενους 2 - 3 μήνες, μετά την ολοκλήρωση της ακτινοβολήσης
 - ✓ Εκπαίδευση ασθενούς για αποφυγή ερεθιστικών σαπουνιών, σκονών, αρωμάτων
 - ✓ Ενίσχυση για χρήση, κολπικών λιπαντικών (π.χ. Astroglide) και ενυδατικών κρεμών (με βάση την πηκτίνη), που μειώνουν τη δυσφορία και τον κνησμό
 - ✓ Διδασκαλία των ασθενών, για εναλλακτικές θέσεις για συνουσία και ενημέρωση, για την εφαρμογή κολπικών διαστολέων (Yarbro et al, 2011).

3. 3. Ο ρόλος του Νοσηλεύτη στην εφαρμογή χημειοθεραπείας ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, εστιάζονται στην προσωποκεντρική και ολιστική κατανόηση του νοήματος της ασθένειας του ενδομητρίου καρκίνου και της θεραπείας σε κάθε άτομο ξεχωριστά (Στυλιανού, 2017).

3. 3. 1. Ο ρόλος του Νοσηλεύτη πριν την εφαρμογή χημειοθεραπείας

Ο ρόλος του Νοσηλεύτη, πριν την εφαρμογή χημειοθεραπείας, εστιάζει:

α) Στην αξιολόγηση ασθενούς. Ο Νοσηλεύτης, είναι υπεύθυνος, να διερευνήσει:

- Τα δεδομένα του ιστορικού υγείας της ασθενούς ή της συνυπάρχουσας παθολογίας, της φυσικής εξέτασης, των διαγνωστικών εξετάσεων και το ιστορικό θεραπειών
- Την ψυχοσωματική κατάσταση της ασθενούς, ώστε να γνωρίζει πιθανές επιπλοκές
- Το επίπεδο γνώσης της ασθενούς και των οικείων, για την ασθένεια και τη θεραπεία, με σκοπό την εξάλειψη του άγχους (Hopper et al., 2009).

Κατά την αξιολόγηση, ο Νοσηλεύτης δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα εξής σημεία:

- ✓ Στον εργαστηριακό έλεγχο με προσοχή στο επίπεδο αιμοπεταλίων, λευκοκυττάρων και ερυθροκυττάρων, για τον κίνδυνο αιμορραγίας, λοίμωξης και αναιμίας.
- ✓ Στο βάρος και στην ηλικία της ασθενούς, για τον καθορισμό δόσης των φαρμάκων

- ✓ Σε συμπτώματα για ναυτία, έμετο, διάρροια, αφυδάτωσης λόγω της θεραπείας
- ✓ Στην επισκόπηση του βλεννογόνου του στόματος για βλάβες ή φλεγμονή
- ✓ Στον προσδιορισμό ανάγκης διατροφικής υποστήριξης της ασθενούς
- ✓ Εκτίμησης φόβου και άγχους, σχετικά με την ανάθεση ρόλων, την ποιότητα της συντροφικής σχέσης και τις αλλαγές στην εμφάνιση (Hopper et al., 2009).

β) Στην εκπαίδευση της ασθενούς. Ο Νοσηλευτής, οφείλει, εκπαιδεύοντας τις ασθενείς με ενδομήτρια κακοήθεια και τις οικογένειές τους, να τις βοηθήσει να αντιμετωπίσουν, τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της χημειοθεραπείας. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει:

- Τη διδασκαλία των ασθενών, σχετικά με τη θεραπεία (στόχο, τρόπο, έναρξη, διάρκεια, χρονοδιάγραμμα, παρενέργειες), με σκοπό τη μείωση του φόβου, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, και την ενίσχυση της αυτο-φροντίδας
- Την ενίσχυση της εκπαίδευσης, με κοινοτικές δομές και χρήσιμες ιστοσελίδες
- Την παροχή γραπτών οδηγιών (δραστηριότητα, διατροφή, υγιεινή, φάρμακα)
- Την παραπομπή στον ογκολόγο, για πρόθεση της ασθενούς επικείμενη εγκυμοσύνη (Raingruber et al., 2014).

3. 3. 2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή, κατά την εφαρμογή χημειοθεραπείας

Οι Νοσηλευτές, κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας, δεδομένου των σοβαρών και θανατηφόρων παρενεργειών, θα πρέπει να κατέχουν σε βάθος, γνώση του αντικειμένου και οφείλουν να φροντίζουν (Ignatavicius et al., 2016):

α) Πριν τη χημειοθεραπεία, για τη:

- Συλλογή δεδομένων (χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, ταυτότητα ασθενούς, οδό και διάρκεια χορήγησης) και δεδομένων των ασθενών (διαγνωστικές εξετάσεις, ιστορικό ασθενούς, αλλεργίες, προηγούμενους κύκλους θεραπειών)
- Σωστή προετοιμασία, ασφαλή διαχείριση, αποθήκευση, απόρριψη φαρμάκων, και διάθεση των αποβλήτων (Ignatavicius et al., 2016)

β) Κατά τη χημειοθεραπεία για:

- Τον έλεγχο, από δυο Νοσηλευτές, για:
 - Την ημερομηνία, την ώρα προετοιμασίας και την ημερομηνία λήξης των φαρμάκων
 - Την ημερομηνία και την ώρα έναρξης και ολοκλήρωσης της έγχυσης
 - Το πλήρες όνομα του φαρμάκου, της δόσης φαρμάκου, του όγκου συγκέντρωσης,

- Το πλήρες όνομα της ασθενούς, αναζητώντας τουλάχιστον δύο αναγνωριστικά
- Την οδό χορήγησης της φλεβικής πρόσβασης (π.χ. περιφερική ή κεντρική φλέβα)
- Το ρυθμό χορήγησης, π.χ. αν εφαρμόζεται αντλία συνεχόμενης έγχυσης κ.τ.λ.
- Τη φυσική κατάσταση της ασθενούς με συνεχή έλεγχο των ζωτικών παραμέτρων
- Την υποστηρικτική θεραπεία (π.χ. ενυδάτωση, αντιεμετικά) (Ignatavicius, 2016).

Συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις, κατά τη θεραπεία αφορούν τον κίνδυνο :

- Εξαγγείωσης, εξαιτίας χρήσης περιφερικών φλεβών. Ο Νοσηλευτής εφαρμόζει:
 - ✓ Τακτικό έλεγχο πρόσβασης κεντρικών φλεβικών καθετήρων (port-a-cath ή PICC)
 - ✓ Τακτική παρακολούθηση, σημείων εξαγγείωσης
 - ✓ Η χρήση περιφερικής φλέβας, να μην υπερβαίνει τις 24h
 - ✓ Σε υποψία εξαγγείωσης, άμεση διακοπή της ροής, αναρρόφηση και χορήγηση κατάλληλων antidotes
- Αντιδράσεων υπερευαισθησίας, όπου ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Τον προσδιορισμό αλλεργιών σε τρόφιμα, προϊόντα αίματος και άλλα φάρμακα
 - ✓ Την τακτική παρακολούθηση για σημεία αλλεργίας (κνησμό, εξάψεις, εμετό, δύσπνοια, υπόταση) διακοπή του φαρμάκου και επέμβαση (Smeltzer et al., 2010).

3. 3. 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή, μετά την εφαρμογή χημειοθεραπείας

Σε γυναίκα με καρκίνο ενδομητρίου, μετά τη χημειοθεραπεία, εμφανίζονται παρενέργειες μετά από ημέρες, εβδομάδες ή μήνες έως χρόνια (Raingruber et al., 2014).

Ρόλος του Νοσηλευτή, μετά τη χημειοθεραπεία είναι η διατήρηση της ασθενούς σε καλή ψυχοσωματική κατάσταση και παρεμβαίνει, προλαμβάνοντας τον κίνδυνο:

- Λοίμωξης και αιμορραγίας, σχετιζόμενη με την ανοσοκαταστολή, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Αξιολόγηση στοιχείων, που υποδεικνύουν λοίμωξη με τακτικό έλεγχο των λευκοκυττάρων, των Ζ.Σ., της θερμοκρασίας $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$, ρίγους, οιδήματος, πόνου εξανθήματος, διάρροιας αναπνευστικής ή διαταραχής, ουροποιητικής συχνότητας
 - ✓ Τακτική αξιολόγηση και αντικατάσταση ενδαγγειακών γραμμών, συσκευών, χορηγούμενων υγρών, αποφυγή ενέσεων ή καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης
 - ✓ Εκπαίδευση της ασθενούς, για αποφυγή:

- Του συνωστισμού ή επαφής με άτομα με πρόσφατη λοίμωξη,
- Παρεμβάσεων στο ορθό ή στον κόλπο π.χ. εφαρμογή υπόθετων ή κολπικών ταμπόν
- Κατανάλωσης φρέσκων φρούτων, ωμού κρέατος, ψαριού, αν $WBC < 1.000 / mm^3$
- ✓ Τη λήψη καλλιεργειών, πριν την έναρξη της αντιμικροβιακής θεραπείας
- ✓ Τη λήψη μέτρων σχολαστικής προσωπικής υγιεινής και περιποίησης δέρματος
- ✓ Την παρακολούθηση του αριθμού των αιμοπεταλίων, της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, καθώς και αδικαιολόγητη παρατεταμένη αιμορραγία (αιμόπτυση, αιματέμεση) ή μετά από επεμβατικές διαδικασίες π.χ. μικρές ουλές ή γρατζουνιές
- ✓ Την αποφυγή παρεμβατικών διεργασιών, που προκαλούν τραύμα π.χ. τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Αν υπάρχει ανάγκη, προτείνεται τοποθέτηση μικρότερου μεγέθους
- ✓ Την εκπαίδευση της ασθενούς, για μέτρα αυτοφροντίδας, όπως τη χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας, την αποφυγή ξυραφιού, τις σκληρές τροφές, την αποφυγή φαρμάκων που παρεμβαίνουν στη θρόμβωση, τη χρήση λιπαντικών κατά τη σεξουαλική επαφή και την αποφυγή δυσκοιλιότητας (Smeltzer et al., 2010).
- Πόνου, που σχετίζεται με την μυελοκαταστολή, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Συνεχή αξιολόγηση της εμφάνισης του πόνου, του τύπου, της διάρκειας, του χαρακτήρα, της σοβαρότητας (κλίμακα αξιολόγησης)
 - ✓ Τον τακτικό έλεγχο της λήψης συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τον πόνο και παρακολούθηση αποτελεσματικότητας και παρενεργειών
 - ✓ Την ψυχοκοινωνική και λειτουργική αξιολόγηση και εκπαίδευση της ασθενούς και των οικογενειών τους, με παραπομπή σε κατάλληλους παρόχους υγείας όπως, φυσικοθεραπευτές ή ψυχοθεραπευτές, όταν υπάρχει ανάγκη (Fox et al., 2017).
- Ναυτίας και έμετου, που σχετίζεται με τη φαρμακοθεραπεία, εφαρμόζοντας:
 - ✓ Αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και της έντασης των συμπτωμάτων
 - ✓ Ενθάρρυνση ασθενούς, να καταγράφει καθημερινά το σωματικό βάρος
 - ✓ Εκτίμηση σημείων αφυδάτωσης και του ιστορικού διατροφής
 - ✓ Εκπαίδευση της ασθενούς να αποφεύγει πικάντικες, λιπαρές τροφές
 - ✓ Ενημέρωση για ενισχυτικές μη φαρμακολογικές θεραπείες όπως το βελονισμό, τη μουσικοθεραπεία, τεχνικές χαλάρωσης μυών (μασάζ) κ.α. (Fox et al., 2017).

