



**Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Φοιτήτριες: ΣΙΑΜΟΥΤΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Α.Μ 17383

ΤΣΙΑΤΣΗ ΡΕΝΑ Α.Μ 17346

Εισηγήτρια: Θεοδώρα Μπακάρα – Νίκου, Λέκτορας

Ιωάννινα, 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5-6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
1.Ανατομία γυναικείου γεννητικού συστήματος	10
1.1 Έξω γεννητικά όργανα	10
1.1.1 Αιδοίο	10
1.1.2 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης	10
1.1.3 Μεγάλα και μικρά χείλη	10
1.1.4 Κλειτορίδα	11
1.1.5 Πρόδομος του κολεού	11
1.1.6 Βολβοί του προδόμου	11
1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες	11
1.1.8 Παραουρηθρικοί αδένες	11
1.2 Έσω γεννητικά όργανα	12
1.2.1 Κόλπος ή Κολεός	12
1.2.2 Μήτρα	12
1.2.3 Τράχηλος της μήτρας	12-13
1.2.4 Ισθμός της μήτρας	13
1.2.5 Σώμα της μήτρας	13
1.2.6 Σάλπιγγες	13

1.2.7 Ωοθήκες	13-14
1.2.8 Πυελικό έδαφος	14
1.3 Φυσιολογία γυναικείων γεννητικών οργάνων	14
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2. Υστερεκτομή	15
2.1 Ορισμός	15
2.2 Κλινική εικόνα	15-16
2.3 Διαγνωστικές εξετάσεις	16
2.3.1 Το τεστ επιχρίσματος (Τεστ Παπανικολάου)	16-17
2.3.2 Κολποσκόπηση	17-18
2.3.3 Ιστοπαθολογική εξέταση	18
2.3.4 Εργαστηριακή εξέταση ρουτίνας αίματος και ούρων	18
2.3.5 Ιατρικές εξετάσεις απεικόνισης	18-19
2.4 Θεραπεία – Αντιμετώπιση	19-20
2.4.1 Χειρουργική επέμβαση-Τύποι επεμβάσεων – Τρόποι επεμβάσεων	21-22
2.4.1.1 Λαπαροσκοπική υστερεκτομή	22-24
2.4.2 Επικουρική θεραπεία	25
2.4.3 Χημειοθεραπεία-Ορμονοθεραπεία	25
2.5 Ενδείξεις υστερεκτομής	25-26
2.6 Επιπλοκές	27-28
2.7 Αίτια	28-29
2.8 Πιθανές παρενέργειες θεραπειών	29
2.8.1 Παρενέργειες της επικουρικής θεραπείας	29

2.8.2 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας	29-30
2.8.3 Παρενέργειες Ορμονοθεραπείας	30-31
2.9. Ιατρική Παρακολούθηση	31
2.10 Πρόληψη	31-32
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	33
3.1. Προεγχειρητική προετοιμασία	33-34
3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα	34-35
3.3 Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς	35
3.3.1 Ιστορικό υγείας	35
3.3.2 Φυσική εκτίμηση	35-36
3.3.3 Προβλήματα ασθενούς	36
3.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	36-38
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ	
Έρευνα	39-53
ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ	
Συμπεράσματα	54-55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56-57

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υστερεκτομή αποτελεί την πλέον συχνή γυναικολογική χειρουργική επέμβαση μετά την καισαρική τομή. Η επέμβαση μπορεί να γίνει με διαφορετική χειρουργική προσέγγιση, ανάλογα με τον τύπο της πάθησης, όπως, λαπαροτομία, λαπαροσκοπικά, κολπικά, ή και με συνδυασμό λαπαροσκοπικής και κολπικής προσπέλασης. Το μεγαλύτερο ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων υστερεκτομών, γίνεται για καλοήθεις κυρίως παθήσεις. Οι συχνότερες ενδείξεις για υστερεκτομή αποτελούν, τα λειομύματα μήτρας, η αδеноμύωση, η πρόπτωση πυελικών οργάνων (π.χ. της μήτρας), διάφορες μαιευτικές ενδείξεις, η ενδομητρίωση, οι ανώκινικές παθήσεις, η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου καθώς και αποτελεί θεραπεία ή μέρος της θεραπείας για καρκινικές παθήσεις. Για την λήψη της απόφασης, ώστε η ασθενής να οδηγηθεί σε υστερεκτομή καθώς και τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης υστερεκτομής, (ολική, υφολική ή αφαίρεση των εξαρτημάτων), εκτός από την υποκείμενη παθολογία και το ιστορικό της ασθενούς, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως η ηλικία, η δυνατότητα ή η επιθυμία για αναπαραγωγή και η επιθυμία της ίδιας της ασθενούς.

Σκοπός : Καταγραφή και παρουσίαση των νεότερων δεδομένων όσον αφορά την χειρουργική επέμβαση ολικής υστερεκτομής, της φροντίδας και στήριξης των ασθενών, καθώς και ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση των ασθενών που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση υστερεκτομής.

Υλικό και μέθοδος: Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης Google Scholar, Medline και Pubmed. Επίσης, έγινε και έρευνα σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Ανεβρέθηκαν είκοσι (29) abstracts, της τελευταίας πενταετίας, τα οποία αναφέρονται σε νέα δεδομένα και νεότερες εξελίξεις στην ολική υστερεκτομή και την φροντίδα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Όπως αναδεικνύεται από την μελέτη των νέων δεδομένων όσον αφορά την ολική υστερεκτομή, η κολπική και δευτερευόντως η λαπαροσκοπική επέμβαση, προτιμούνται περισσότερο στη σύγχρονη γυναικολογική χειρουργική για τα οφέλη που

προκρίνει σε σχέση με την ανοικτή μέθοδο, τόσο στη διάρκεια νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας, τον μετεγχειρητικό πόνο του ασθενούς και την μετεγχειρητική φροντίδα και πορεία.

Λέξεις-κλειδιά: υστερεκτομή, χειρουργική επέμβαση, ενδείξεις, λαπαροτομία, ενδομητρίωση, θεραπεία, καρκινικές παθήσεις, ολική, υφολική.

ABSTRACT

Summary: Hysterectomy is the most common gynecological surgical procedure after caesarean section. Surgery can be done with a different surgical approach depending on the type of the disease such as laparoscopic vaginal laparotomy or a combination of laparoscopic and vaginal access. The highest rate of hysterectomy surgeries is done for benign mainly diseases. The most common indications for hysterectomy are uterine leiomyomas, adenomyosis, pelvic organ prolapsed such as uterus, differences in obstetric signs, endometriosis, abnormal uterine bleeding, chronic pelvic pain, inflammatory disease of the pelvis, precancerous disease sor intraepithelial neoplasms of the servix as well as being a treatment of part of a treatment for cancer. To make the decision to lead the patient to hysterectomy and the type of surgery (complete, removable or removable parts), in addition to the underlying pathology and medical history of the patient, other parameters such as age, ability or desire toreproduce, and the patient's own desire should also be taken into account.

Purpose: Recording and presenting the latest data on total hysterectomy for patients care and support and analysis of nursing interventions in the treatment of patients undergoing hysterectomy.

Materials and methods: search engines were used to gather information Googlescholar, Medline and Pubmed. There has also been research in Greek and international literature.

Results: Twenty articles from the last five years have been found that relate to new developments in total hysterectomy and patient care.

Conclusions: As evidenced by the study of new data on total hysterectomy, vaginal and lateral laparoscopic surgery are more preferred in modern gynecological surgery for the benefits of open surgery, both during and postoperative hospitalization and postoperative care and course.

Keywords: hysterectomy, surgery, indications, endometrial cancer diseases, total, stainless steel resection.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υστερεκτομή είναι μια χειρουργική επεμβαση κατά την οποία αφαιρείται η μήτρα και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αφαίρεση των σαλπινγών, των ωοθηκών και του τραχήλου για να θεραπεύσουν ή να ανακουφίσουν την ασθενή από ορισμένες γυναικολογικές παθήσεις. (Μιχαλάς, 2009)

Είναι μια σημαντική χειρουργική διαδικασία που έχει κινδύνους, αλλά και οφέλη και επηρεάζει την ορμονική ισορροπία της γυναίκας και τη γενική υγεία για το υπόλοιπο της ζωής της. Έτσι η υστερεκτομή συνιστάται συνήθως ως η ύστατη λύση για την αντιμετώπιση ορισμένων δυσεπίλυτων παθολογιών της μήτρας. (Haylen, 2016)

Επειδή η απόφαση είναι πολλές φορές καθοριστική για τη ζωή και τον ψυχισμό της γυναίκας αφιερώνουμε εκτενή χρόνο για συζήτηση με τις υποψήφιες ασθενείς.