- Περιφερικής νευροπάθειας (αστάθεια, μείωση αισθητικότητας), που σχετίζονται με τις παρενέργειες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο Νοσηλευτής, παρεμβαίνει, με:
 - ✓ Εκπαίδευση της ασθενούς για την πρόληψη τραυματισμών (αποφυγή χειρισμού επικίνδυνων αντικειμένων, μέτρηση θερμοκρασίας νερού πριν το λουτρό, αποφυγή στενών υποδημάτων και οδήγησης).
 - Ενίσχυση για τακτική, ήπια, καθημερινή άσκηση (Ignatavicius et al., 2016).
- Ανορεξίας και καχεξίας, σχετιζόμενη με τη θεραπεία. Ο Νοσηλευτής, παρεμβαίνει:
 - ✓ Προγραμματίζοντας διαιτητικές αγωγές και προώθηση στοματικής υγιεινής
 - ✓ Έλεγχο του πόνου και εκπαίδευση στις τεχνικών χαλάρωσης
- Στοματίτιδας, σχετιζόμενη με την τοπική φλεγμονή. Ο Νοσηλευτής, παρεμβαίνει:
 - ✓ Με αξιολόγηση για παρεντερική ή εντερική θρεπτική υποστήριξη
 - ✓ Εφαρμογή σκευασμάτων με βάση τη βήτα-καροτίνη και την προπανθελίνη ή την εφαρμογή εναλλακτικών θεραπειών, όπως κρυοθεραπεία ή στοματικών τσιπς
 - ✓ Εκπαίδευση της ασθενούς για αυξημένη κατανάλωση υγρών και μαλακών τροφών και την αποφυγή όξινων ή ερεθιστικών τροφίμων (Ignatavicius et al., 2016)
- Ορμονικών διαταραχών, που σχετίζονται με τη χορήγηση οιστρογόνων. Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:
 - ✓ Αξιολόγηση ορμονικών διαταραχών (εξάψεις, απώλεια μαλλιών, κολπορραγία, αναπνευστική δυσχέρεια, οίδημα, ευαισθησία των κάτω άκρων)
 - ✓ Τακτική παρακολούθηση των επιπέδων του ασβεστίου και της οστικής πυκνότητας
 - ✓ Ενίσχυση για χρήση βαμβακερών απορροφητικών ρούχων (για τις εξάψεις), ζεστών λουτρών και μη στεροειδών αναλγητικών φαρμάκων (Lynn, 2009).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου, συνδέεται με δυσφορία και ψυχική νοσηρότητα, που μπορεί να εκδηλώνεται ως, κατάθλιψη, μείωση ενδιαφέροντος, μεταβολή σωματικού βάρους, αϋπνία, ανησυχία, κόπωση, απώλεια ενεργητικότητας, αυτοϋποτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση ή επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου.

Η παρουσία τουλάχιστον 5 εκ των ανωτέρω 9 συμπτωμάτων, υποδηλώνει την παρουσία κατάθλιψης και χρήζει ανάγκης αντικαταθλιπτικής ψυχοθεραπείας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Αγγελοπούλου και συν, 2013).

4. 1. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου

Ο Νοσηλευτής, με σκοπό να αναγνωρίσει σημεία άγχους ή κατάθλιψης στην ασθενή με καρκίνο ενδομητρίου, θα θέσει τη διάγνωση με βάση, αντικειμενικά σημεία από τη φυσική εξέταση, που αφορούν τη συμπεριφορά, όπως δάγκωμα των νυχιών, αλλαγές βάρους, δύσπνοια κτλ. και με βάση υποκειμενικά στοιχεία από την επικοινωνία με την ασθενή, εστιάζοντας στα εξής:

- ✓ Σε κλίμακα από 1 έως 10, πώς θα βαθμολογούσε η ασθενής, το άγχος που βιώνει και αφορά θέματα σπιτιού, οικογένειας, εργασίας, οικονομικής κατάστασης, φιλικών σχέσεων, συντροφικής σχέσης ή της πρόσφατης νοσηλείας
- ✓ Πόσο καιρό αντιμετωπίζει παράγοντες, που της προκαλούν άγχος;
- ✓ Πώς χειρίζεται, συνήθως, αγχωτικές καταστάσεις (κραυγή, θυμό, απόσυρση, προσευχή, χιούμορ, διαλογισμό ή κάποια άλλη τεχνική χαλάρωσης, όπως γιόγκα και πόσο καλά λειτουργεί, η συνήθης στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους;

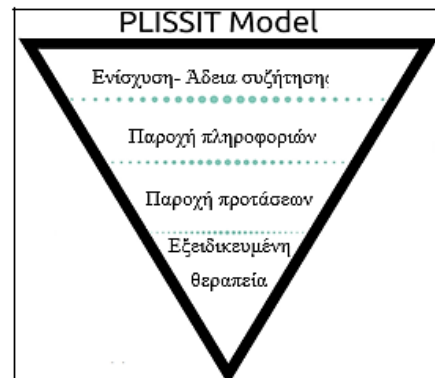
Με σκοπό η ασθενής να αυξήσει την ικανότητα διαχείρισης άγχους ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει:

- Συζητώντας με την ασθενή σκοπεύοντας να την ενθαρρύνει να «εκφραστεί»
- Ενημερώνοντας για διαθέσιμες στρατηγικές μείωσης του άγχους, όπως:
 - ✓ Τη σωματική άσκηση. Η τακτική άσκηση προωθεί την ανακούφιση και την ευεξία
 - ✓ Την ενίσχυση της διατροφής και την αποφυγή χρήσης καφέ, αλατιού, ζάχαρης και λίπους
 - ✓ Την ανάγκη ανάπαυσης και ύπνου, ώστε να αποκατασταθούν τα επίπεδα ενέργειας
 - ✓ Της οργάνωσης χρόνου και προτεραιοτήτων που αφορούν την καθημερινότητα
 - ✓ Της ενίσχυσης της εικόνας του σώματος και της αυτοεκτίμησης με τη χρήση καλλυντικών, κασκόλ, περουκών, κρυοθεραπείας (μειώνει την απώλεια μαλλιών) και χρήσης ένδυσης, που αυξάνει την αίσθηση της ελκυστικότητας
 - ✓ Της λήψης μέτρων για την αποφυγή της κόπωσης π.χ. διατήρηση αντικείμενων σε προσβάσιμα μέρη, ρύθμιση χώρων εργασίας, τη χρήση προσαρμοστικού

εξοπλισμού και το σωστό προγραμματισμό της καθημερινότητας π.χ. συχνά διαλλείματα ανάπαυσης, ανάθεση εργασιών σε οικείους

- ✓ Της ενίσχυσης της κοινωνικότητας, με εντοπισμό σημείων, πρόκλησης φραγμών, όπως η ακράτεια και η έλλειψη χρημάτων και η προώθηση αυτής, με συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και ομάδες υποστήριξης
- ✓ Της ενίσχυσης της σεξουαλικότητας και της σχέσης με το σύντροφο, από το Νοσηλευτή, ο οποίος:

- Αφού αξιολογήσει τη σεξουαλική κατάσταση (μοντέλο PLISSIT, και συζητήσει θέματα σεξουαλικότητας, να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία παραπέμποντας την ασθενή σε εξειδικευμένους συμβούλους π.χ. σύμβουλο γονιμότητας, αν η ασθενής θέλει να τεκνοποιήσει



- Να προτρέψει για χρήση εναλλακτικών μεθόδων σεξουαλικής ικανοποίησης, όπως το αγκάλιασμα, το φιλί, την ομιλία, ή το μασάζ.

- Να προτείνει παρεμβάσεις, όπως, την ξεκούραση πριν τη σεξουαλική δραστηριότητα, της χρήση λιπαντικών για τη

δυσπαρεούνια, την αλλαγή της συνήθους ώρας ή των Πίν. 4.1. Μοντέλο PLISSIT

θέσεων κατά την επαφή

- ✓ Της τροποποίησης του περιβάλλοντος, για τη βελτίωση της χαλάρωσης (π.χ. ανοιχτές κουρτίνες, μείωση θορύβου.)
- ✓ Τις ενημέρωσης, για διαθέσιμες κοινοτικές υποστηρικτικές δομές ή εθελοντικές οργανώσεις υποστήριξης καρκινοπαθών
- Κάνοντας αίτημα, για την παρουσία πνευματικού συμβούλου ή υποστηρικτικής ομάδας, για ειδικές περιπτώσεις (Smeltzer et al., 2010), (Berman et al., 2016), (Swearingen, 2016).

4. 2. Συνεχιζόμενη φροντίδα, ασθενών με καρκίνο ενδομητρίου

Οι σύγχρονες τεχνολογικές εξελίξεις, σε συνδυασμό με την ανάλογη υποστήριξη, επιτρέπουν τη διαχείριση της φροντίδας υγείας στο σπίτι, ασθενών με καρκίνο ενδομητρίου μετά τη διάγνωση ή τη θεραπεία. Έτσι διασφαλίζεται, το

γεγονός, ότι η ασθενής δεν θα «υποχωρήσει» με την έξοδο της από το νοσοκομείο, αλλά θα διατηρήσει, την ανεξαρτησία που απέκτησε ενδονοσοκομειακά (Smeltzer et al., 2010).

Η συμβολή των Νοσηλευτών, κρίνεται απαραίτητη, στη διαδικασία αυτή. Κατέχοντας το ρόλο του εκπαιδευτή και του συντονιστή, θα παρέχει τις απαραίτητες συμβουλές και οδηγίες στην ασθενή και στην οικογένεια της φροντίζοντας παράλληλα να εξασφαλίσει την διεπιστημονική συνεργασία που είναι απαραίτητη, για τηρηθεί το πλάνο συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας στην ασθενή (Nettina et al., 2014).

Η οικογένεια πρέπει να γνωρίζει όσο το δυνατόν περισσότερα για την ασθενή, την κατάσταση υγείας της και την φροντίδα, ώστε να μην φοβούνται την επιστροφή της ασθενούς στο σπίτι. Ο Νοσηλευτής αφού βεβαιωθεί ότι η οικογένεια είναι ικανή να βοηθήσει τον ασθενή, θα πρέπει να αναπτύξει εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, το οποίο παραδίδει προφορικά και γραπτά σε κάθε μέλος του υποστηρικτικού της περιβάλλοντος (Smeltzer et al., 2010).

Το δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης και συστημάτων επικοινωνίας μπορεί να αυξήσει, τις ευκαιρίες για την ανεξάρτητη διαβίωση της ασθενούς. Οι περισσότεροι κρατικοί μηχανισμοί, παρέχουν υπηρεσίες, ιατρικές διαγνωστικές, ψυχικής υγείας, ακόμα και προγράμματα αμειβόμενης απασχόλησης, για τις ασθενείς με καρκίνο. Ο Νοσηλευτής, χρησιμοποιώντας τις συνεργατικές και διοικητικές του δεξιότητες, οφείλει να ενεργεί, παραπέμποντας όταν υποδεικνύεται, συντονίζοντας τις ανάλογες δομές, συνενώνοντας όλο το δίκτυο περίθαλψης και λειτουργώντας ως σύμβουλος της ασθενούς, όταν εμφανίζονται προβλήματα (Smeltzer et al., 2010).

Ο βαθμός, στον οποίο η ασθενής προσαρμόζεται στο περιβάλλον κατοικίας και στην κοινότητα, εξαρτάται από την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση, που αναπτύσσεται κατά τη διαδικασία αποκατάστασης, την αποδοχή, την υποστήριξη και τις αντιδράσεις της οικογένειας, και των μελών της κοινότητας (Smeltzer et al., 2010).

4. 3. Εκπαίδευση της ασθενούς με καρκίνο ενδομητρίου και της οικογένειας

Η ζωή με τον καρκίνο ενδομητρίου και της θεραπείας του, είναι μια αγχωτική εμπειρία για την ίδια τη γυναίκα και για τις οικογένειές τους. Πολλές γυναίκες καρκινοπαθείς, καθώς και μέλη της οικογένειας με σκοπό να αλληλοπροστατευτούν προσπαθούν να «κρύψουν» σκέψεις και ανησυχίες, με αποτέλεσμα, να επιτείνονται οι αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι οικογένειες «αγωνίζονται», να διατηρήσουν βασικές λειτουργίες, όπως της ασφάλειας και της γονικής μέριμνας, καθώς οι σύζυγοι, συχνά, «δεν ξέρουν τί να κάνουν», για να υποστηρίξουν την καρκινοπαθή και να διατηρήσουν την οικογενειακή ευημερία (Potter et al., 2014).