Η υστερεκτομή είναι μια αμετάκλητη διαδικασία, μετά την οποία η γυναίκα δεν μπορεί πλέον να μείνει έγκυος ή να έχει έμμηνο ρύση. Δεδομένου ότι η υστερεκτομή είναι μια τελική, μόνιμη και οριστική θεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς στις οποίες έχει αποτύχει η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή με ορμόνες και άλλα φάρμακα. (Haylen, 2016)

Η ολική υστερεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου, αλλά δεν περιλαμβάνει απαραίτητα την αφαίρεση των ωοθηκών. Η υφολική υστερεκτομή διατηρεί τον τράχηλο, αλλά η συχνή διενέργεια κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου είναι απαραίτητη στη συνέχεια. Υστερεκτομή μπορεί να γίνει μέσω της κοιλιάς διαμέσου του κόλπου ή με βοήθεια λαπαροσκοπίου. (West, 2016)

Η ανάρρωση είναι συντομότερη μετά την διακολπική υστερεκτομία, αλλά δεν είναι όλες οι γυναίκες κατάλληλες για αυτόν τον τύπο επέμβασης. Η υστερεκτομία είναι η μόνη θεραπεία για προβλήματα της περιόδου που εγγυάται πλήρη μακροχρόνια ανακούφιση από την αιμορραγία της περιόδου. (West, 2016)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Υστερεκτομία, δηλαδή η χειρουργική αφαίρεση της μήτρας είναι μία από τις πιο συνηθισμένες χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται. Μέχρι την ηλικία των 55 ετών, περίπου μία στις πέντε γυναίκες θα υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση της μήτρας. Σε μερικές χώρες το ποσοστό αυτό είναι ακόμη υψηλότερο, ενώ στη Μέση Ανατολή είναι χαμηλότερο λόγω πολιτιστικών και Θρησκευτικών διαφορών. Λιγότερες γυναίκες υποβάλλονται σε υστερεκτομή στις Σκανδιναβικές χώρες όπου γίνεται περισσότερο χρήση των φαρμακευτικών θεραπειών για τις διαταραχές της περιόδου. Υστερεκτομή διαφέρει από άλλες μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις επειδή συχνά περιλαμβάνει την αφαίρεση υγιών οργάνων τα οποία δεν πάσχουν (West, 2016).

Το 2015 πάνω από 600.000 υστερέκτομες έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες εκ των οποίων πάνω από 90% πραγματοποιήθηκαν για καλοηθείς παθήσεις. Αυτά τα ποσοστά είναι υψηλότερα στον βιομηχανοποιημένο κόσμο και έχει οδηγήσει σε μεγάλες αντιπαραθέσεις όταν οι υστερεκτομές εκτελούνται σε μεγάλο βαθμό για αδικαιολόγητους και περιττούς λόγους. Αναμενεται ότι οι συχνότητα των υστερεκτομών για τις μη κακοηθείς ενδείξεις θα μειωθεί, καθώς υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις σε πολλές περιπτώσεις.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1.Ανατομία γυναικείου γεννητικού συστήματος

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας εξασφαλίζει την αναπαραγωγή για ορισμένη περίοδο της ζωής της, από την ήβη έως την εμμηνόπαυση, (Μπόντης και συν, 2018).

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται στα έξω γεννητικά όργανα και στα έσω γεννητικά όργανα, (Μπόντης και συν, 2018).

1.1 Έξω γεννητικά όργανα

1.1.1 Αιδοίο

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinovs αδένες και τους παραουρηθρικούς αδένες, (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.2 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης

Παριστά έπαρμα του δέρματος με λιπώδες υπόστρωμα κείμενο έμπροσθεν της ηβικής σύμφυσης. Στην ένηβο γυναίκα καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα, (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.3 Μεγάλα και μικρά χείλη

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου παριστούν δύο επιμήκεις πτυχές του δέρματος με λιπώδη και συνδετικό ιστό. Εξορμώνται από το εφήβαιο και καταλήγουν όπισθεν στην ραφή του περινέου. Αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα. Το δέρμα αποτελείται εκ των έξω προς τα έσω από την επιδερμίδα, το χόριο και στρώμα λείων μυϊκών ινών. Το χόριο περιέχει τους θυλάκους των τριχών, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Στα μεγάλα χείλη καταλήγουν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας. Τα μικρά χείλη, κείμενα έσωθεν των μεγάλων χειλέων, παριστούν δύο δερματικές πτυχές. Έμπροσθεν σχηματίζουν την πόσθη και τον χαλινό της κλειτορίδας ενώ όπισθεν τον χαλινό των μικρών χειλέων. Συνίστανται από λεπτό δέρμα με σμηγματογόνους αδένες και παρουσιάζουν πολυπληθή φλεβικά δίκτυα. (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.4 Κλειτορίδα

Αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος και αποτελείται από τα δυο σκέλη, το σώμα και την βάλανο. Τα σκέλη με μέρος του σώματος αποτελούν την κεκρυμμένη μοίρα της κλειτορίδας, ενώ το υπόλοιπο του σώματος μαζί με την βάλανο την ελεύθερη μοίρα, η οποία έχει μήκος περί τα 2 cm. Αποτελείται από δυο σηραγγώδη σώματα, τα οποία περιέχουν στυτικό ιστό. Η βάλανος περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για την σεξουαλική διέγερση. (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.5 Πρόδομος του κολεού

Αυτός εκτείνεται μεταξύ της κλειτορίδας και του χαλινού των μικρών χειλέων. Σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των παρακειμένων αδένων. Στο κάτω μέρος υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος. Το κάτω στόμιο του κόλπου, που εκβάλλει στον πρόδομο, αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Ο παρθενικός υμένας παριστά ένα ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες και επαλείφεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Ανάλογα με το σχήμα και την υφή του διακρίνεται σε μηνοειδή, δακτυλιοειδή, δίθυρο, ηθμοειδή, κροσσωτό κλπ. Τα υπολείμματα του παρθενικού υμένα μετά την πρώτη συνουσία, ιδίως όμως μετά από τοκετό, αποτελούν τα μύρτα. (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.6 Βολβοί του προδόμου

Αντιστοιχούν στα σηραγγώδη σώματα της ουρήθρας του άνδρα, ευρίσκονται στα πλάγια του κόλπου και περιέχουν πυκνά φλεβικά δίκτυα, τα οποία προκαλούν διόγκωση των βολβών κατά την συνουσία (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες

Είναι μικρού μεγέθους στρογγυλοί αδένες στα πλάγια του στομίου του κόλπου, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άνδρα και εκκρίνουν βλέννη για την ύγρανση του κόλπου κατά την συνουσία (Μπόντης και συν, 2018).

1.1.8 Παραουρηθρικοί αδένες

Εκβάλλουν στο στόμιο της ουρήθρας και οι μεγαλύτεροι από αυτούς (αδένες του Skene) στον πρόδομο του κολεού (Μπόντης και συν, 2018).

1.2 Έσω γεννητικά όργανα

Στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Η σάλπιγγα και η σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα, (Μπόντης και συν, 2018).

1.2.1 Κόλπος ή Κολέός

Ο κόλπος παριστά ινομυώδη διατατό σωλήνα, μήκους 8-9 cm και εκτείνεται από τον πρόδομο μέχρι τον τράχηλο της μήτρας. (Μπόντης και συν, 2018).

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τέσσερις στιβάδες, οι οποίες εκ των έσω προς έξω είναι: 1. το ινώδες στρώμα, που προέρχεται από την πυελική περιτονία, 2. το μυϊκό από μυϊκές και ελαστικές ίνες, 3. το συνδετικό, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και 4. η έσω στοιβάδα, που συνίσταται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. (Μπόντης και συν, 2018).

Το τοίχωμα του κόλπου παρουσιάζει πτυχές για να διατείνεται κατά την συνουσία. Το άνω μέρος, το οποίο περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, σχηματίζει τον πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιους θόλους. Ο οπίσθιος θόλος είναι βαθύτερος. (Μπόντης και συν, 2018).

1.2.2 Μήτρα

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο μήκους 7-8 cm, σχήματος αχλαδιού και προέρχεται από την συνένωση των δύο πόρων του Muller. Έχει ιδιαίτερα παχύ μυϊκό τοίχωμα, ώστε να διατείνεται κατά την κύηση. Διακρίνεται στον τράχηλο, στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο, ενώ η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου, προϊούσης της ηλικίας, σχεδόν εξαφανίζεται. (Μπόντης και συν, 2018).

1.2.3 Τράχηλος της μήτρας

Έχει μήκος 2-3 cm και διακρίνεται στην υπερκολπική και στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία προβάλλει μέσα στον κόλπο, σχηματίζοντας τους θόλους. Η ενδοκολπική μοίρα καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ ο ενδοτραχηλικός αυλός από κυλινδρικό, που καταδύεται σε πτυχές ή κρυπτές με εκκριτική δραστηριότητα και παράγει κυρίως βλέννη από τους τραχηλικούς αδένες. Η τραχηλική βλέννη προφυλάσσει, ως πώμα,

από την είσοδο μικροβίων στην μήτρα και στις σάλπιγγες και χρησιμεύει για την παραλαβή και ενεργοποίηση των σπερματοζωαρίων κατά την σεξουαλική επαφή.

Το έξω στόμιο του τραχήλου έχει διάμετρο 4 mm περίπου και είναι στρόγγυλο στις άτοκες, ενώ έχει διάμετρο 6 mm περίπου και είναι εγκάρσιως ερρηγμένο στις πολύτοκες. (Μπόντης και συν, 2018).

1.2.4 Ισθμός της μήτρας

Ο ισθμός της μήτρας παριστά μία στενή μοίρα του σώματος, η οποία αντιστοιχεί έσωθεν μεν στο έσω στόμιο του τραχήλου έξωθεν δε στην ανάκαμψη του περιτοναίου από την ουροδόχο κύστη στην μήτρα (κυστεομητρική πτυχή). Προϊούσης της κύησης ο ισθμός διατείνεται και σχηματίζει το κατώτερο τμήμα της μήτρας, το οποίο στο τέλος της κύησης έχει έκταση περίπου 7 cm. (Μπόντης και συν, 2018).

1.2.5 Σώμα της μήτρας

Από το άνω τμήμα της μήτρας, που ονομάζεται πυθμένας, εκπορεύονται οι στρογγυλοί σύνδεσμοι που καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου και αμέσως πίσω οι σάλπιγγες που φέρονται προς τα πίσω και πλάγια και καταλήγουν με το κροσσωτό τους πέρας στην οπίσθια πλευρά των πλατεών συνδέσμων. Παράλληλα και πίσω από τις σάλπιγγες πορεύονται οι ίδιοι σύνδεσμοι των ωοθηκών. Το σώμα αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομητρική κοιλότητα, η οποία είναι τριγωνική με την βάση προς τον πυθμένα. Στις γωνίες της βάσης ευρίσκονται τα σαλπινγικά στόμια. Το τμήμα της κοιλότητας που αντιστοιχεί στο στόμιο λέγεται κέρας της μήτρας. (Μπόντης 2018)

1.2.6 Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο λεπτοί μυϊκοί σωλήνες μήκους 10-12 cm που εξορμώνται από τον πυθμένα της μήτρας και φθάνουν μέχρι τις ωοθήκες (Παπανικολάου, 2012)

1.2.7 Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα, και ευρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας. Έχουν σχήμα αμυγδάλου, μήκους 3-4 cm και πάχους 1-3 cm. (Παπανικολάου, 2012).

1.2.8 Πυελικό έδαφος

Εκτείνεται από την ηβική σύμφυση μέχρι τον κόκκυγα και πλαγίως μέχρι τα ισχιακά κυρτώματα (Παπανικολάου, 2012).

1.3 Φυσιολογία γυναικείων γεννητικών οργάνων

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει, όπως και του άνδρα 3 κατηγορίες ορμονών:

α) μία υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (LHRH),

β) τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωοθυλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινοτρόπο (LH) ορμόνη

γ) τις ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη),

Μετά των υποθάλαμο και την υπόφυση, τρίτος βασικός παράγοντας που παίρνει μέρος στην παραγωγική λειτουργία της γυναίκας, είναι οι ωοθήκες, (Μυλωνάκη, 2009).

Η λειτουργία των ωοθηκών είναι περιορισμένη, δηλαδή αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση και η δράση τους είναι κυκλική, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια (ωογένεση) και ορμόνες, (Μυλωνάκη, 2009)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.Υστερεκτομή

2.1 Ορισμος

Ο όρος υστερεκτομή προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ύστερον» που σημαίνει μήτρα και «εκτομή» που σημαίνει εκτομή ή αφαίρεση, (Παπανικολάου, 2012).

Ως υστερεκτομή χαρακτηρίζεται η χειρουργική εξαίρεση της μήτρας. Κάθε χρόνο, υφίστανται υστερεκτομή περίπου 500.000 γυναίκες, (Παπανικολάου, 2012).

Πολλές φορές μαζί με τη μήτρα αφαιρούνται οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες. Η υστερεκτομή είναι μια αμετάκλητη διαδικασία μετά την οποία η γυναίκα δεν μπορεί πλέον να μείνει έγκυος ή να έχει έμμηνο ρύση, (Παπανικολάου, 2012).

2.2 Κλινική εικόνα

Υπάρχουν διάφορα συμπτώματα που οδηγούν μία γυναίκα σε υστερεκτομή.

Τα κυριότερα συμπτώματα που θα οδηγήσουν μια γυναίκα στο γιατρό, είναι:

- η υπερβολική και ακανόνιστη κοιλιακή αιμορραγία,
- πόνοι στην πύελο,
- συμπτώματα που οφείλονται στην άσκηση πίεσης σε παρακείμενα όργανα (οσφυαλγίες και ουρολογικά συμπτώματα),
- υπογονιμότητα,
- χρόνια αιμορραγία, η οποία δεν ανταποκρίνεται σε ορμονική θεραπεία ή σε θεραπευτική εκκένωση της μήτρας, μηνορραγία και δυσμηνόρροια.
- πυελική ένταση,
- οσφυαλγίας,
- ακράτεια ούρων,

- δυσκολίας ούρησης,
- σεξουαλική δυσλειτουργία,
- δυσφορία που οφείλονται στον ερεθισμό ή στην εξέλκωση εξωτερικών βλεννογόνιων ιστών.
- Η μαζική αιμορραγία του γ σταδίου του τοκετού, δηλαδή μετά τη γέννηση του βρέφους, η οποία οφείλεται σε ατονία της μήτρας, μπορεί να απαιτήσει υστερεκτομή εάν δεν ανταποκριθεί σε φαρμακευτική μητροσύσπαση ή σε άλλες συντηρητικές μεθόδους αιμόστασης. Επείγουσα υστερεκτομή μπορεί να απαιτηθεί και σε ακατάσχετη αιμορραγία λόγω ρήξης της μήτρας ή τρώσης μεγάλου αγγείου. Περίπου το 20% των υστερεκτομών εκτελούνται εξαιτίας της ενδομητρίωσης. Όταν είναι συμπτωματική η ενδομητρίωση συνοδεύεται από: πυελικό άλγος, δυσμηνόρροια, δυσπαρεύνια και ακανόνιστη κολπική αιμορραγία. Φυσικά δεν μπορεί να εξαιρεθεί από όλα αυτά τα συμπτώματα και ο καρκίνος της μήτρας, που οδηγεί σε άμεση υστερεκτομή (Κουβελάς και συν, 2012).

2.3 Διαγνωστικές εξετάσεις

2.3.1 Το τεστ επιχρίσματος (Τεστ Παπανικολάου)

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας μπορεί να υπάρχουν για πολλά χρόνια χωρίς να προκαλούν συμπτώματα. Η αργή ανάπτυξή τους παρέχει μια μεγάλη ευκαιρία για έγκαιρη ανίχνευση και εύκολη θεραπεία. Ο τράχηλος επισκοπείται και είναι ορατός κατά την γυναικολογική εξέταση, έτσι ώστε ο γιατρός να μπορεί να λάβει εύκολα επιχρίσματα από την επιφάνειά του για κυτταρολογική εξέταση, το λεγόμενο τεστ επιχρίσματος Παπανικολάου ή τεστ Παπανικολάου, των κυττάρων που αποβάλλονται από την επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας, (Μιχαλάς, 2009).

Τα κύτταρα του επιχρίσματος εξετάζονται στο εργαστήριο, επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση μίας προκαρκινικής βλάβης, δηλαδή μίας ανωμαλίας των κυττάρων της επιφάνειας του τραχήλου της μήτρας, που ονομάζεται δυσπλασία, η οποία με την πάροδο των ετών μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο. Επίσης, ο αρχόμενος καρκίνος σε αυτό το σημείο μπορεί να εντοπισθεί εύκολα από επιχρίσματα πριν να γίνει επικίνδυνος (κακοήθης), (Μιχαλάς, 2009).

Μετά την εργαστηριακή εξέταση, τα κύτταρα του επιχρίσματος μπορεί να είναι:

- Φυσιολογικά
- Να αποκαλύψουν ήπια δυσπλασία , που συνήθως οφείλεται σε μόλυνση από τον ιό HPV.
- Η ήπια δυσπλασία συνήθως υποχωρεί αυτόματα αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε ένα πιο σοβαρό στάδιο δυσπλασίας
- Αποκαλύπτουν μέτρια ή σοβαρή δυσπλασία. Αυτές οι βλάβες μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εάν δεν θεραπευθούν.
- Αποκαλύπτουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Η ύπαρξη λοίμωξης στον κόλπο μπορεί να εμποδίσει τη σωστή αξιολόγηση των κυττάρων σε ένα επίχρισμα. Τότε λαμβάνεται ένα νέο επίχρισμα μετά την κατάλληλη θεραπεία της λοίμωξης, (Μιχαλάς, 2009).

Εκτός από την κυτταρολογία, ιδίως σε περίπτωση απροσδιόριστης κυτταρολογικής διάγνωσης, η παρουσία και ο τύπος του HPV μπορεί να επαληθευτεί στο εργαστήριο, το οποίο παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο ύπαρξης ανωμαλιών που σχετίζονται με τη μόλυνση από HPV. Τα αποτελέσματα του τεστ HPV δεν έχουν καμία επίδραση στον περαιτέρω σχεδιασμό της θεραπείας. Θα πρέπει να λαμβάνονται τραχηλο-κολπικά επιχρίσματα κάθε 3 έως 5 χρόνια σε γυναίκες 25 έως 65 ετών και έτσι δεν δίνεται αρκετός πιθανός χρόνος στον καρκίνο να αναπτυχθεί σε επικίνδυνο μέγεθος. Τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου διαβεβαιώνουν ότι αν ανιχνευθεί μία ανωμαλία, η γυναίκα καλείται να επιστρέψει για ένα τεστ επιχρίσματος και την ενδεχόμενη περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση, (Μιχαλάς, 2009).