Ο Νοσηλευτής με σκοπό η ασθενής και η οικογένειά της, να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, που έχει επιφέρει ο καρκίνος ενδομητρίου, έχουν την ευθύνη, να:

- ✓ Εκπαιδεύσουν τις επιζώσες του καρκίνου και της οικογένειες τους, σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του
- ✓ Κατά τον σχεδιασμό της εκπαίδευσης, να προγραμματίζουν δραστηριότητες, με βάση τις δυνατότητες του οικογενειακού φροντιστή και της δομής της οικογένειας
- ✓ Διδάσκουν όχι μόνο τις ασθενείς αλλά όλα τα μέλη της οικογένειας, σχετικά με τις επιπτώσεις της θεραπείας, σημεία ή αλλαγές στην ψυχοσωματική κατάσταση, που αφορούν την πρόληψη επιπλοκών (π.χ. η κόπωση μπορεί να επιφέρει πτώσεις ή ατυχήματα)
- ✓ Επειδή οι επιβιώσαντες, από καρκίνο ενδομητρίου, έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεταστάσεων ή υποτροπής, θα πρέπει να εκπαιδευτούν ανάλογα για την ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης, αλλά και σημείων που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη
- ✓ Παρακολουθούν την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών φροντιστών στην παροχή φροντίδας και να παρεμβαίνουν ανάλογα
- ✓ Να παρακολουθούν για σημεία άγχους, κατάθλιψης και κόπωσης στους φροντιστές και στα μέλη της οικογένειας και να συνεργάζονται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας, για την υποστήριξή τους
- ✓ Να ενημερώνουν την οικογένεια και τους φροντιστές, για τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους, που θα μπορούσαν να μοιραστούν τις ανησυχίες τους και να λάβουν ανάλογη υποστήριξη (Potter et al., 2014).

4. 4. Παρηγορητική φροντίδα και τέλος της ζωής για τις ασθενείς με καρκίνο ενδομητρίου

Η παρηγορητική φροντίδα ασθενών με προχωρημένο στάδιο καρκίνο του ενδομητρίου, δεν εστιάζει στην θεραπευτική αγωγή, αλλά στην ποιότητα ζωής και στην ικανοποίηση των φυσικών, ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών των γυναικών (Nettina et al., 2014).

Ο Νοσηλευτής, ως ενεργό μέλος της διεπιστημονική ομάδας παρηγορητικής φροντίδας, δεν εστιάζει στον θάνατο, αλλά σε μια συμπονετική, εξειδικευμένη ποιοτική φροντίδα για τους ζωντανούς, η οποία συνεχίζεται μέχρι το τέλος της ζωής, και επιτυγχάνεται με:

- ✓ Ενίσχυση της σωματικής ευεξίας μέσω διαχείρισης των συμπτωμάτων όπως του πόνου, της αδυναμίας, τη δύσπνοιας, και του παραληρήματος χορηγώντας τακτικά οπιώδη ανάλογα με την ιατρική οδηγία ή εφαρμόζοντας μη φαρμακολογικές τεχνικές ανακούφισης όπως: το μασάζ, το θεραπευτικό άγγιγμα και την αρωματοθεραπεία.
- ✓ Εφαρμογή μέτρων για την ανακούφιση, από το αίσθημα αδυναμίας, το οποίο φθάνει μέχρι του σημείου δυσκαταποσίας και για την πρόληψη της εισρόφησης, χορηγώντας μόνο ενδοφλέβια υγρά, διατηρώντας ενυδατωμένα τα χείλη και το στόμα, και εκπαιδύοντας τους συγγενείς, ότι η ανορεξία συμπεριλαμβάνεται στη διαδικασία επερχόμενου θανάτου και ότι η πίεση λήψης υγρών από το στόμα αυξάνει τη δυσφορία της ασθενούς
- ✓ Ανακούφιση από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, υποστηρίζοντας την ασθενή που αντιμετωπίζει την εμπειρία αυτή αλλά και τους οικείους που πρόκειται να «χάσουν» κάποιον που αγαπούν με το να :
 - Προσφέρουν στην ασθενή ολιστικά, ψυχοσωματική υποστήριξη
 - Να είναι ρεαλιστές
 - Να σέβονται τις πνευματικές ιδιαιτερότητες της ασθενούς και της οικογένειάς της
 - Επιτρέποντας στην οικογένεια να μείνει ιδιωτικά με την ασθενή (π.χ. για να προσευχηθούν), σεβόμενοι τις πολιτισμικές αξίες της οικογένειας (Ignataviciuset al., 2016).



Εικ. 4.1. Προσευχή, μέρος της παρηγορητικής φροντίδας

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

1. Reproductive factors and the risk of endometrial cancer

Ali, A. (2014). Reproductive Factors and the Risk of Endometrial Cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 24(3), pp.384-393.

Abstract

Endometrial cancer is the most common malignancy of women in developed countries, and its incidence is 10 times higher than in developing countries. EC is most common in the sixth and the seventh decades of life; thus, postmenopausal women have a higher risk of developing the disease compared with premenopausal women. The increased incidence and prevalence of EC can be explained by the increase in life expectancy, increased caloric intake, increased obesity rates, and other changes in lifestyle and reproductive factors. Among the reproductive factors, the risk of EC is positively correlated with a younger age at menarche and late age at menopause, infertility, null parity, age of the first child, and long-term use of unopposed estrogens for hormone replacement therapy. Protection against EC has been detected with increase parity, the use of combined oral contraceptives, and increased age of women at last delivery. The relationship between EC risk and miscarriage, abortion, ovulation induction drugs and in vitro fertilization is still controversial.

1. Αναπαραγωγικοί παράγοντες και κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου.

Περίληψη

Ο ΕΚ είναι η πιο κοινή κακοήθεια των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες και η επίπτωσή του είναι 10 φορές υψηλότερη απ' ό τι στις αναπτυσσόμενες. Ο ΕΚ είναι συχρός στην 6^η και 7^η δεκαετία ζωής. Έτσι, οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σχέση με προεμμηνοπαυσιακές. Η αυξημένη επίπτωση του ΕΚ μπορεί να εξηγηθεί με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, την αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, τα αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας και αλλαγές τρόπου ζωής και παραγόντων αναπαραγωγής. Μεταξύ αυτών, ο κίνδυνος ΕΚ συσχετίζεται με την εμμηνόρροια σε νεαρή ηλικία και την εμμηνόπαυση σε όψιμη, τη στειρότητα, την ατεκνία, την ηλικία τεκνοποίησης και τη μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων κατά την ορμονοθεραπεία. Η προστασία από ΕΚ ενισχύεται από τη χρήση αντισυλληπτικών. Η σχέση μεταξύ κινδύνου ΕΚ και της αποβολής, της άμβλωσης, των φαρμάκων πρόκλησης ωοθυλακιόρρηξις και της τεχνητής γονιμοποίησης ακόμα αμφισβητούνται.

2. Risk factors for endometrial cancer.

Ali, A. (2013). *Risk factors for endometrial cancer*. Department of Chemical Pathology, Tygerberg Hospital and the University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa.

Abstract

Endometrial cancer is the most common malignancy of women in developed countries, and its incidence is rising among pre and postmenopausal women. In developed and numerous developing countries EC, as well as other types of female cancers are an ever-increasing threat that may be explained, among other reasons, by increased life expectancy and changes in lifestyle factors. EC is more common in postmenopausal women than in premenopausal. Through a review of the literature it was found that the risk of EC is positively correlated with older age, early menarche & late menopause, obesity, family history of EC, radiation exposure, and infertility particularly in the presence of Polycystic Ovarian Syndrome. Long-term use of unopposed estrogens for hormone replacement therapy also increases the risk of EC. Caucasians have a higher incidence of endometrial cancer than African or Asian women. Obese women were found to be at high risk for developing EC, while diabetes, hypertension, and geographical and socioeconomic factors are still inconclusive. Finally, smoking is considered as a protective factor against EC due to its antiestrogenic effect.

2. Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου.

Περίληψη

Ο Καρκίνος Ενδομητρίου είναι η συνηθέστερη κακοήθεια των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες και η επίπτωσή του αυξάνεται στις προ και στις μετεμμηνοπαυσιακές. Στις αναπτυγμένες και σε πολλές αναπτυσσόμενες, ο ΕΚ, καθώς και άλλοι τύποι γυναικείων καρκίνων αποτελούν μια συνεχώς αυξανόμενη απειλή που μπορεί να εξηγηθεί, μεταξύ άλλων, από το αυξημένο προσδόκιμο ζωής και τις αλλαγές του τρόπου ζωής. Ο ΕΚ είναι συχνότερος στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απ' ό,τι στις προεμμηνοπαυσιακές. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης διαπιστώθηκε ότι ο ΕΚ συσχετίζεται με την ηλικία, την πρόωμη εμμηνόπαυση, την παχυσαρκία, το οικογενειακό ιστορικό ΕΚ, την έκθεση σε ακτινοβολία τη στειρότητα και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η μακρόχρονη χρήση οιστρογόνων θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης αυξάνει επίσης τον κίνδυνο ΕΚ. Καυκάσιες έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ΕΚ από τις Αφρικανές ή της Ασιάτισσες. Οι παχύσαρκες βρέθηκε να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΕΚ, ενώ ο διαβήτης, η υπέρταση και οι γεωγραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Τέλος, το κάπνι-

σμα θεωρείται προστατευτικός παράγοντας ενάντια στον ΕΚ λόγω της αντιστρογονικής του δράσης.

3. Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship

Fader, A., Arriba, L., Frasure, H. and von Gruenigen, V. (2009). Endometrial cancer and obesity: Epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship. *Gynecologic Oncology*, 114(1), pp.121-127.

Abstract

Endometrial cancer is the most common gynecologic malignancy in the Western world and is strongly associated with obesity. Despite the fact that most cases are diagnosed in early, more favorable stages, EC incidence and mortality rates are on the rise. Morbidly obese women with EC are more likely to die of their co-morbidities and also of their cancers when compared to their leaner cohorts. Given the increasing rates of morbid obesity in the United States, it is essential to develop appropriate screening tools and guidelines to reduce cancer morbidity and death amongst this group. Through an analysis of the existing literature, we present a review of the epidemiologic trends in obesity and EC, discuss the promising role of screening biomarker studies, review prevention efforts and modifiable risk factors, and ways in which health outcomes and quality of life for endometrial cancer survivors may be optimized.

3. Καρκίνος του ενδομητρίου και παχυσαρκία: επιδημιολογία, βιοδείκτες, πρόληψη και επιβίωση.

Περίληψη

Ο Καρκίνος Ενδομητρίου είναι η πιο κοινή γυναικολογική κακοήθεια στον Δυτικό κόσμο και συνδέεται έντονα με την παχυσαρκία. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται σε πρώιμα, ευνοϊκότερα στάδια, η συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας του ΕΚ αυξάνεται. Οι παθολογικά παχύσαρκες γυναίκες με ΕΚ είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από συννοσηρότητες και επίσης από τους καρκίνους τους σε σύγκριση με τις πιο αδύναμες. Δεδομένου του αυξανόμενου ποσοστού νοσηρής παχυσαρκίας στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν κατάλληλα εργαλεία και κατευθυντήριες οδηγίες για τη μείωση της νοσηρότητας και του θανάτου από καρκίνο σε αυτή την ομάδα. Μέσω μιας ανάλυσης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, παρουσιάζουμε μια επισκόπηση των επιδημιολογικών τάσεων στην παχυσαρκία και τον ΕΚ, συζητούμε τον ελπιδοφόρο ρόλο της ανάλυσης μελετών βιοδεικτών, την επανεξέταση των προσπαθειών πρόληψης και τροποποίησης παραγό-

των κινδύνου και τρόπους με τους οποίους τα αποτελέσματα για την υγεία και την ποιότητα ζωής οι επιζήσαντες του ΕΚ μπορούν να βελτιστοποιηθούν.

4. Dietary patterns and endometrial cancer risk in the California Teachers Study cohort.

Canchola, A., Lacey, L., Horn-Ross, P. (2015). Dietary patterns and endometrial cancer risk in the California Teachers Study cohort. *Cancer Causes & Control*, 26(4), pp.627-634.

Abstract

Purpose: Information on the role of dietary patterns and EC risk is limited. We investigated whether dietary patterns are associated with EC risk among women in the California Teachers Study cohort.

Method: Among 75,093 eligible women, 937 developed invasive EC between 1995 and 2011. Multivariate Cox regression was performed to estimate relative risks (RR) and 95% confidence intervals (CI) associated with five dietary patterns identified by principal components factor analysis: "plant-based," "high protein/high fat," "high carbohydrates," "ethnic," and "salad and wine."

Results: These dietary patterns were not associated with endometrial cancer risk overall (RR = 0.91, 95% CI: 0.72, 1.15 for the highest vs. lowest quintile of the "plant-based" dietary pattern) or by menopausal status and hormone therapy use.

Conclusion: Dietary patterns do not seem to be associated with EC risk.

4. Μελέτη κοορτής των διατροφικών προτύπων και του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου στις καθηγήτριες της Καλιφόρνιας.

Περίληψη

Σκοπός: Οι πληροφορίες για το ρόλο των διατροφικών προτύπων και κινδύνου για ΕΚ είναι περιορισμένες. Διερευνήσαμε με μελέτη κοορτής κατά πόσον τα διατροφικά πρότυπα σχετίζονται με τον κίνδυνο του ΕΚ μεταξύ των Καθηγητριών της Καλιφόρνιας.

Μέθοδος: Από τις 75.093 επιλέξιμες γυναίκες, 937 ανέπτυξαν επεμβατικό ΕΚ μεταξύ 1995 και 2011. Πραγματοποιήθηκε πολλαπλάσια παλινδρόμηση Cox για εκτίμηση των σχετικών κινδύνων (RR) και 95% των διαστημάτων εμπιστοσύνης (CI) που σχετίζεται με 5 τρόπους διατροφής που προσδιορίζονται από ανάλυση βασικών συστατικών: «πρωτεϊνών/υψηλής περιεκτικότητας σε «λιπαρά», «υψηλών υδατανθράκων», «εθνικής» και «σαλάτας και κρασιού».

Αποτελέσματα: Αυτά τα διατροφικά πρότυπα δεν συσχετίστηκαν με κίνδυνο ΕΚ (RR = 0,91, 95% CI: 0,72, 1,15 για το υψηλότερο έναντι του χαμηλότερου πεμπτημρίου

του "φυτικού" διαιτητικού σχεδίου) ή με την εμμηνόπαυση και τη χρήση ορμονοθεραπείας.

Συμπέρασμα: Τα διαιτητικά μοντέλα δεν φαίνεται να συνδέονται με κίνδυνο για ΕΚ.

5. Preventing endometrial cancer risk in polycystic ovarian syndrome (PCOS) women: Could metformin help?

Shafiee, M., et al. (2014). Preventing endometrial cancer risk in polycystic ovarian syndrome women: Could metformin help? *Gynecologic Oncology*, 132(1), pp.248-253.

Abstract

Current data indicate that there is a significant risk of endometrial cancer in women with polycystic ovarian syndrome (PCOS), although further research needed to clarify the exact molecular mechanisms. Endometrial hyperplasia is a premalignant condition that usually heralds EC and it shares identical risk factors with EC. Metabolic syndrome with a triad of obesity, hyperinsulinaemia and diabetes, which is commonly observed in PCOS appears to be a key mechanism in EC pathogenesis. Measures to improve insulin resistance could therefore play a role in reducing the risk of EC in women with PCOS. Metformin is an insulin sensitising agent which is safe, widely available and currently licensed for type-2 diabetes. It has been clearly shown in both animal and human studies that metformin is of value in reversing endometrial hyperplasia. Metformin may therefore prevent EC in PCOS. This article reviews the use of metformin in reducing EC risk in PCOS and makes a case for future research on this topic.

5. Πρόληψη του κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου σε γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες (PCOS): Θα μπορούσε να βοηθήσει η μετφορμίνη;

Περίληψη

Τα τρέχοντα δεδομένα υποδηλώνουν ότι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος ενδομητρίου καρκίνου σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), παρόλο που απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να διευκρινιστούν οι ακριβείς μοριακοί μηχανισμοί. Η υπερπλασία ενδομητρίου είναι συνήθως προϋπάρχουσα κατάσταση που προάγει τον ΕΚ και μοιράζεται τους ίδιους παράγοντες κινδύνου. Το μεταβολικό σύνδρομο με την παχυσαρκία, υπερινσουλιναίμια και διαβήτη, που παρατηρούνται συνήθως σε PCOS, φαίνεται να αποτελεί βασικό μηχανισμό παθογένεσης του ΕΚ. Επομένως, μέτρα βελτίωσης αντίστασης στην ινσουλίνη θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση του κινδύνου ΕΚ σε γυναίκες με PCOS. Η μετφορμίνη είναι παράγοντας ευαισθητοποίησης στην ινσουλίνη, ο οποίος είναι ασφαλής, ευρέως διαθέσιμος και ενδείκνυται για διαβήτη τύπου 2. Έχει αποδειχθεί σε μελέτες σε ζώα και ανθρώπους

ότι η μετορμίνη έχει αξία στην αναστροφή της υπερπλασίας του ενδομητρίου. Επομένως, μπορεί να αποτρέψει τον ΕΚ σε PCOS. Αυτό το άρθρο εξετάζει τη χρήση μετορμίνης για μείωση κινδύνου ΕΚ σε PCOS και κάνει μια υπόθεση για μελλοντική έρευνα σε αυτό το θέμα.

6. Coffee consumption and risk of endometrial cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies

Zhou, Q., Luo, M., Li, H., Li, M. Zhou, J. (2015). Coffee consumption and risk of endometrial cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Scientific Reports*, 5(1).

Abstract

This is a dose-response (DR) meta-analysis to evaluate the association of coffee consumption on endometrial cancer (EC) risk. A total 1,534,039 participants from 13 published articles were added in this meta-analysis. The RR of total coffee consumption and EC were 0.80 (95% CI: 0.74–0.86). A stronger association between coffee intake and EC incidence was found in patients who were never treated with hormones, 0.60 (95% CI: 0.50–0.72), and subjects with a BMI ≥ 25 kg/m², 0.57 (95% CI: 0.46–0.71). The overall RRs for caffeinated and decaffeinated coffee were 0.66 (95% CI: 0.52–0.84) and 0.77 (95% CI: 0.63–0.94), respectively. A linear DR relationship was seen in coffee, caffeinated coffee, decaffeinated coffee and caffeine intake. The EC risk decreased by 5% for every 1 cup per day of coffee intake, 7% for every 1 cup per day of caffeinated coffee intake, 4% for every 1 cup per day of decaffeinated intake of coffee, and 4% for every 100 mg of caffeine intake per day. In conclusion, coffee and intake of caffeine might significantly reduce the incidence of EC, and these effects may be modified by BMI and history of hormone therapy.

6. Κατανάλωση καφέ και κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου: μια μετα-ανάλυση απόκρισης δόσης των προοπτικών κλινικών μελετών

Περίληψη

Πρόκειται για μετα-ανάλυση δόσης-απόκρισης (DR) για την αξιολόγηση συσχέτισης κατανάλωσης καφέ στον κίνδυνο εμφάνισης ενδομητρίου καρκίνου (ΕΚ). Στο πλαίσιο αυτής της μετα-ανάλυσης προστέθηκαν 1.534.039 συμμετέχοντες από 13 δημοσιευμένα άρθρα. Η RR της κατανάλωσης καφέ και του ΕΚ ήταν 0,80 (95% CI: 0,74-0,86). Ένας ισχυρότερος συσχετισμός μεταξύ της πρόσληψης καφέ και της επίπτωσης της ΕΚ βρέθηκε σε ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν ποτέ σε ορμονική αγωγή, 0,60 (95% CI: 0,50-0,72) και με ΔΜΣ ≥ 25 kg/m², 0,57 (95% CI: 0,71). Οι συνολικές RR για τον καφέ και τον ντεκαφεϊνέ ήταν 0,66 (95% CI: 0,52-0,84) και 0,77 (95% CI: 0,63-0,94), αντίστοιχα. Μια γραμμική σχέση DR παρατηρήθηκε στον καφέ, με καφεΐνη, και την πρόσληψη καφεΐνης. Ο κίνδυνος ΕΚ μειώθηκε 5% για 1 φλιτζά-

νι/ημέρα ντεκαφεϊνέ, 7% για 1 φλιτζάνι/ημέρα καφέ και 4% για 100 mg καφεΐνης/ημέρα. Συμπερασματικά, ο καφές και η καφεΐνη μπορεί να μειώσουν σημαντικά τη συχνότητα του ΕΚ και αυτές οι επιδράσεις μπορεί να τροποποιηθούν από τον ΔΜΣ και το ιστορικό της ορμονοθεραπείας.

7. Hypertension and the risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies.

Aune, D., Sen, A. and Vatten, L. (2017). Hypertension and the risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *Scientific Reports*, 7(1).

Abstract

A history of hypertension has been associated with increased risk of EC in several studies, but the results have not been consistent. We conducted a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies to clarify the association between hypertension and EC risk. PubMed and Embase databases were searched up to 27th of February 2016. Prospective and case-control studies which reported adjusted relative risk estimates and 95% confidence intervals of EC associated with a hypertension diagnosis were included. Summary relative risks were estimated using a random effects model. Nineteen case-control studies and 6 cohort studies were included. The summary RR was 1.61 (95% CI: 1.41-1.85, $I^2 = 86\%$) for all studies, 1.73 (95% CI: 1.45-2.06, $I^2 = 89\%$) for case-control studies and 1.32 (95% CI: 1.12-1.56, $I^2 = 47\%$) for cohort studies. The association between hypertension and EC was weaker, but still significant, among studies with adjustment for smoking, BMI, oral contraceptive use, and parity, compared to studies without such adjustment. This meta-analysis suggests an increased risk of EC among patients with hypertension, however, further studies with more comprehensive adjustments for confounders are warranted to clarify the association.

7. Υπέρταση και κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των μελετών περίπτωσης και μελετών κοορτής

Περίληψη

Το ιστορικό υπέρτασης συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ΕΚ σε αρκετές μελέτες, αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν συνεπή. Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των μελετών περίπτωσης και κοορτής για να διευκρινίσουμε τη σχέση υπέρτασης και κινδύνου ΕΚ. Οι βάσεις δεδομένων PubMed και Embase ερευνήθηκαν μέχρι τις 27/11/2016. Περιλήφθηκαν μελέτες κοορτής και περιπτώσεων που ανέφεραν προσαρμοσμένες εκτιμήσεις κινδύνου και διαστήματα εμπιστοσύνης 95% του ΕΚ που σχετίζονται με υπέρταση. Σχετικοί κίνδυνοι υπολογίστηκαν χρησιμοποι-

ώντας ένα μοντέλο τυχαίων αποτελεσμάτων. Περιλήφθηκαν 19 μελέτες περιπτώσεων ελέγχου και 6 κοορτής. Η περίληψη RR ήταν 1,61 (95% CI: 1,41-1,85, I2 = 86%) για όλες τις μελέτες, 1,73 (95% CI: 1,45-2,06, I2 = 89% 1,12-1,56, I2 = 47%) για μελέτες κοορτής. Αυτή η μετα-ανάλυση υποδεικνύει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ σε ασθενείς με υπέρταση, ωστόσο δικαιολογούνται περαιτέρω μελέτες για να αποσαφηνιστεί η σχέση.

8. Ovarian stimulation: is there a long-term risk for ovarian, breast and endometrial cancer?

Lerner-Geva, L., Rabinovici, J. and Lunenfeld, B. (2010). Ovarian Stimulation: Is There a Long-Term Risk for Ovarian, Breast and Endometrial Cancer? *Women's Health*, 6(6), pp.831-839.