Ένα ύποπτο επίχρισμα είναι μια ένδειξη ότι είναι αναγκαία μια βιοψία, δηλαδή η εκτομή ενός δείγματος ιστού που περιέχει όλα τα στρώματα του τραχήλου και επιτρέπει, την απεικόνιση όχι μόνον των κυττάρων, όπως σε ένα επίχρισμα, αλλά και της δομής του ιστού(Μιχαλάς, 2009).,

2.3.2 Κολποσκόπηση

Σε περίπτωση σοβαρών ανωμαλιών ή αμφιβολιών σχετικά με τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου, η κολποσκόπηση πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της κλινικής

εξέτασης. Η κολποσκόπηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής ξαπλώνει στο εξεταστήριο, όπως κατά τη διάρκεια εξέτασης της πυέλου. Εισάγεται στον κόλπο ένας διαστολέας για να βοηθήσει το γιατρό να έχει εικόνα του τραχήλου. Ο γιατρός θα χρησιμοποιήσει ένα κολποσκόπιο για να εξετάσει τον τράχηλο της μήτρας. Το κολποσκόπιο είναι ένα όργανο που έχει μεγεθυντικούς φακούς παρόμοιους με κιάλια. Επιτρέπει στο γιατρό να δει τον τράχηλο από έξω από το σώμα, σε μεγέθυνση και με σαφήνεια. Ο γιατρός εφαρμόζει ένα ελαφρύ διάλυμα οξικού οξέος (όπως το ξύδι) στον τράχηλο της μήτρας, έτσι ώστε οι οποιεσδήποτε παθολογικές περιοχές να είναι ορατές πιο εύκολα. Όταν παρατηρείται μια ανώμαλη περιοχή στον τράχηλο, γίνεται βιοψία, (Forstner, 2010).

2.3.3 Ιστοπαθολογική εξέταση

Αυτή γίνεται συνήθως μετά από ένα ύποπτο τεστ επιχρίσματος Παπανικολάου και κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης, προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα του επιχρίσματος Παπανικολάου. Είναι η εργαστηριακή εξέταση του καρκινικού ιστού, αφού έχει αφαιρεθεί ένα δείγμα από τον όγκο (βιοψία). Αυτή η εργαστηριακή εξέταση γίνεται από έναν παθολογοανατόμο, ο οποίος θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και θα δώσει περισσότερες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των προ-καρκινικών βλαβών (CIN 1 έως 3) και του καρκίνου. Η βιοψία λαμβάνεται με το χέρι από τον γιατρό με μια ειδική συσκευή που εισάγεται μέσα στον κόλπο κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης, (Μιχαλάς, 2009).

2.3.4 Εργαστηριακή εξέταση ρουτίνας αίματος και ούρων

Λαμβάνονται δείγματα αίματος και ούρων για εργαστηριακή ανάλυση, προκειμένου να επαληθευθεί η γενική υγεία και να διαγνωσθούν πιθανά αδιάγνωστα προβλήματα, όπως η αναιμία, η ηπατική ή η νεφρική δυσλειτουργία, η λοίμωξη του ουροποιητικού, κλπ. (Μιχαλάς, 2009).

2.3.5 Ιατρικές εξετάσεις απεικόνισης

Οι ιατρικές εξετάσεις απεικόνισης χρησιμοποιούνται για να επαληθεύσουν την επέκταση του όγκου και να αποκλείσουν ή να ανιχνεύσουν ενδεχόμενες μεταστάσεις. Η αξονική τομογραφία (CT scan) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιούνται για να απεικονίσουν κάθε εξάπλωση του όγκου στην πύελο και τους λεμφαδένες (που εντοπίζονται κατά μήκος των κεντρικών αγγείων στην πύελο και κατά μήκος της αορτής),

που παροχετεύουν τον όγκο και που μπορεί να είναι θέσεις των μεταστάσεων, (Forstner, 2010).

Η μαγνητική τομογραφία έχει αποδειχθεί ότι είναι ανώτερη από την αξονική τομογραφία. Βασική συμπληρωματική εξέταση περιλαμβάνει ακτινογραφία θώρακος. Προκειμένου να εξετασθεί το ουροποιητικό σύστημα (συμπεριλαμβανομένων των ουρητήρων μεταξύ των νεφρών και της κύστης, οι οποίοι μπορεί να συμπιεστούν από έναν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που αναπτύσσεται ή από λεμφαδένες) πραγματοποιείται ενδοφλέβια Πυελογραφία (μια απεικόνιση με ακτίνες Χ του ουροποιητικού συστήματος, μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού). Μία ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να γίνει μόνον μετά από έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας, μέσω εξετάσεων αίματος, διότι στην περίπτωση νεφρικής δυσλειτουργίας θα πρέπει να ληφθούν ειδικές προφυλάξεις (διαδικασίες και φάρμακα που θα συνταγογραφήσει ο γιατρός) με τη χορήγηση του ενδοφλέβιου σκιαγραφικού, προκειμένου να αποφευχθεί βλάβη των νεφρών, (Forstner, 2010).

2.4 Θεραπεία – Αντιμετώπιση

Θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους πολλές παραμέτρους και να συζητήσουν με τις ασθενείς, προκειμένου να αποφασίσουν τη θεραπεία. ,(Haylen, 2016).

Σχετικές πληροφορίες για τον ασθενή:

- Ατομικό ιατρικό ιστορικό
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ειδικά καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών
- Παρουσία ή όχι εμμήνου ρύσεως
- Αποτελέσματα κλινικής εξέτασης από τον γιατρό
- Γενική ευεξία
- Πριν από την χειρουργική επέμβαση, θα γίνει προεγχειρητική αξιολόγηση, για να εκτιμηθούν οι κίνδυνοι της αναισθησίας και οι κίνδυνοι της χειρουργικής επέμβασης. Η προεγχειρητική αξιολόγηση συνίσταται σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και φυσική εξέταση.

Συνήθως επίσης απαιτείται ακτινογραφία και εξετάσεις αίματος, για την εκτίμηση των λευκών αιμοσφαιρίων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων και της λειτουργίας του ήπατος και των νεφρών. Μπορεί να χρειασθούν κάποιες συμπληρωματικές εξετάσεις, σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, (Haylen, 2016).

Σχετικές πληροφορίες για τον καρκίνο:

- Αποτελέσματα της βιοψίας: Θα εξετασθούν στο εργαστήριο τα αποτελέσματα της βιοψίας που έγινε με την ειδική συσκευή, η οποία εισήχθη μέσα στη μήτρα, κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Η εξέταση αυτής της βιοψίας ονομάζεται ιστοπαθολογική. Αργότερα θα γίνει και δεύτερη ιστοπαθολογική εξέταση, με την εξέταση του όγκου και των λεμφαδένων, μετά τη χειρουργική αφαίρεσή τους.

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση, τα αποτελέσματα της βιοψίας θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Ιστοπαθολογικό τύπο: Ο ιστοπαθολογικός τύπος βασίζεται στον τύπο των κυττάρων από τα οποία αποτελείται ο όγκος.

Οι καρκίνοι του ενδομητρίου σχηματίζονται μέσα στο ενδομήτριο, τον ιστό που επενδύει την κοιλότητα της μήτρας. Ο κύριος ιστολογικός τύπος του καρκίνου του ενδομητρίου είναι το ενδομητριοειδές καρκίνωμα (80%), το θηλώδες-ορώδες καρκίνωμα (papillary serous carcinoma) (5%-10%) και το διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα (clear cell carcinoma) (περίπου 1%). Τα καρκινώματα του ενδομητρίου αποτελούνται από κύτταρα που μοιάζουν με τα φυσιολογικά κύτταρα του ενδομητρίου και μπορεί να συσχετισθούν ή να προηγούνται του ανώμαλου πολλαπλασιασμού των φυσιολογικών κυττάρων του ενδομητρίου, ένα φαινόμενο που ονομάζεται υπερπλασία του ενδομητρίου. Το θηλώδες-ορώδες καρκίνωμα (που ονομάζεται επίσης ορώδες καρκίνωμα) αποτελείται από κύτταρα που είναι διαφορετικά από τα φυσιολογικά κύτταρα του ενδομητρίου και μοιράζονται ομοιότητες με την πιο συχνή μορφή καρκίνου των ωοθηκών και των σαλπίγγων, (Haylen, 2016).

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας είναι η χειρουργική επέμβαση. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία που εφαρμόζονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζονται επικουρικές (adjuvant) θεραπείες, που σημαίνει ότι εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση, (Haylen, 2016).

Οι θεραπείες που αναφέρονται παρακάτω έχουν τα οφέλη, τους κινδύνους και τις αντενδείξεις τους. Συνιστάται να ερωτώνται οι γιατροί για τα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους κάθε θεραπείας, προκειμένου να υπάρχει πληροφόρηση για τις συνέπειες της θεραπείας. Για κάποιους ασθενείς, είναι διαθέσιμες περισσότερες θεραπευτικές δυνατότητες και η επιλογή θα πρέπει να συζητείται σύμφωνα με την ισορροπία που υπάρχει ανάμεσα στα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους, (European Society of Gynaecological Oncology, 2018).

2.4.1 Χειρουργική επέμβαση-Τύποι επεμβάσεων – Τρόποι επεμβάσεων

Η υστερεκτομή είναι μία από τις πλέον συνηθισμένες χειρουργικές διαδικασίες. Η αφαίρεση της μήτρας μπορεί να είναι μερική υστερεκτομή, δηλαδή μπορεί να παραμείνει ο τράχηλος όταν δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη ή ολική υστερεκτομή, αφαιρώντας το σώμα της μήτρας και τον τράχηλο. (Κουβελάς και συν, 2012).

Η υστερεκτομή δε περιλαμβάνει και ταυτόχρονη αφαίρεση των ωοθηκών και των σαλπιγγών, όταν αυτά αφαιρούνται τότε ονομάζεται υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων. (Κουβελάς και συν, 2012).