Abstract

Adverse effects have been related to infertility treatments. Infertility in general, and female infertility in particular, is a well-established risk factor for cancer development, especially ovarian, breast and endometrial cancer. This article addresses the possible association between infertility and cancer development, with an emphasis on the influence of infertility treatments, through a meticulous search of the literature published thus far. While results regarding the possible association of infertility, ovulation induction medications and invasive ovarian cancer show no increased risk and are reassuring, results for increased risk for breast cancer and endometrial cancer following exposure to ovarian stimulation medications are inconclusive. Larger population studies with longer periods of follow-up and better adjustment for confounding factors are needed.

8. Διέγερση των ωοθηκών: Υπάρχει μακροχρόνιος κίνδυνος για καρκίνο των ωοθηκών, του μαστού και του ενδομητρίου;

Περίληψη

Ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν σχετιστεί με θεραπείες υπογονιμότητας. Η υπογονιμότητα γενικά και η γυναικεία στειρότητα ειδικότερα είναι ένας καλά εδραιωμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου, ειδικά των ωοθηκών, του μαστού και του ενδομητρίου. Αυτό το άρθρο εξετάζει την πιθανή σχέση μεταξύ υπογονιμότητας και ανάπτυξης καρκίνου, με έμφαση στην επίδραση των θεραπειών υπογονιμότητας, μέσα από μια σχολαστική αναζήτηση της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκε μέχρι τώρα. Ενώ τα αποτελέσματα σχετικά με την πιθανή συσχέτιση της υπογονιμότητας, των φαρμάκων πρόκλησης ωορρηξίας και του επεμβατικού καρκίνου των ωοθηκών

δεν παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο και είναι καθησυχαστικά, τα αποτελέσματα για αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου μετά από έκθεση σε φάρμακα διέγερσης των ωοθηκών δεν είναι καθοριστικά. Μεγαλύτερες μελέτες πληθυσμού με μεγαλύτερες περιόδους παρακολούθησης και καλύτερη προσαρμογή για παράγοντες συγχύσεως χρειάζονται.

9. Physical activity, sedentary behaviours, and the prevention of endometrial cancer.

Moore, K., Dalley, A. and Agur, A. (2010). *Clinically oriented anatomy*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Abstract

Physical activity has been hypothesised to reduce EC risk, but this relationship has been difficult to confirm because of a limited number of prospective studies. However, recent publications from 5 cohort studies, which together comprise 2663 out of 3463 cases in the published literature for analyses of recreational physical activity, may help resolve this question. To synthesise these new data, we conducted a meta-analysis of prospective studies published through to December 2009. We found that physical activity was clearly associated with reduced risk of EC, with active women having an approximately 30% lower risk than inactive women. Owing to recent interest in sedentary behaviour, we further investigated sitting time in relation to EC risk using data from the NIH-AARP Diet and Health Study. We found that, independent of the level of moderate-vigorous physical activity, greater sitting time was associated with increased EC risk. Thus, limiting time in sedentary behaviours may complement increasing level of moderate-vigorous physical activity as a means of reducing endometrial cancer risk. Taken together with the established biological plausibility of this relation, the totality of evidence now convincingly indicates that physical activity prevents or reduces risk of EC.

9. Φυσική δραστηριότητα, καθιστική ζωή και πρόληψη καρκίνου ενδομητρίου.

Περίληψη

Η φυσική δραστηριότητα υποτίθεται ότι μειώνει τον κίνδυνο ΕΚ, αλλά αυτή η σχέση δύσκολα επιβεβαιώνεται λόγω μικρού αριθμού μελετών. Ωστόσο, πρόσφατες δημοσιεύσεις 5 μελετών κοορτής, που περιλαμβάναν 2663 από 3463 περιπτώσεις στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία για αναλύσεις σωματικής άσκησης, μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση αυτού του ζητήματος. Για τη σύνθεση νέων δεδομένων, πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση μελετών δημοσιευμένων ως τον Δεκέμβριο 2009. Διαπιστώσαμε

ότι η σωματική άσκηση συνδέεται σαφώς με μειωμένο κίνδυνο ΕΚ, ενώ οι ενεργές γυναίκες έχουν 30% χαμηλότερο κίνδυνο από τις ανενεργές. Λόγω της σύγχρονης τάσης για καθιστική ζωή, διερευνήσαμε περαιτέρω το χρόνο απραξίας σε σχέση με τον κίνδυνο ΕΚ χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη μελέτη NIH-AARP D & H. Διαπιστώσαμε ότι, ανεξάρτητα από το επίπεδο έντασης σωματικής δραστηριότητας, ο μεγαλύτερος χρόνος απραξίας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για ΕΚ. Έτσι, η μείωση του χρόνου καθιστικής ζωής αυξάνει τη σωματική δραστηριότητα που μειώνει τον κίνδυνο ΕΚ. Σε συνδυασμό με την αποδεδειγμένη βιολογική αξιοπιστία αυτής της σχέσης, τα στοιχεία δείχνουν ότι η δραστηριότητα αποτρέπει ή μειώνει τον κίνδυνο ΕΚ.

10. Polycystic ovary syndrome and endometrial cancer.

Navaratnarajah, R., Pillay, O. and Hardiman, P. (2008). Polycystic Ovary Syndrome and Endometrial Cancer. *Seminars in Reproductive Medicine*, 26(1), pp.062-071.

Abstract

An association between polycystic ovary syndrome (PCOS) and EC was first suggested in 1949. Since then, several studies have been published that appear to support this association, and it is common practice among gynecologists and physicians to prescribe hormonal treatment to reduce this perceived risk, although there is no consensus as to the subgroup of PCOS in whom this is required. The mechanism(s) underlying any association are also unclear, but it is again widely assumed that chronic anovulation, which results in continuous estrogen stimulation of the endometrium unopposed by progesterone, is a major factor. However, obesity, hyperinsulinemia, and hyperandrogenism, which are also features of PCOS, are risk factors for endometrial carcinoma, but it does not necessarily follow that the incidence or mortality from endometrial cancer is increased in women with the syndrome. Potential strategies to prevent EC in PCOS women are discussed.

10. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και καρκίνο του ενδομητρίου.

Περίληψη

Η σχέση μεταξύ του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών και του ΕΚ προτάθηκε για πρώτη φορά το 1949. Έκτοτε έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες που φαίνεται να υποστηρίζουν αυτή τη συσχέτιση και είναι κοινή πρακτική μεταξύ των γυναικολόγων και των ιατρών να συνταγογραφήσουν ορμονική θεραπεία για να μειώσουν αυτό το αντιληπτό κινδύνου, αν και δεν υπάρχει συναίνεση ως προς την υποομάδα των PCOS, για την οποία αυτό απαιτείται. Ο μηχανισμός (οι μηχανισμοί) που υποκρύπτουν οποιαδήποτε συσχέτιση είναι επίσης ασαφής, αλλά θεωρείται και πάλι ευρέως ότι η

χρόνια αβεβαιότητα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή διέγερση οιστρογόνου του ενδομητρίου χωρίς να προλαμβάνεται από την προγεστερόνη, αποτελεί μείζονα παράγοντα. Εντούτοις, η παχυσαρκία, η υπερινσουλιναιμία και ο υπερανδρογονισμός, που είναι επίσης χαρακτηριστικά του PCOS, είναι παράγοντες κινδύνου για το ενδομήτριο καρκίνωμα, αλλά δεν προκύπτει απαραίτητα ότι η επίπτωση ή η θνησιμότητα από καρκίνο του ενδομητρίου αυξάνεται στις γυναίκες με το σύνδρομο. Περιγράφονται πιθανές στρατηγικές για την πρόληψη του ΕΚ στις γυναίκες PCOS.

11. Overweight, obesity, diabetes, and hypertension in endometrial cancer

Sanz Chávez, T., Vilar Compte, D., Nicola Delfin, L. Meneses-García, A. (2013). *Overweight, obesity, diabetes, and hypertension in endometrial cancer*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):326-9

Abstract

Background: in postmenopausal women, the excess of fat has been associated with an increased risk of EC. The aim of the study was to determine the prevalence of overweight, obesity, diabetes and hypertension in patients with EC.

Methods: we collected demographic, clinical, laboratory and histopathological information from the electronic records of patients diagnosed with endometrial cancer in the period from January 2009 to July 2011. Subsequently descriptive analysis of the information was done.

Results: a total of 274 records. The average age of patients was 54 years. The 50.4 % were postmenopausal. At the time of diagnosis, 112 cases (48.6 %) were in clinical stage I. Of all patients, 104 (37.9 %) had diabetes mellitus, 122 (44.5 %) hypertension, 194 (72.6 %) were overweight or obese, and 24 cases were registered with the metabolic syndrome.

Conclusions: It is necessary to conduct further studies to assess the relationship of excess fat as a risk factor for EC.

11.Υπερβολικό βάρος, παχυσαρκία, διαβήτης και υπέρταση στον ενδομήτριο καρκίνο

Περίληψη

Ιστορικό: Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η περίσσεια λίπους έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ΕΚ. Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του επιπολασμού του υπερβολικού βάρους, της παχυσαρκίας, του διαβήτη και της υπέρτασης με τον ΕΚ.

Μέθοδος: Συλλέξαμε δημογραφικές, κλινικές, εργαστηριακές και ιστοπαθολογικές πληροφορίες από τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών που διαγνώστηκαν με ΕΚ κατά την περίοδο Ιανουάριο 2009 - Ιούλιο 2011. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση των πληροφοριών.

Αποτελέσματα: Συνολικά 274 εγγραφές. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 54 έτη. Το 50,4% ήταν μετεμμηνοπαυσιακά. Τη στιγμή της διάγνωσης, 112 περιπτώσεις (48,6%) ήταν σε κλινικό στάδιο I. Από τους ασθενείς, 104 (37,9%) περιπτώσεις είχαν Σ.Δ. , 122 (44,5%) υπέρταση και 194 (72,6%) μεταβολικό σύνδρομο.

Συμπεράσματα: Είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες για να εκτιμηθεί η σχέση υπερβολικού λίπους ως παράγοντας κινδύνου ΕΚ.

12. Comparison of Risk Factors and survival of Type 1 and Type II Endometrial Cancers

Malik, T., Chishti, U., Aziz, A. and Sheikh, I. (2016). Comparison of Risk Factors and survival of Type 1 and Type II Endometrial Cancers. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(4).

Abstract

Objective: To compare risk factors and progression free survival of type 1 & 2 endometrial cancers.

Methods: A retrospective analysis of 149 patients with early stage EC treated between 1997 and 2012 in Aga Khan University Hospital, Karachi was performed.

Results: A total of 149 patients were analyzed. Type I tumors accounted for 92% of cases in the study while 8% were type II tumors. The mean age, BMI, parity, comorbidities (hypertension & Diabetes), family history and history of polycystic disease were comparable in both groups. Overall better survival (113 Vs 24 months) was observed for type I EC.

Conclusion: Both types of endometrial cancer may share common etiologic factors. Despite the limitation of small numbers in one group this study confirms better survival in type 1 EC

12. Σύγκριση παραγόντων κινδύνου και επιβίωσης των Τύπων I και II Ενδομήτριου Καρκίνου

Περίληψη

Σκοπός: Η σύγκριση παραγόντων κινδύνου και επιβίωσης χωρίς εξέλιξη των τύπου 1 & 2 ΕΚ.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 149 ασθενών με ΕΚ πρώιμου σταδίου που υποβλήθηκε σε αγωγή μεταξύ 1997 και 2012 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Aga Khan του Καράτσι.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναλύθηκαν 149 ασθενείς. Οι όγκοι τύπου I αντιπροσώπευαν το 92% των περιπτώσεων, ενώ το 8% ήταν όγκοι τύπου II. Η μέση ηλικία, ο ΔΜΣ, η τεκνοποίηση, η συννοσηρότητα (υπέρταση και διαβήτης), το οικογενειακό ιστορικό και το ιστορικό πολυκυστικής νόσου ήταν συγκρίσιμα και στις δύο ομάδες. Συνολικά καλύτερη επιβίωση (113 Vs 24 μήνες) παρατηρήθηκε για ΕΚ τύπου I.

Συμπέρασμα: Και οι δύο τύποι καρκίνου του ενδομητρίου μπορεί να μοιράζονται κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Παρά τη μείωση των μικρών αριθμών σε μία ομάδα, αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει την καλύτερη επιβίωση στον ενδομήτριο καρκίνο τύπου I.