Τύποι επεμβάσεων:

- Ολική υστερεκτομή: στην ολική υστερεκτομή αφαιρείται όλη η μήτρα, ενώ σάλπιγγες και ωοθήκες παραμένουν.
- Υφολική υστερεκτομή: στην υφολική υστερεκτομή αφαιρείται μόνο το σώμα της μήτρας, ενώ ο τράχηλος παραμένει.
- Ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπιγγοωοθηκεκτομή: μαζί με την μήτρα αφαιρούνται και οι δύο σάλπιγγες και οι ωοθήκες.
- Ριζική υστερεκτομή: είναι η αφαίρεση της μήτρας, του μεγαλύτερου τμήματος του κόλπου και των παραμητρίων.
- Μαιευτική υστερεκτομή: συνήθως πραγματοποιείται σε απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες, μετά από φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή. (Κουβελάς και συν, 2012).

Τρόποι επεμβάσεων:

- Κοιλιακή υστερεκτομή: με τομή στην κοιλιακή χώρα.
- Κολπική υστερεκτομή: με την οποία αφαιρείται η μήτρα από τον κόλπο χωρίς να γίνει τομή στην κοιλιά.
- Με λαπαροσκοπική μέθοδο: με την οποία γίνονται τέσσερις πολύ μικρές τομές στην κοιλιά και η μήτρα αφαιρείται από τον κόλπο.

Με τους πρώτους δύο τρόπους η ασθενής συνήθως νοσηλεύεται για μερικές μέρες, ενώ με τη λαπαροσκοπική μέθοδο μπορεί να φύγει άμεσα. Μετά την επέμβαση συστήνεται ανάπαυση για διάστημα μερικών εβδομάδων, κάτι που επιτρέπει στους ιστούς να επουλωθούν.

2.4.1.1 Λαπαροσκοπική υστερεκτομή

Οι μέχρι προ ολίγων ετών εφαρμοζόμενες μέθοδοι υστερεκτομής ήταν η κολπική και η ολική κοιλιακή υστερεκτομή, που ακόμα εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία. Περίπου το 75% των υστερεκτομών εκτελείται διά της κοιλιακής οδού και το 25% διά της κολπικής.

Η κολπική οδός προτιμάται κυρίως σε πρόπτωση της μήτρας. Η κοιλιακή οδός συνήθως ενδείκνυται για τις γυναίκες που παρουσιάζουν ευμεγέθεις μήτρες ή συνοδό πυελική πάθηση, όπως ενδομητρίωση ή συμφύσεις, καταστάσεις οι οποίες δεν επιτρέπουν την εκτέλεση της υστερεκτομής από την κολπική οδό. Η κολπική υστερεκτομή έχει λιγότερες επιπλοκές από την κοιλιακή και μικρότερο χρόνο νοσηλείας και ανάρρωσης και προτιμάται για τα σημαντικά θεραπευτικά, οικονομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει, (Παπανικολάου, 2012).

Ενδείξεις για λαπαροσκοπική υστερεκτομή αποτελούν οι καλοήθεις παθήσεις της μήτρας, όπως ινομυώματα, λειτουργικές αιμορραγίες, αδеноμύωση, εξαρτηματικοί όγκοι, ενδομητρίωση, καταστάσεις που αποτελούν ενδείξεις για υστερεκτομή από την κοιλιακή οδό. Η λαπαροσκοπική υστερεκτομή συνιστάται επίσης για καρκίνο ενδομητρίου, ωοθηκών και τραχήλου σταδίου I3, (Παπανικολάου, 2012).

Αντενδείξεις για τη λαπαροσκοπική υστερεκτομή αποτελούν οι ευμεγέθεις όγκοι της μήτρας, οι εκτεταμένες συμφύσεις της πυέλου και της περιτοναϊκής κοιλότητας και οι καρκινικοί όγκοι των γεννητικών οργάνων, πέραν του σταδίου I, (Παπανικολάου, 2012).

Ο συνήθης προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει: το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τον αιματολογικό έλεγχο, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, την ακτινογραφία θώρακος, το pap test και την αναισθησιολογική εξέταση. Ο έλεγχος για παθήσεις των γεννητικών οργάνων γίνεται με υπερηχογράφημα, CT ή MRI. Σε περίπτωση αιμορραγιών απαραίτητος είναι ο έλεγχος του ενδομητρίου με βιοψία που γίνεται είτε με απόξεση είτε με υστεροσκόπηση, (Παπανικολάου, 2012).

Σταδιοποίηση της νόσου

Η χειρουργική επέμβαση θα επιτρέψει τη σταδιοποίηση της νόσου. Αυτό γίνεται με την εξέταση του όγκου, προκειμένου να αξιολογηθεί το μέγεθός του και η θέση του, καθώς και να ελεγχθεί εάν κύτταρα του όγκου μπορεί να βρεθούν στον τράχηλο της μήτρας, στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες, στους λεμφαδένες ή αλλού στην πύελο και την κοιλιά. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι χειρουργοί επιθεωρούν και ψηλαφούν όλα τα κοιλιακά όργανα (ήπαρ, διάφραγμα, ελεύθερο περιτόναιο,(περιτοναϊκές επιφάνειες). Οι χειρουργοί, επίσης, εκπλένουν με υγρό την κοιλιακή κοιλότητα, το αφαιρούν με αναρρόφηση και το στέλνουν στο εργαστήριο για την αναζήτηση καρκινικών κυττάρων. Αυτό ονομάζεται περιτοναϊκή εκπλύση. (Αραβαντινού και συν,2017).

Όλοι οι ιστοί που αφαιρέθηκαν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης στέλνονται στο εργαστήριο για να εξετασθούν από τον παθολογοανατόμο (ιστοπαθολογική εξέταση), (Αραβαντινού και συν,2017).

Η αφαίρεση του όγκου

Θα αφαιρεθεί η μήτρα που περιέχει τον όγκο. Αυτή η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας, των δύο σαλπιγγικών σωλήνων και των ωοθηκών. Η αφαίρεση της μήτρας ονομάζεται υστερεκτομή και η αφαίρεση των δύο σαλπίγγων και των ωοθηκών ονομάζεται αμφοτερόπλευρη σαλπιγγοωοθηκεκτομή, ή διμερής σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή. (Αραβαντινού και συν,2017).

Για τους ασθενείς σταδίου I, σταδίου II και σταδίου III καρκίνου, αυτή η χειρουργική επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εφαρμογή μίας τομής στο κάτω μέρος της κοιλιάς (λαπαροτομία), ή εφαρμόζοντας μια τεχνική που ονομάζεται λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κολπική υστερεκτομή. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιεί μια βιντεοκάμερα για να προβάλει και να μεγεθύνει την εικόνα σε μια οθόνη τηλεόρασης, προκειμένου να κατευθύνει την αφαίρεση της μήτρας, των σαλπίγγων και των ωοθηκών μέσω του κόλπου.

Αυτή η τελευταία τεχνική φαίνεται να παρέχει ισοδύναμα αποτελέσματα, σε όρους ποιότητας αφαίρεσης του όγκου και επιβίωσης, και συγκρινόμενη με τη λαπαροτομία, έδειξε να μειώνει τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, τη χρήση των αναλγητικών και το ποσοστό των επιπλοκών μετά τη χειρουργική επέμβαση και να βελτιώνει την ποιότητα ζωής. (Αραβαντινού και συν,2017).

Η τυπική χειρουργική προσέγγιση για τον καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου I συνίσταται στην αφαίρεση της μήτρας, των ωοθηκών και των σαλπίγγων ,με ή χωρίς αφαίρεση των λεμφαδένων. Πολλοί χειρουργοί συνιστούν την αφαίρεση των λεμφαδένων σε ασθενείς με μέσο ή υψηλό ρίσκου καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου I (στάδιο IA, βαθμός διαφοροποίησης 3 και στάδιο IB). (Αραβαντινού και συν,2017).

Η χειρουργική προσέγγιση για το στάδιο II καρκίνου του ενδομητρίου συνίσταται σε αφαίρεση της μήτρας, των ωοθηκών, των σωλήνων των ωοθηκών και των πυελικών λεμφαδένων, με ή χωρίς αφαίρεση των παραορτικών λεμφαδένων. (Αραβαντινού και συν,2017).

Για τους ασθενείς σταδίου III και σταδίου IV καρκίνους , ο στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι η αφαίρεση όσο γίνεται περισσότερο του πρωτοπαθούς όγκου, εφόσον είναι δυνατόν. Αυτό ονομάζεται επέμβαση αφαίρεσης όγκων ή κυτταρομειωτική χειρουργική επέμβαση. (Αραβαντινού και συν,2017).

Πολλοί λεμφαδένες στην πύελο και κατά μήκος της αορτής μπορεί να αφαιρεθούν, μπορεί να πραγματοποιηθεί αφαίρεση λεμφαδένων στην περιοχή της πυέλου και κατά μήκος της αορτής. (Αραβαντινού και συν,2017).

Αυτή η πρακτική ποικίλλει μεταξύ των νοσοκομείων. Ακόμα και αν η αφαίρεση των λεμφαδένων βοηθάει τους γιατρούς να είναι πιο ακριβείς στον προσδιορισμό του σταδίου του καρκίνου, δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει οποιαδήποτε πρόσθετη αξία στη θεραπεία του καρκίνου και ότι διασφαλίζει από την υποτροπή του καρκίνου. (Αραβαντινού και συν,2017).

Η αφαίρεση των λεμφαδένων αυξάνει τον κίνδυνο λεμφοιδήματος, κατάσταση κατά την οποία λεμφικό υγρό συσσωρεύεται στα πόδια. Εν τούτοις, αποτελεί μέρος της διαδικασίας σταδιοποίησης και βοηθάει στην εντόπιση ασθενών που μπορεί να χρειάζονται επικουρικές θεραπείες. Πολλοί χειρουργοί συνιστούν την αφαίρεση των λεμφαδένων σε

όλους τους ασθενείς που χειρουργούνται, με εξαίρεση των ασθενών με όγκους σταδίου ΙΑ και βαθμού διαφοροποίησης 1 ή 2. (Αραβαντινού και συν,2017).