13. Diabetes Mellitus and Hypertension are Risk Factor for Endometrial Cancer

Wijaya, C. (2016). Diabetes Mellitus and Hypertension are Risk Factor for Endometrial Cancer. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Abstract

Objective: To find out whether diabetes mellitus and or hypertension is associated with endometrial cancer and could increase the staging of the cancer.

Method: This was an analytic retrospective descriptive study with cross sectional design. Data were taken from the medical record of patients diagnosed as having endometrial cancer in Obstetrics and Gynecology Department of Dr. Hasan Sadikin Hospital from 1st January 2007 - 31st December 2011 and analyzed descriptively.

Result: There were 125 cases of endometrial cancer. Prevalence was 2.56 %. The incidence increased in age > 40 y/o (92 %) and had diabetes mellitus and/or hypertension (66.4 %).

Conclusion: Diabetes mellitus and/or hypertension were associated with risk factors of endometrial cancer but not proven to increase the staging of the cancer.

13. Ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου

Περίληψη

Στόχος: Να διαπιστωθεί εάν ο σακχαρώδης διαβήτης και / ή η υπέρταση συνδέονται με τον καρκίνο του ενδομητρίου και θα μπορούσαν να αυξήσουν την κακοήθεια του καρκίνου.

Μέθοδος: Αυτή ήταν μια αναλυτική αναδρομική περιγραφική μελέτη με διασταυρούμενη σχεδίαση. Τα δεδομένα ελήφθησαν από το ιατρικό ιστορικό των ασθενών που είχαν διαγνωσθεί ότι είχαν καρκίνο του ενδομητρίου στο Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Νοσοκομείου Dr. Hasan Sadikin από την 1η Ιανουαρίου 2007 έως την 31η Δεκεμβρίου 2011 και αναλύθηκαν περιγραφικά.

Αποτέλεσμα: Υπήρξαν 125 περιπτώσεις καρκίνου του ενδομητρίου. Ο πληθυσμός ήταν 2,56%. Η επίπτωση αυξήθηκε σε ηλικία > 40 ετών (92%) και είχε σακχαρώδη διαβήτη ή / και υπέρταση (66,4%).

Συμπέρασμα: Ο σακχαρώδης διαβήτης ή / και η υπέρταση σχετίζονταν με παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του ενδομητρίου αλλά δεν αποδείχτηκε ότι αύξησαν τη σταδιοποίηση του καρκίνου .

14. Understanding obesity and endometrial cancer risk: opportunities for prevention

Schmandt, R., Iglesias, D., Co, N. and Lu, K. (2011). Understanding obesity and endometrial cancer risk: opportunities for prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(6), pp.518-525.

Abstract

Worldwide, obesity has become a major public health crisis. Overweight and obesity not only increase the risk of cardiovascular disease and type-2 diabetes mellitus but also are now known risk factors for a variety of cancer types. Among all cancers, increasing body mass index is associated most strongly with endometrial cancer incidence and death. The molecular mechanisms underlying how adipose tissue and obesity contribute to the pathogenesis of endometrial cancer are becoming better understood and have revealed a number of rational strategies, both behavioral and pharmaceutical, for the prevention of both primary and recurrent disease.

14. Κατανόηση της παχυσαρκίας και του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου: ευκαιρίες πρόληψης

Περίληψη

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η παχυσαρκία έχει γίνει μια σημαντική κρίση δημόσιας υγείας. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία δεν αυξάνουν μόνο τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά είναι επίσης πλέον από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για μια ποικιλία τύπων καρκίνου. Μεταξύ όλων των μορφών καρκίνου, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος συνδέεται πιο έντονα με την εμφάνιση και το θάνατο από καρκίνο του ενδομητρίου. Οι μοριακοί μηχανισμοί που

υποκρύπτουν τον τρόπο με τον οποίο ο λιπώδης ιστός και η παχυσαρκία συμβάλλουν στην παθογένεση του καρκίνου του ενδομητρίου καθίστανται καλύτερα κατανοητοί και αποκάλυψαν αριθμό ορθολογικών στρατηγικών, τόσο συμπεριφορικών όσο και φαρμακευτικών, για την πρόληψη τόσο πρωτοπαθούς όσο και της υποτροπιάζουσας νόσου.

15. Identification of nine new susceptibility loci for endometrial cancer

Ruark, E., Seal, S., et al. (2013). Identification of nine new susceptibility loci for testicular cancer, including variants near DAZL and PRDM14. *Nature Genetics*, 45(6), pp.686-689

Abstract

EC is the most commonly diagnosed cancer of the female reproductive tract in developed countries. Through genome-wide association studies (GWAS), we have previously identified eight risk loci for EC. Here, we present an expanded meta-analysis of 12,906 EC cases and 108,979 controls (including new genotype data for 5624 cases) and identify nine novel genome-wide significant loci, including a locus on 12q24.12 previously identified by meta-GWAS of endometrial and colorectal cancer. At five loci, expression quantitative trait locus (eQTL) analyses identify candidate causal genes; risk alleles at two of these loci associate with decreased expression of genes, which encode negative regulators of oncogenic signal transduction proteins (*SH2B3*(12q24.12) and *NF1* (17q11.2)). In summary, this study has doubled the number of known EC risk loci and revealed candidate causal genes for future study.

15. Προσδιορισμός εννέα νέων περιοχών ευαισθησίας για τον καρκίνο του ενδομητρίου

Περίληψη

Ο ΕΚ είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος της γυναικείας αναπαραγωγικής οδού στις ανεπτυγμένες χώρες. Μέσω γενετικών μελετών σύνδεσης (GWAS), εντοπίσαμε προηγουμένως οκτώ θέσεις κινδύνου για ΕΚ. Παρουσιάζεται εκτεταμένη μετα-ανάλυση 12.906 περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου και 108.979 μάρτυρες

(συμπεριλαμβανομένων και νέων δεδομένων γονότυπου για 5624 περιπτώσεις) και προσδιορισμός εννέα πρωτογενών περιοχών γενικής γονιδιώσεως, συμπεριλαμβανομένης μιας θέσης στο 12q24.12 που προηγουμένως ταυτοποιήθηκε με meta-GWAS του καρκίνου ενδομητρίου και του ορθού. Σε πέντε περιοχές, οι αναλύσεις ποσοτικού προσδιορισμού (eQTL) προσδιορίζουν υποψήφιας γονιδιακές αιτίες τα αλληλόμορφα κινδύνου σε δύο από αυτές τις περιοχές συσχετίζονται με μειωμένη έκφραση γονιδίων, τα οποία κωδικοποιούν αρνητικούς ρυθμιστές ογκογόνων πρωτεϊνών μεταγωγής σήματος (SH2B3 (12q24.12) και NF1 (17q11.2)). Συνοπτικά, αυτή η μελέτη έχει διπλασιάσει τον αριθμό των γνωστών σημείων κινδύνου για ΕΚ και αποκάλυψε υποψήφια γονίδια για μελλοντική μελέτη.

16. Hereditary Endometrial Cancer: Lynch Syndrome

Banno, K., et al. (2012). Hereditary Endometrial Cancer: Lynch Syndrome. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 2(1), pp.11-18.

Abstract

Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer [HNPCC]), Cowden syndrome (CS), and Peutz-Jeghers syndrome (PJS) are hereditary diseases with an increased risk for EC. Lynch syndrome is the most frequent disease associated with hereditary EC. Lynch syndrome is autosomal dominant disorder caused by germ-cell mutation of DNA mismatch repair genes. Patients with Lynch syndrome have a higher risk of EC compared with the general population. Thus, these patients and their families may develop malignant tumors, including colon and EC. The lifetime risk of EC in females with Lynch syndrome is particularly high (28-60 %). Lynch syndrome is a typical hereditary tumor associated with EC, and elucidation of the oncogenic mechanism is important to understand the characteristics of EC, including sporadic EC. The Amsterdam II Criteria are used for screening for Lynch syndrome, but some cases of hereditary EC do not meet these criteria (masked Lynch syndrome); therefore, patients with a suspected hereditary predisposition, including juvenile-onset and double cancer, should undergo genetic tests in addition to taking of a family history.

16. Κληρονομικός καρκίνος του ενδομητρίου: σύνδρομο Lynch

Περίληψη

Το σύνδρομο Lynch (κληρονομικός μη πολυποειδής καρκίνος [HNPCC]), το σύνδρομο Cowden (CS) και το σύνδρομο Peutz-Jeghers είναι κληρονομικές νόσοι με αυξημένο κίνδυνο ΕΚ. Το σύνδρομο Lynch είναι η συχνότερη ασθένεια που συνδέεται

με τον κληρονομικό ΕΚ. Το σύνδρομο Lynch είναι αυτοσωμική διαταραχή που προκαλείται από μετάλλαξη γεννητικών κυττάρων γονιδίων επισκευής λαθών DNA. Οι ασθενείς με σύνδρομο Lynch έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ΕΚ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Έτσι, αυτοί οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορεί να αναπτύξουν κακοήθεις όγκους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ενδομητρίου. Ο κίνδυνος ΕΚ σε γυναίκες με σύνδρομο Lynch είναι ιδιαίτερα υψηλός (28-60%). Το σύνδρομο Lynch είναι ένας τυπικός κληρονομικός όγκος που σχετίζεται με ΕΚ και η διασαφήνιση του ογκογόνου μηχανισμού είναι σημαντική για την κατανόηση των χαρακτηριστικών του ΕΚ, συμπεριλαμβανομένου του σποραδικού ΕΚ. Τα κριτήρια του Άμστερνταμ II χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του συνδρόμου Lynch, αλλά μερικές περιπτώσεις ο κληρονομικός ΕΚ δεν πληροί αυτά τα κριτήρια (συγκαλυμμένο σύνδρομο Lynch). Επομένως, οι ασθενείς με εικαζόμενη κληρονομική προδιάθεση, συμπεριλαμβανομένου του νεανικού και του διπλού καρκίνου, πρέπει να υποβάλλονται σε γενετικές εξετάσεις εκτός από τη λήψη οικογενειακού ιστορικού.

17. Endometrial Carcinoma in Women Aged 40 Years and Younger

Garg, K. and Soslow, R. (2014). Endometrial Carcinoma in Women Aged 40 Years and Younger. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 138(3), pp.335-342.

Abstract

Context. EC a disease of older postmenopausal women, and is relatively uncommon in patients younger than 40 years. EC in this age group may be familial, associated with Lynch syndrome, or sporadic.

Objectives. To present our current knowledge of EC in women younger than 40 years.

Data Sources. The review is based on previously published articles on this topic.

Conclusions. Most endometrial carcinomas that occur in this age group are associated with estrogen excess. They are usually low-grade endometrioid carcinomas that present at low stages and are associated with favorable clinical outcomes. Tumors associated with mismatch repair abnormalities and Lynch syndrome appear to be distinct, with worse prognostic factors and, possibly, clinical behavior. Conservative hormonal therapy and ovarian conservation are reasonable considerations in the management of these young patients, but carry the risk of tumor progression, recurrence, and an occult synchronous or metachronous ovarian carcinoma.

17. Καρκίνωμα του ενδομητρίου σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και νεότερες

Περίληψη

Στόχοι. Να παρουσιάσουμε τις τρέχουσες γνώσεις μας για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών.

Πηγές δεδομένων. Η αναθεώρηση βασίζεται σε δημοσιευμένα άρθρα σχετικά με το θέμα.

Συμπεράσματα. Οι περισσότεροι ΕΚ που εμφανίζονται σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα σχετίζονται με την περίσσεια οιστρογόνων. Είναι συνήθως χαμηλού βαθμού ΕΚ που εμφανίζονται σε χαμηλά στάδια και συνδέονται με ευνοϊκά κλινικά αποτελέσματα. Οι όγκοι που σχετίζονται με τις ανωμαλίες της αποκατάστασης των αναντιστοιχιών και το σύνδρομο Lynch φαίνεται να είναι ξεχωριστοί, με χειρότερους προγνωστικούς παράγοντες και, ενδεχομένως, κλινική συμπεριφορά. Η συντηρητική ορμονική διατήρηση των ωοθηκών είναι εύλογες εκτιμήσεις για τη διαχείριση αυτών των νεαρών ασθενών, αλλά φέρουν τον κίνδυνο της εξέλιξης του όγκου, της υποτροπής και απόκρυφου συγχρονισμένου ή μεταχρονισμένου καρκινώματος των ωοθηκών

18. Relationship between Hypothyroidism and Endometrial Cancer.

Wang, Y., Zhou, R. and Wang, J. (2019). Relationship between Hypothyroidism and Endometrial Cancer. *Aging and disease*, 10(1), p.190.