2.4.2 Επικουρική θεραπεία

Η επικουρική θεραπεία είναι η θεραπεία που χορηγείται ως συμπλήρωμα της χειρουργικής επέμβασης. Δεν υπάρχουν οριστικά δεδομένα που να επιβάλλουν την υποχρεωτική χρήση της επικουρικής θεραπείας, σε ασθενείς με νόσο που περιορίζεται στη μήτρα (εντοπισμένοι καρκίνοι του ενδομητρίου). Υπάρχει ακόμη διαμάχη και έλλειψη σαφών αποδείξεων ποιες είναι οι καλύτερες επιλογές για όλα τα στάδια. Συνιστάται η απόφαση για τη θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου να βασίζεται σε συζήτηση διεπιστημονικής ομάδας ιατρών. Η συνάντηση αυτή διαφόρων ειδικών ονομάζεται διεπιστημονική σύσκεψη ή ογκολογικό συμβούλιο. Σε αυτήν τη σύσκεψη, συζητείται ο σχεδιασμός της θεραπείας σύμφωνα με τις σχετικές πληροφορίες που έχουν αναφερθεί παραπάνω ,(Hagen S, 2010).

2.4.3 Χημειοθεραπεία-Ορμονοθεραπεία

Η συστηματική θεραπεία μπορεί να συνίσταται σε χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα περιλαμβάνουν τις ενώσεις που βασίζονται στην πλατίνα, τις ανθρακυκλίνες και τις ταξάνες. Οι συνδυασμοί που βασίζονται στην πακλιταξέλη προτιμώνται , για τις ασθενείς που έχουν προχωρημένο καρκίνο του ενδομητρίου, διότι έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικές και καλύτερα ανεκτές. (Forstner, 2010).

Η χρήση της ορμονοθεραπείας συνιστάται μόνον για καρκίνους ενδομητριοειδούς ιστολογικού τύπου. Περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που περιέχουν την ορμόνη προγεστερόνη. Οι εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων όπως η ταμοξιφαίνη και οι αναστολείς αρωματάσης είναι δύο άλλα φάρμακα που, επίσης, χρησιμοποιούνται. ,(Hagen S, 2010).

Οι θεραπείες που χορηγούνται στις ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του ενδομητρίου θα πρέπει να εξατομικεύονται σύμφωνα με τις ανάγκες τους, την πρόγνωση, και την κατάσταση της υγείας της κάθε ασθενούς ,(Hagen S, 2010).

2.5 Ενδείξεις υστερεκτομής

- Λειομυώματα ή ινομύωμα μήτρας: αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες, είναι μη καρκινικές αυξήσεις των λείων μυϊκών ινών της μήτρας που αναπτύσσονται στο

1/3 όλων των γυναικών. Το ποσοστό κακοήθους εξαγωγής προς λυομυοσάρκωμα είναι της τάξης του 0,1%-0,4%. Τα ινομυώματα της μήτρας αποτελούν αίτια της υστερεκτομής του 30% των περιπτώσεων περίπου.

- Αδενομύωση: είναι σχετικά συχνή παθολογία που ανακαλύπτεται σε πολύτοκες γυναίκες μεταξύ 40 και 50 ετών.
- Πρόπτωση πυελικών οργάνων: αποτελεί αίτιο για περίπου 15% των περιπτώσεων της υστερεκτομής. Είναι η αποδυνάμωση των πυελικών μυών και των συνδέσμων που συγκρατούν τα έσω γεννητικά όργανα από την πύελο και ωθούν τη μήτρα να πέσει μέσα στον κόλπο.
- Μαιευτικές ενδείξεις: η μαζική αιμορραγία Γ σταδίου του τοκετού, η οποία οφείλεται συνήθως σε ατονία της μήτρας, μπορεί να απαιτήσει υστερεκτομή εάν δεν ανταποκριθεί σε φαρμακευτική μητροσυσπαση ή σε άλλες συντηρητικές μεθόδους αιμόστασης.
- Ενδομητρίωση: είναι η ύπαρξη και η ανάπτυξη ενδομητρικού ιστού που περιέχει αδενικά και στρωματικά στοιχεία έξω από την μήτρα. Περίπου 20% των υστερεκτομών εκτελούνται εξαιτίας της ενδομητρίωσης.
- Δυσλειτουργική αιμορραγία – ανώμαλες αιμορραγίες της μήτρας: η δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας είναι η πιο συχνή αιτία μη φυσιολογικής κολπικής αιμορραγίας κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας.
- Χρόνιο πυελικό άλγος: είναι η πιο συχνή πάθηση της αναπαραγωγικής ηλικίας των γυναικών ειδικά μεταξύ ηλικίας 26 έως 30 χρόνια.
- Φλεγμονώδης νόσος της πύελου: είναι μία λοιμώδης και φλεγμονώδης διαταραχή του ανώτερου γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος συμπεριλαμβανομένης της μήτρας, των σαλπινγών και των παρακείμενων δομών της πύελου.
- Προκαρκινικές παθήσεις: υπερπλασία ενδομητρίου προ καρκινική, τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.
- Καρκινικές παθήσεις: καρκίνος του σώματος της μήτρας, καρκίνος ωοθηκών, καρκίνος τραχήλου της μήτρας, καρκίνος των σαλπινγών, καρκίνος του κόλπου,

καρκίνος αιδοίου, σαρκώματα της μήτρας και τροφοβλαστική νόσος. (Κουβελάς και συν, 2012).

2.6 Επιπλοκές

Κάθε χειρουργική επέμβαση συνεπάγεται κινδύνους, με συχνότερο από όλους, την αιμορραγία. Εάν αυτό συμβεί μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση αίματος ανάλογα με τη σοβαρότητα της αιμορραγίας. Οι κακώσεις στην ουροδόχο κύστη ή στο έντερο, τις ανατομικές δομές που βρίσκονται δίπλα στο έντερο, είναι ασυνήθιστες, αλλά μπορεί να αποδειχθούν σοβαρές (West, 2016)

Συνήθεις επιπλοκές

- Λοιμώξεις των χειρουργικών τραυμάτων
- Λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού
- Διαταραχές του εντέρου
- Αναιμία
- Προσωρινές διαταραχές της ψυχικής διάθεσης
- Οι επιπλοκές είναι πιο συχνές σε γυναίκες που καπνίζουν πολύ, είναι υπέρβαρες ή έχουν άλλα προβλήματα υγείας.
- Οι σοβαρές επιπλοκές είναι σπάνιες, αλλά μπορεί να παρατείνουν σημαντικά το χρόνο ανάρρωσης και να επιβάλουν περαιτέρω επεμβάσεις ή παρεμβάσεις.

Οι συνήθεις επιπλοκές αφορούν σε αναισθησιολογικά ατυχήματα, μετεγχειρητικές πνευμονικές εμβολές, διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές αιμορραγίες, τρώση ουρητήρων, ουροδόχου κύστεως και εντέρου και σε φλεγμονές. Το ποσοστό των επιπλοκών της λαπαροσκοπικής υστερεκτομής είναι στατιστικά το ίδιο με εκείνο των επιπλοκών της κοιλιακής υστερεκτομής. Συγκρινόμενα όμως με το ποσοστό επιπλοκών της κοιλιακής υστερεκτομής είναι πολύ μικρότερο (10% έναντι 30%).(Haylen, 2016)

Το ποσοστό των σοβαρών επιπλοκών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη χειρουργική πείρα του λαπαροσκόπου, όπως δείχνει μεγάλη πολυκεντρική φινλανδική έρευνα. Σύμφωνα με αυτήν, το ποσοστό των επιπλοκών έπεσε από το 4,9% το 1993 στο 1,4% το

1998, λόγω της αυξανόμενης πείρας. Οι μισές από αυτές τις επιπλοκές αφορούσαν σε τραυματισμούς των ουρητήρων που συνέβησαν στο 1% των επεμβάσεων. Όμως και αυτή η σοβαρή επιπλοκή μειώθηκε από το 1,9% το 1993 στο 0,7% το 1998, (Haylen, 2016).

Υπάρχουν κίνδυνοι που σχετίζονται με το χειρουργείο και που συναντώνται σε κάθε είδους επέμβαση με γενική αναισθησία. Στις επιπλοκές αυτές, οι οποίες είναι ασυνήθεις, συγκαταλέγονται η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, αναπνευστικές και καρδιακές επιπλοκές, αιμορραγία, λοιμώξεις και αλλεργική αντίδραση στην αναισθησία. (Αραβαντινού και συν,2017).

Τα γυναικεία όργανα αναπαραγωγής βρίσκονται εντός της πυέλου μαζί με το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα και το κατώτερο πεπτικό σύστημα. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης το ουροποιητικό, αλλά και τμήματα του εντέρου δύναται να υποστούν βλάβη. (Αραβαντινού και συν,2017).

Άμεση ή και απώτερη επιπλοκή αποτελεί το λεμφοίδημα ως απότοκος της χειρουργικής εξαίρεσης λεμφαδένων της πυέλου και των λεμφαδένων παρά της κοιλιακής αορτής. Η αφαίρεση των λεμφαδένων είναι δυνατό να διαταράξει την ομαλή κυκλοφορία της λέμφου με αποτέλεσμα τη συσσώρευση λεμφικού υγρού στα κάτω άκρα και κατ' επέκταση τη δημιουργία οιδήματος. (Αραβαντινού και συν,2017).

Επιπλοκές της υστερεκτομής αποτελούν επίσης η ακράτεια ούρων και η πρόπτωση του κόλπου, ακόμα και χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς μπορεί να τραυματιστούν και να εξασθενήσουν οι μύες της πυελικής χώρας. (Αραβαντινού και συν,2017).

Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που εξαιρέθηκαν χειρουργικά οι ωοθήκες τους θα βιώσουν συμπτώματα σχετιζόμενα με την εμμηνόπαυση σύντομα μετά την επέμβαση. Οι εξάψεις, οι εναλλαγές της διάθεσης, οι νυχτερινές εφιδρώσεις, η ξηρότητα του κόλπου και η αδυναμία συγκέντρωσης είναι τα πιο συνήθη εξ αυτών (Αραβαντινού και συν,2017).

Οι παρενέργειες αυτές μπορούν να αντιμετωπισθούν και οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευόμαστε το θεράποντα ογκολόγο. (Αραβαντινού και συν,2017).

2.7 Αίτια

Οι διάφορες μορφές καρκίνου ή δυσπλασιών και κακόηθων μεταβολών των τοιχωμάτων και των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες είναι εκείνες που οδηγούν κατά βάση στην

διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ολικής υστερεκτομής. Οι σημαντικότερες από αυτές, είναι:

- Καρκίνος του ενδομητρίου
- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- Σάρκωμα της μήτρας
- Καρκινοςάρκωμα της μήτρας
- Πρόπτωση μήτρας
- Καρκίνος του ενδομητρίου
- Ινομυώματα μήτρας

2.8 Πιθανές παρενέργειες θεραπειών

2.8.1 Παρενέργειες της επικουρικής θεραπείας

Οι περισσότερες παρενέργειες της επικουρικής θεραπείας είναι συνήθως αναστρέψιμες με το πέρας των θεραπειών. Η πρόληψη, αλλά και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους μπορεί να τις περιορίσει, ακόμα και να εξαλείψει κάποιες από αυτές. Γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση των ασθενών εκ των προτέρων. ,(Hagen S, 2010).

2.8.2 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι πολύ συχνές. Εξαρτώνται από το φάρμακο που έχουν χορηγηθεί, από τις δόσεις και από ατομικούς παράγοντες. Εάν η ασθενής είχε και άλλα προβλήματα (όπως προβλήματα καρδιάς) στο παρελθόν, θα πρέπει να ληφθούν κάποιες προφυλάξεις και να γίνει προσαρμογή της θεραπείας. Ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων συνήθως οδηγεί σε περισσότερες παρενέργειες σε σύγκριση με τη χρήση ενός φαρμάκου. (Forstner, 2010).

Οι πιο συχνές παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η απώλεια μαλλιών και η μείωση του αριθμού των λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων καθώς και των αιμοπεταλίων. Η μείωση των κυττάρων αυτών μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία, αιμορραγία και λοιμώξεις.

Με το πέρας της χημειοθεραπείας τα μαλλιά μεγαλώνουν και τα κύτταρα του αίματος επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. (Forstner, 2010).

Άλλες συχνές παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Αλλεργικές αντιδράσεις, όπως οίδημα και εξανθήματα
- Νευρολογικές επιπλοκές στα χέρια ή και τα πόδια (περιφερική νευροπάθεια) με αιμωδίες και πόνο, ή αίσθημα καύσους στο δέρμα.
- Παροδική απώλεια ή μεταβολές στην όραση
- Εμβοές αυτιών ή μεταβολές στην ακοή
- Χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Ναυτία, έμετο και διάρροιες
- Φλεγμονές σε περιοχές όπως το επιθήλιο του στόματος
- Απώλεια της γεύσης
- Έλλειψη όρεξης
- Βραδυκαρδία
- Αφυδάτωση
- Ήπιες αλλαγές στα νύχια και το δέρμα που σύντομα θα εξαφανισθούν
- Επώδυνο οίδημα και αίσθημα καύσους στο σημείο που έγινε η ένεση
- Πόνος στους μυς και στις αρθρώσεις
- Επιληπτικές κρίσεις
- Κόπωση, (Forstner, 2010).

2.8.3 Παρενέργειες Ορμονοθεραπείας

Η ορμονοθεραπεία συνδέεται με κάποιες παρενέργειες. Μπορεί να είναι ελάχιστονες, όπως είναι οι πονοκέφαλοι, η ναυτία και ο πόνος στο στήθος· ή περισσότερο σοβαρές, όπως είναι θρόμβοι αίματος σε φλέβες του ποδιού (εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση*), θρόμβοι

αίματος στους πνεύμονες (πνευμονική εμβολή), εγκεφαλικό επεισόδιο και ασυνήθης κοιλιακή αιμορραγία. (Αραβαντινού και συν,2017).

2.9. Ιατρική Παρακολούθηση

Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία οι γιατροί θα προτείνουν ένα πρόγραμμα παρακολούθησης που θα συνίσταται σε ιατρικές επισκέψεις σε τακτική βάση με στόχο:

- Την ανίχνευση πιθανής υποτροπής
- Την αξιολόγηση των επιπλοκών που συνδέονται με τη θεραπεία και τη διαχείρισή τους
- Την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και πληροφόρησης για να ενισχύσουν την επιστροφή στην φυσιολογική ζωή
- Την εφαρμογή ενός προγράμματος επιτήρησης, γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών και του παχέος εντέρου. Ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης άλλων καρκίνων δεν ισχύει για κάθε γυναίκα, αλλά κάποιες γυναίκες μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, κυρίως λόγω κάποιων γενετικών παραγόντων και κάποιες φορές λόγω της χορηγηθείσης θεραπείας, (Freema, 2013).

Οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε επισκέψεις παρακολούθησης κάθε 3-4 μήνες με φυσική και γυναικολογική εξέταση για τα πρώτα 2 χρόνια και ύστερα, ανά 6 μήνες μέχρι συμπλήρωσης 5 χρόνων. Μπορούν να απαιτηθούν πιο τακτικές επισκέψεις και περαιτέρω διερευνήσεις εφόσον ενδείκνυνται κλινικά. (Freema, 2013).

2.10 Πρόληψη

Η πρόληψη αφορά τόσο τους κακοήθεις όσο και τους καλοήθεις όγκους. Ο ιός HPV οδηγεί σε ένα κακοήγη όγκο και είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας με αποτέλεσμα να οδηγήσει στην ανακάλυψη ενός εμβολίου το οποίο προστατεύει έναντι των υποτύπων 6,11,16 και 18 του HPV, που ευθύνονται για το 80% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας,(Κουβελάς και συν, 2012).

Ο εμβολιασμός συστήνεται να γίνεται σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 9-26 ετών πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Ο εμβολιασμός δεν προφυλάσσει έναντι όλων των υποτύπων του ιού HPV και δεν συνεπάγεται αλλαγή στις ισχύουσες κατευθυντήριες

οδηγίες για γυναικολογική εξέταση και Τεστ Παπανικολάου ανά έτος, στις γυναίκες από 20 έως 65 ετών, καθώς με τον τρόπο αυτό διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται έγκαιρα τυχόν πιθανές αλλοιώσεις, (Κουβελάς και συν, 2012).

Επίσης, η χρήση προφυλακτικού επιβάλλεται κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, όχι μόνο έναντι του HPV, αλλά και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, (Κουβελάς και συν, 2012).

Η αποφυγή εναλλαγής πολλών ερωτικών συντρόφων και η αποφυγή έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας από νεαρή ηλικία αποτελεί ένα σημαντικότατο μέτρο πρόληψης. Παρά το γεγονός ότι μερικοί προδιαθεσιακοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου δεν μπορούν να προληφθούν, είναι σημαντικό να τονιστεί η ανάγκη για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, με διακοπή του καπνίσματος, με διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους, διότι η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η υπέρταση αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες κινδύνου (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2008).

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Κατά την προετοιμασία της ασθενούς για κοιλιακή υστερεκτομή, η ασθενής τοποθετείται στη ραχιαία στάση. Η χειρουργική τράπεζα είναι ανά πάσα στιγμή έτοιμη, να περιστραφεί στη θέση Trendelenburg. Το συντομότερο δυνατό μετά την πραγματοποίηση της τομής στο περιτόναιο, η τράπεζα πρέπει να τοποθετηθεί στη θέση Trendeleburg. Αυτή η διαδικασία είναι κοινή για όλες τις κοιλιοπυελικές επεμβάσεις, καθώς η συγκεκριμένη θέση επιτρέπει την πρόπτωση των κοιλιακών οργάνων μακριά από την πύελο, έτσι ώστε να μπορούν να απομακρυνθούν και να απομονωθούν από το χειρουργικό πεδίο με μεγάλα προστατευτικά κομμάτια υφάσματος ή με περιτύλιξη.

3.1. Προεγχειρητική προετοιμασία

Γενικά, οι προετοιμασίες για μια κοιλιακή υστερεκτομή είναι παρόμοιες προς τα πρωτόκολλα οποιασδήποτε κοιλιοπυελικής επέμβασης:

- ξύρισμα της κοιλιακής χώρας,
- αντισηψία με ειδικό αντισηπτικό διάλυμα,
- εισαγωγή ενδοφλέβιας γραμμής,
- τοποθέτηση ουροκαθετήρα (folley),
- κολπική επάλειψη με αντιβακτηριακό διάλυμα,
- εξηγούνται με λεπτομέρεια όλες οι διαδικασίες στην ασθενή, όσον αφορά την επέμβαση,
- γίνεται από πριν ενημέρωση για θέματα που αφορούν την μετεγχειρητική πορεία,
- υπογράφεται το έντυπο συγκατάθεσης επέμβασης από την ασθενή, (Hagen, 2014).