Abstract

Thyroid dysfunction is involved in several types of carcinoma. Hypothyroidism is one of the most common medical morbidities among patients with EC; however, the related mechanism is unclear. Among the risk factors related to EC, hypothyroidism interacts with metabolic syndrome, polycystic ovarian syndrome and infertility or directly acts on the endometrium itself, which may influence the development and progression of EC. We summarize recent studies on the relationship between hypothyroidism and EC and its risk factors to provide references for basic research as well as for clinical treatment and prognostic evaluation.

18. Σχέση μεταξύ Υποθυρεοειδισμού και Καρκίνου του Ενδομητρίου.

Περίληψη

Η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς εμπλέκεται σε διάφορους τύπους καρκίνου. Ο υποθυρεοειδισμός είναι μία από τις πιο κοινές ιατρικές νοσηρότητες μεταξύ των ασθενών με ΕΚ. Ωστόσο, ο σχετικός μηχανισμός είναι ασαφής. Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον ΕΚ, ο υποθυρεοειδισμός αλληλεπιδρά με το μεταβολικό σύνδρομο, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και τη στειρότητα ή ενεργεί άμεσα στο ίδιο το ενδομήτριο, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και εξέλιξη του ενδομητρίου. Συνοψίσαμε τις πρόσφατες μελέτες σχετικά με τη σχέση με-

ταξύ του υποθυρεοειδισμού και του ΕΚ και των παραγόντων κινδύνου για να προωθήσουμε αναφορές για βασική έρευνα καθώς και για κλινική θεραπεία και πρόγνωση.

19. Polycystic ovary syndrome and risk of endometrial cancer: a mini-review.

Tokmak, A., et al. (2014). Polycystic Ovary Syndrome and Risk of Endometrial Cancer: a Mini-Review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(17), pp.7011-7014.

Abstract

The polycystic ovary syndrome is the most common endocrinological disorder of reproductive age women with a prevalence of 5 to 8 %. The most common diagnostic criteria used for polycystic ovary syndrome are oligo- or an-ovulation, clinical and/ or biochemical signs of hyperandrogenism and polycystic ovaries. Hyperandrogenism results in increased estrogen levels and lack of cyclic progesterone due to anovulation and persistent stimulation of the endometrium may lead to endometrial hyperplasia or adenocarcinoma development. In this mini review, we aimed to evaluate the possible relationship between polycystic ovary syndrome and endometrial cancer.

19. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου: μίνι-ανασκόπηση.

Περίληψη

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι η συνηθέστερη ενδοκρινολογική διαταραχή των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας με επικράτηση από 5 έως 8%. Τα πιο κοινά διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι ολιγοωορρηξία, κλινικά ή βιοχημικά σημεία υπερανδρογονισμού και οι πολυκυστικές ωοθήκες. Ο υπερανδρογονισμός επιφέρει αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και έλλειψη προγεστερόνης λόγω της ανώμαλης διέγερσης και η επίμονη διέγερση του ενδομητρίου μπορεί να οδηγήσει σε υπερπλασία του ενδομητρίου ή ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος. Σε αυτή τη μίνι ανασκόπηση, στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την πιθανή σχέση μεταξύ του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών και του ΕΚ.

20. Endometrial cancer. a review and evaluation of risk factors

Analele Stiintifice ale Universitatii Alexandru Ioan Cuza din Iasi. Sectiunea II A, Genetica si Biologie Moleculara. 2017, Vol. 18 Issue 3, p129-135. 7p

Abstract

Uterine body cancer represents the uncontrolled and chaotic growth of some abnormal cells from the womb lining, being thus included in the category of gynecologic cancers. The main risk factors for endometrial cancer are ageing, nutritional imbalances

that lead to obesity, diabetes, high blood pressure, nulliparity. This article is made up of a retrospective study for incidence of the endometrial cancer. We had reviewed the literature and created evidence-based practice recommendations for diagnosis and treatment. This review examines: risk factors, diagnostic and metastatic evaluation.

20. Καρκίνος ενδομητρίου. μια ανασκόπηση και αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου

Περίληψη

Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας αντιπροσωπεύει την ανεξέλεγκτη και χαοτική ανάπτυξη κάποιων μη φυσιολογικών κυττάρων από την επένδυση της μήτρας και έτσι περιλαμβάνεται στην κατηγορία των γυναικολογικών καρκίνων. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι: η γήρανση, οι διατροφικές ανισορροπίες που οδηγούν στην παχυσαρκία, ο διαβήτης, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η ατεκνία. Αυτό το άρθρο αποτελεί μια αναδρομική μελέτη για την εμφάνιση του καρκίνου του ενδομητρίου. Αναθεωρώντας τη βιβλιογραφία δημιουργήθηκαν συστάσεις πρακτικής βάσει τεκμηρίων για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει: παράγοντες κινδύνου, τη διαγνωστική και μεταστατική αξιολόγηση.

21. Tamoxifen Treatment and Risk of Endometrial Cancer: An Overview

Fadila Kouhen, et al (2016). Tamoxifen Treatment and Risk of Endometrial Cancer: An Overview. *J. of Health Science*, 4(1).

Abstract

For several decades, tamoxifen has proven effective in reducing recurrence and mortality for early and metastatic breast cancer with positive estrogen receptors, and has been proven to be beneficial in preventing breast cancer in high-risk women. However, tamoxifen has been associated with an increased risk of endometrial cancer by its agonist effects on the endometrium in postmenopausal women. The purpose of this article, through an exhaustive summary of literature, is to provide a better understanding of this relationship and its impact on managed care on patients.

21. Θεραπεία με ταμοξιφαίνη και κίνδυνος ενδομήτριου καρκίνου: Επισκόπηση

Περίληψη

Για αρκετές δεκαετίες, η ταμοξιφαίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της υποτροπής και της θνησιμότητας του πρώιμου και μεταστατικού καρκίνου του μαστού με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων και έχει αποδειχθεί ότι είναι επωφελής στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Ωστόσο η ταμοξιφαίνη συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ με τις αγωνιστικές επιδράσεις του στο ενδομήτριο στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ο σκοπός αυτού του άρθρου, μέσω μιας εξαντλητικής περίληψης της βιβλιογραφίας, είναι να παράσχει

μια καλύτερη κατανόηση της σχέσης αυτής και των επιπτώσεών της στη διαχείριση των ασθενών.

22. Dietary fat intake and endometrial cancer risk

Zhao, J., Lyu, C., Gao, J., Du, L., Shan, B., Zhang, H., Wang, H. and Gao, Y. (2016). Dietary fat intake and endometrial cancer risk. *Medicine*, 95(27), p. e4121.

Abstract

Since body fatness is a convincing risk factor for EC, dietary fat intake was speculated to be associated with EC risk. However, epidemiological studies are inconclusive. We aimed to conduct a meta-analysis to assess the associations between dietary fat intake and EC risk. We searched the PubMed, Embase, and Web of science databases updated to September 2015. In total, 7 cohort and 14 case-control studies were included. Pooled analysis of case-control studies suggested that EC risk was significantly increased by 5% per 10% kilocalories from total fat intake ($P=0.02$) and by 17% per 10g/1000 kcal of saturated fat intake ($P<0.001$). Summary of 3 cohort studies showed significant inverse association between monounsaturated fatty acids and endometrial cancer risk (odds ratio = 0.84, 95% confidence interval = 0.73–0.98) with a total of 524583 participants and 3503 incident cases. No significant associations were found for polyunsaturated fatty acids and linoleic acid. In conclusion, positive associations with EC risk were observed for total fat and saturated fat intake in the case-control studies. Results from the cohort studies suggested higher monounsaturated fatty acids intake was significantly associated with lower EC risk.

22. Η πρόσληψη διαιτητικού λίπους και ο κίνδυνος καρκίνου το ενδομητρίου

Περίληψη

Δεδομένου ότι το σωματικός λίπος είναι πειστικός παράγοντας κινδύνου ΕΚ, η πρόσληψη λίπους θεωρήθηκε ότι συσχετίζεται με κίνδυνο για ΕΚ. Εντούτοις, οι επιδημιολογικές μελέτες δεν καταλήγουν στο συμπέρασμα. Σκοπός μας ήταν να διεξαγάγουμε μια μετα-ανάλυση για να αξιολογήσουμε τις συσχετίσεις μεταξύ πρόσληψης διαιτητικού λίπους και κινδύνου ΕΚ. Αναζητήσαμε τις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Web που ενημερώθηκαν έως τον Σεπτέμβριο 2015. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 7 μελέτες κοορτής και 14 περιπτώσεων ελέγχου. Η συγκεντρωτική ανάλυση των μελετών περιπτώσιολογικού ελέγχου έδειξε ότι ο κίνδυνος για ΕΚ αυξήθηκε σημαντικά κατά 5% ανά 10 kg από την ολική πρόσληψη λίπους ($P = 0,02$) και κατά 17% ανά 10 g/1000 kcal πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών ($P < 0,001$). Η περίληψη 3 μελετών έδειξε σημαντική αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και κινδύνου ΕΚ αναλογία πιθανότητας = 0,84, διάστημα εμπιστοσύνης 95% = 0,73-0,98) με συνολικά 524583 συμμετέχοντες και 3503 περιστατικά περιστατικών. Δεν βρέθηκαν σημαντικοί συσχετισμοί για τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και το λινολεϊκό οξύ. Συμπερασματικά, παρατηρήθηκαν θετικές συσχετίσεις κινδύνου ΕΚ και πρόσληψης κορεσμένου λίπους στις μελέτες περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα από τις

μελέτες κοορτής δείχνουν ότι η υψηλότερη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερο κίνδυνο ΕΚ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Καρκίνος Ενδομητρίου, είναι η συνηθέστερη κακοήθεια των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες και η επίπτωσή του συνεχώς αυξάνεται . Τούτο μπορεί να εξηγηθεί, μεταξύ άλλων, από το αυξημένο προσδόκιμο ζωής και τις αλλαγές του τρόπου ζωής, οι οποίες συσχετίζονται με την παρατεταμένη μη-αντιρροπούμενη επίδραση ενδογενών και εξωγενών οιστρογόνων στο ενδομήτριο. Η νόσος παρατηρείται κυρίως στις εμμηνοπαυσιακές και άτοκες γυναίκες, στις περισσότερες περιπτώσεις στην έκτη και έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου σε μικρότερες ηλικίες, πιθανώς λόγω διαφόρων εξωγενών παραγόντων όπως της αύξησης της συχνότητας της παχυσαρκίας, του μεταβολικού συνδρόμου, της υπογονιμότητας, ή της ευρείας χρήσης θεραπειών ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα που οδηγούν ταχύτατα σε άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου. Άλλοι παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση, ενώ το κάπνισμα, η χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά της

διατροφής η κατανάλωση καφέ, η σωματική άσκηση, η χρήση συνδυαστικών αντισυλληπτικών χαπιών και συσκευών ενδομητρικής έκκρισης προγεστερόνης, φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΦΡΑΦΙΑ

- Acog.org.(2016). *EndometrialCancer-ACOG*.
<https://www.acog.org/Patients/FAQs/EndometrialCancer?IsMobileSet=false#symptoms>
- Ahlberg, K., Ekman, T. and Gaston-Johansson, F. (2009). *Fatigue, Psychological Distress, Coping Resources, and Functional Status During Radiotherapy for Uterine Cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), pp.633-640.
- Ali, A. (2013). *Risk factors for endometrial cancer*. Department of Chemical Pathology, Tygerberg Hospital and the University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa.
- Ali, A. T. (2014). *Reproductive Factors and the Risk of Endometrial Cancer*. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(3), 384–393. doi:10.1097/igc.0000000000000075
- American Cancer Society. (2016). *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017*. *American Cancer Society*, 44. <https://doi.org/10.3322/caac.21235>
- Aune, D., Sen, A. (2017). *Hypertension and the risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies*. *Scientific Reports*, 7(1).
- Baggish, M., Guedj, H. and Valle, R. (2009). *Hysteroscopy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Banno, K. (2012). *Progestin therapy for endometrial cancer: The potential of fourth-generation progestin (Review)*. International Journal of Oncology.
- Berman, A., Snyder, S. and Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing*. Pearson Education, Inc
- Braun, M. M., Overbeek-Wager, E. A., & Grumbo, R. J. (2016). *Diagnosis and management of endometrial cancer*. American Family Physician, 93(6), 468–474.
- Brunner, L., Suddarth, D., Smeltzer, S. and Bare, B. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burke, W., Orr, J., Leitao, M., Salom, E., Gehrig, P., Olawaiye, A., Brewer, M., Boruta, D., Herzog, T. and Shahin, F. (2014). *Endometrial cancer: A review and current management strategies: Part II*. Gynecologic Oncology, 134(2), pp.393-402.
- Casey MJ, Crotzer D. Cancer, Endometrial. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525981/
- Colombo N, Preti E, Landoni F, Carinelli S, Colombo A, Marini C, Sessa C; ESMO Guidelines Working
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2017). *Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 15(8), 2087–2112. doi:10.11124/jbisrir-2016-003126
- Daniels, R. and Nicoll, L. (2012). *Contemporary medical-surgical nursing*. 2nd ed. Clifton Park, N.Y.: Delmar/Cengage Learning.
- Davis, P., O'Neill, M., Yoder, I., Lee, S. and Mueller, P. (2009). *Sonohysterographic Findings of Endometrial & Subendometrial Conditions*. RadioGraphics, 22(4), pp.803-816.
- DeWit, S. (2009). *Fundamental concepts and skills for nursing*. St. Louis, Saunders Elsevier.
- Dillon, P. (2009). *Nursing Health Assessment*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Dossey, B., Keegan, L. and Barrere, C. (2013). *Holistic nursing*. 6th ed. Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company.
- Dasgupta, M. (2017). The Estrogen and Progesterone Receptors in Endometrial Carcinoma - An Update. Endocrinology&Metabolism International Journal, 5(2).
- Dougherty, L. and Lister, S. (2015). *The Royal Marsden Hospital manual of clinical nursing procedures*. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Dunleavey, R. (2009). *Cervical cancer*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Dunphy, L., Winland-Brown, J., Porter, B. and Thomas, D. (2015). *Primary care*. 4th ed. United States of America: F. A. Davis Company.
- Emoto, M., Tamura, R., Shirota, K., Hachisuga, T. and Kawarabayashi, T. (2009). *Clinical usefulness of color doppler ultrasound in patients with endometrial hyperplasia and*

- carcinoma. Cancer*, 94(3), pp.700-706.
- Esmo.org. (2018). *Clinical Practice Guidelines on Gynaecological Cancers | ESMO*. <https://www.esmo.org/Guidelines/Gynaecological-Cancers>
 - Kouhen, F., Rais, F., Benhmidou, N., Afif, M., Elkacemi, H., Benjaafar (2016). *Tamoxifen Treatment and Risk of Endometrial Cancer: An Overview*. *J. of Health Science*, 4(1).
 - Farrell, M., Smeltzer, S. and Bare, B. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Pty Ltd ACN.
 - Freeman, S., Aly, A., Kataoka, M., Addley, H., Reinhold, C. and Sala, E. (2012). *The Revised FIGO Staging System for Uterine Malignancies: Implications for MR Imaging*. *RadioGraphics*, 32(6), pp.1805-1827.
 - Group. *Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Ann Oncol*. 2011 Sep;22 Suppl 6
 - Gu, M., Shi, W., Barakat, R., Thaler, H. and Saigo, P. (2009). *Pap Smears in Women with Endometrial Carcinoma*. *Acta Cytologica*, 45(4), pp.555-560.
 - Gupta, S., Holloway, D., Kubba, A. (2015) *Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Μτφ. Δελτσιίδου, Α., Νάνου, Χ., Εκδόσεις Πασχαλίδη.
 - Hajdu, S. I. (2010). A note from history: *Landmarks in history of cancer, part 1*. *Cancer*, 117(5), 1097–1102. doi:10.1002/cncr.25553
 - Hopper, P. and Williams, L. (2009). *Understanding medical surgical nursing*. 3rd ed. Philadelphia,PA:F.A.DavisCo:<http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/cb22737d30ae670aaa479b72a08ef96e.pdf>
 - Ignatavicius, D. and Winkelman, C. (2016). *Clinical companion for Medical-surgical nursing*. 8th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Health Science.
 - Kalmantis, K., Daskalakis, G., Rodolakis, A., Papantoniou, N., Mesogitis, S. and Antsaklis, A. (2011). *The role at 3-Dimensional Power Doppler sonography in the assessment of avarian, breast and uterine tumors. Review of the literature*. 1st Dept of ob/Gyn, Alexandra Hospital, University of Athens.
 - Kitson, S. J., Evans, D. G., & Crosbie, E. J. (2016). *Identifying High-Risk Women for Endometrial Cancer Prevention Strategies: Proposal of an Endometrial Cancer Risk Prediction Model*. *Cancer Prevention Research*, 10(1), 1–13.
 - Lavdaniti M (2017) *Holistic Nursing Approach to Patients with Cancer*. *J Nurs Care* 6: e136.
 - LeMone, & P., Burke, K. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος II. Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
 - LeMone, P., Burke, K. and Bauldoff, G. (2011). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. 5th ed. Τόμος Β'. Boston: Λαγός Δημήτρης.

- Lewis, S., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L. and Harding, M. (2014). *Medical-surgical nursing*. 9th ed. Canada: Elsevier Inc.
- Lindau, S., et al. (2016). *Physical examination of the female cancer patient with sexual concerns: What oncologists and patients should expect from consultation with a specialist*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66(3), pp.241-263. doi:10.3322/caac.21337
- Lindemann, K., Vatten, L. J., Ellström-Engh, M., Eskild, A. (2009). *Body mass, diabetes and smoking and endometrial cancer risk: a follow-up study*. British Journal of Cancer, 98(9), 1582–1585.
- Lippincott. and Springhouse. (2011). *Handbook of Medical-Surgical Nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Liu, F.S. (2009). *Molecular Carcinogenesis of Endometrial Cancer*. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 46(1), 26–32. doi:10.1016/s1028-4559(08)60102-3
- MacKenzie, A. R. (2014). *Endometrial Cancer in the Elderly*. *Current Geriatrics Reports*, 3(3), 220–227. doi:10.1007/s13670-014-0088-3
- McPhee S., J., Μουστσόπουλος, Χ. (2009). *Παθολογική Φυσιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσα, pp.805.
- Meissnitzer, M. Forstner, R. (2016). *MRI of endometrium cancer how we do it*. *Cancer Imaging*, 16(1).
- Moore, K., Dalley, A. and Agur, A. (2010). *Clinically oriented anatomy*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Morice, P., Leary, A., Creutzberg, C., Abu-Rustum, N., & Darai, E. (2016). *Endometrial cancer*. The Lancet, 387(10023), 1094–1108. doi:10.1016/s0140-6736(15)00130-0
- Moxley, K., McMeekin, D. (2010). *Endometrial Carcinoma: A Review of Chemotherapy, Drug Resistance, and the Search for New Agents*. The Oncologist, 15(10), 1026–1033.
- Murray, S. and McKinney, E. (2014). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Nadaf, A., Rani, H., SS, P., Rao, R. and Shastri, D. (2017). Pap Smears in Endometrial Adenocarcinoma: Does It Have a Role? *Asian Pac J Cancer Prev*, 18 (4), 1145-1150.
- Navaratnarajah, R., Pillay, O., & Hardiman, P. (2009). *Polycystic Ovary Syndrome and Endometrial Cancer*. *Seminars in Reproductive Medicine*, 26(1), 062–071.
- Nettina, S. (2014). *The Lippincott manual of nursing practice*. 10th ed. Philadelphia [etc.]: Lippincott.
- Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2010). *Medical-surgical nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Patni, R. (2017). *Current concepts in endometrial cancer*. 5th ed. Singapor: Springer Verlag.

- PDQ Adult Treatment Editorial Board. Endometrial Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2019 Feb 1. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65829/>
- Peate, I., Nair, M. (2015). *Anatomy and physiology for nurses at a glance*. 1st ed. John Wiley & Sons, Ltd.
- Plataniotis, G., Castiglione, M. (2010). Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 21, v41–v45.
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P. and Hall, A. (2014). *Fundamentals of nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: (Mo): Elsevier.
- Raingruber, B. (2014). *Contemporary health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning.
- Swartz, M. (2010). *Textbook of physical diagnosis*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Rajaram, S., Chitrathara, K. and Maheshwari, A. (2015). *Uterine cancer*. New Dehli [u.a.]: Springer.
- Ricci, S. Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rieger, P., Yarbrow, C. (2019). *Role of the Oncology Nurse*. Ncbi.nlm.nih.gov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13570/>
- Saxena, R. (2016). *A practical guide to obstetrics & gynecology*. 1st ed. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Schofield, P., Juraskova, I., Bergin, R., Gough, K., Mileskin, L., Krishnasamy, M., White, K., Bernshaw, D., Penberthy, S. and Aranda, S. (2013). *A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial*. *Trials*, 14(1), p.39.
- Sherman, M. E. (2009). Theories of Endometrial Carcinogenesis: A Multidisciplinary Approach. *Modern Pathology*, 13(3), 295–308. doi:10.1038/modpathol.3880051
- Springhouse. and Springhouse. (2008). *Nurse's 3-minute Clinical Reference*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swearingen, P. (2016). *All-in-one care planning resource*. Philadelphia, PA: Elsevier/Mosby.
- Toney-Butler TJ, Unison-Pace WJ. *Nursing, Admission Assessment and Examination*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493211/>

- Trentham-Dietz, A., Nichols, H., Hampton, J., & Newcomb, P. (2009). *Weight change and risk of endometrial cancer*. International Journal of Epidemiology, 35(1), 151–158.
- Tsoucalas, G. and Sgantzios, M. (2016). Aretaeus of Cappadocia (Circa First Century bc or Fourth Century ad), Operating Hepatic Abscesses in Ancient Greece. *Surgical Innovation*, 23(4), pp.427-428.
- Van Leeuwen, A., Poelhuis-Leth, D. and Vroomen-Durning, M. (2009). *Davis's comprehensive handbook of laboratory and diagnostic tests*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Yarbrow, C., et al. (2011). *Cancer nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Αγγελοπούλου, Ζ., Καραγκούνη, Γ., Κωτσάκου, Ε. (2013). *Άγχος / Κατάθλιψη Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Επιπτώσεις στην Οικογένεια*. Hellenic journal of nursing, 52(1):35-42.
- Ιατράκης, Γ., 2015. *Γυναικολογικά προβλήματα και λύσεις*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. <http://hdl.handle.net/11419/1862>
- Κωνσταντινίδης, Θ., Φιλαλήτης, Α. (2013). *Ο ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο*. 2013,52(2): 117-130.
- Λαβδανίτη, Μ., & Ζυγά, Σ. (2012). Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία *New perspectives in the nursing role in cancer patients undergoing radiotherapy*, 13–17. <http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/cb22737d30ae670aaa479b72a08ef96e.pdf>
- Λαβδανίτη, Μ., & Ζυγά, Σ. (2012). *Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία* *New perspectives in the nursing role in cancer patients undergoing radiotherapy*, 13–17.
- Μιχαλάς, Σ., (2009). *Επιτομή μαιευτική και γυναικολογία*. Αθήνα : Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Παπαγεωργίου, Δ. (2013). *Η Νοσηλευτική Αξιολόγηση ως Απαραίτητο Στοιχείο της Φροντίδας του Αρρώστου*. Hellenic Journal Nursing, 52 (4): 363-366