Η ασθενής μπορεί να ενθαρρυνθεί να συζητά την προσωπική σημασία και της συνέπειες της επέμβασης, όπως η μόνιμη ανικανότητα κυοφορίας, οπότε είναι εξαιρετικά σημαντική η ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη της ασθενούς, (Hagen, 2014).

Ελεγχόμενες δοκιμές, οι οποίες μελέτησαν μεγάλους αριθμούς γυναικών δεν έχουν δείξει συγκεντρωτικά κάποια ανεπιθύμητη αντίδραση της υστερεκτομής στη σεξουαλικότητα των γυναικών ή στην αντίληψη της θηλυκότητάς τους, (Hagen, 2014).

3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα

Μετά την επέμβαση, η αρχική αντιμετώπιση της κατάστασης, περιλαμβάνει:

- έλεγχο ζωτικών σημείων,
- έλεγχο αναπνευστικών ήχων και κινήσεων,
- έλεγχο βατότητας αεραγωγών,
- έλεγχος επιπέδου συνείδησης,
- έλεγχο των ενδοφλέβιων διαλυμάτων και της χορήγησής τους,
- έλεγχο ροής και περιεχομένου του ρινογαστρικού σωλήνα,
- έλεγχος ροής και ποσότητας του ουροκαθετήρα και των ούρων,
- έλεγχος του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού,
- έλεγχος τυχόν εκκρίσεων ή αιμορραγίας από το τραύμα,
- ενθάρρυνση της ασθενούς να στρέφεται από τη μία πλευρά στην άλλη,
- ενθάρρυνση της ασθενούς να αναπνέει βαθιά και να βήχει κάθε 2 ώρες,
- χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και αναλγητικών,
- τοποθέτηση αντιθρομβοεμβολικών ελαστικών καλτσών,
- ενθάρρυνση της ασθενούς στη βάδιση και υποβοήθησή της, το συντομότερο δυνατό μετά την επέμβαση. (Hagen,2014).

Η ενημέρωση κατά την χορήγηση του εξιτηρίου δίνει ιδιαίτερη έμφαση:

- στις αυτοεξετάσεις,

- στις διαδικασίες αυτοεξυπηρέτησης,
- στα σημεία, τα οποία πρέπει να αναφερθούν άμεσα στον ιατρό,
- στη διατροφή,
- στις δραστηριότητες,
- στις δυνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις της επέμβασης,
- εξηγείται η λογική της θεραπείας υποκατάστασης ορμονών,
- στοχεύονται αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, σχετικές προς την αναμενόμενη ακτινοθεραπεία και ίσως χημειοθεραπεία, (Hagen, 2014).

Τα επιθυμητά αποτελέσματα περιλαμβάνουν ενδείξεις επώλωσης της τομής, την απουσία επιπλοκών, την ανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστης και του γαστρεντερολογικού συστήματος και την κατανόηση και συμμόρφωση με την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή. (Hagen,2014).

3.3 Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς:

3.3.1 Ιστορικό υγείας

- Ηλικία,
- Συζυγική κατάσταση,
- Εμμηνορυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό,
- Ατομικές συνθήκες υγιεινής,
- Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης,
- Χρήση κολπικών αντιβιοτικών,
- Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Παπ-τεστ),
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, (Hagen,2014).

3.3.2 Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

- Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα,
- Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο,(Σαχίνη-Καρδάση,2000).

3.3.3 Προβλήματα ασθενούς

- Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου,
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης,
- Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά, (Σαχίνη-Καρδάση,2000).

3.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Με την είσοδό του στο νοσοκομείο για θεραπεία, η ασθενής ελπίζει για την αποκατάσταση της υγείας της, όντας επιβαρημένη με τα συμπτώματα της σωματικής πάθησης. Επιπλέον ανησυχεί για τη ζωή της, τη σωματική της ακεραιότητα και τις πραγματικές απώλειες (αποχωρισμός από τα οικεία πρόσωπα, το περιβάλλον της, την εργασία, τις καθημερινές δραστηριότητες). Ο φόβος του αγνώστου (το άτομο πρέπει να εμπιστευτεί τη ζωή της σε ξένα χέρια), ο φόβος απώλειας του ελέγχου σημαντικών λειτουργιών (κύστης, ορθού, επικοινωνίας, κινητικότητας) και η δυσφορία από τη διατάραξη των καθημερινών συνηθειών κινητοποιούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα της πάθησης, τη χρονιότητα, τη διάρκεια της νοσηλείας και το είδος της θεραπείας, συντηρητικής ή χειρουργικής. (Freema, 2013).

Οι θεραπείες δε γίνονται πάντοτε δεκτές μόνο με ανακούφιση και ελπίδα από την ασθενή. Η αναμονή της χειρουργικής επέμβασης κινητοποιεί συνήθως φόβους θανάτου, αναπηρίας και παραμόρφωσης. Οι χειρουργικοί χειρισμοί και η αναισθησία θεωρούνται συχνά από την ασθενή ως μία μη αναστρέψιμη διαδικασία με αβέβαιη εξέλιξη. Έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η σχέση προεγχειρητικής ανησυχίας και μετεγχειρητικής προσαρμογής. Ασθενείς με μεγάλο βαθμό προεγχειρητικής δυσφορίας και φόβου, παραπονούνται περισσότερο για πόνο, ζητούν συχνότερα αναλγητικά και παρουσιάζουν περισσότερες ελάσσονες μετεγχειρητικές επιπλοκές ή ψυχιατρικά συμπτώματα. Τονίζεται ότι η παράταση της

προεγχειρητικής φάσης επιτείνει την ανασφάλεια και την αγωνία της ασθενούς. (Freema, 2013).

Συντηρητικές θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις αναστατώνουν την ασθενή, ιδιαίτερα όταν είναι επώδυνες, προκαλούν σημαντικές παρενέργειες ή εκτεταμένες μεταβολές στον τρόπο ζωής (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ενδοσκοπήσεις, παρακεντήσεις, καθετηριασμοί, κ.α.). (Freema, 2013).

Ο άλλος σημαντικός παράγοντας, που φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή της ασθενούς, είναι η ενημέρωση και η περιβαλλοντική υποστήριξη (συναισθηματική, υλική). Προκειμένου για σοβαρές παθήσεις θεωρείται πως η έλλειψη υποστήριξης έχει αρνητικό αντίκτυπο, όχι μόνο στην ψυχική υγεία των ασθενών αλλά και στην εξέλιξη της ίδιας της νόσου. Βασική θέση στις πηγές περιβαλλοντικής υποστήριξης, εκτός από τα οικεία πρόσωπα, έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Freema, 2013).

Ειδικός ψυχοθεραπευτής συμμετέχει στην ενθάρρυνση για περισσότερη δύναμη και αντοχή, γιατί η απώλεια της μήτρας για μια γυναίκα, μέσω της υστερεκτομής, έχει συναισθηματικές επιπτώσεις και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα έντονα αρνητικά ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να φτάσουν έως την κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, είναι γνωστό ότι υπάρχουν συναισθηματικές συνέπειες, όπως η κατάθλιψη, το άγχος που μπορεί να απειλήσει την αυτοπεποίθηση των γυναικών. Επίσης καταστάσεις όπως, πόνος, αλλαγές στην εικόνα του σώματος και σεξουαλική κατάθλιψη, επιδεινώνουν την κοινωνική ζωή και προκαλούν άγχος και ενοχή λόγω της αφαίρεσης της μήτρας. Μερικοί άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια και εκπαίδευση για να κατανοήσουν πως να ανακουφίσουν το ψυχικό και σωματικό άγχος, και να διαχειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την δύσκολη αυτή κατάσταση, (Freema, 2013).

Ο νοσηλευτής, για να ανταποκριθεί στον ρόλο του και να παράσχει βοήθεια, δίνει ορισμένες συμβουλές στις ασθενείς, όπως:

- ενθάρρυνση για ανεύρεση εργασίας, πολύ σημαντικό για την κοινωνική επανένταξη,
- ενθάρρυνση στην εστίαση των καθημερινών δραστηριοτήτων, υποχρεώσεων και διαπροσωπικών σχέσεων,

- ενθάρρυνση για την επανάκτηση της σεξουαλικής ζωής,
- ενθάρρυνση για την συμμετοχή σε ειδικά επιστημονικά στελεχωμένα κέντρα υποστήριξης, (Σαχίνη-Καρδάση,2000).

4ο ΜΕΡΟΣ

Έρευνα

Τα πλεονεκτήματα της κολπικής ολικής υστερεκτομής.

1. Five Year Experience With Total Vaginal Hysterectomy

Morano, Jessica Y., MD, MPH, CPE; Tiu, Andrew C. 2017

Abstract

INTRODUCTION: The vast majority of hysterectomies in our country are done through the abdominal route. A minimally invasive approach is recommended due to better outcomes, lower rates of complications, and shorter operative time. This study is to present our five year experience with total vaginal hysterectomy.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η μεγάλη πλειοψηφία της υστερεκτομής στη χώρα μας γίνεται μέσω της κοιλιακής οδού. Μία ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση συνιστάται λόγω καλύτερων αποτελεσμάτων, χαμηλότερων επιπέδων επιπλοκών και μικρότερου χρόνου λειτουργίας. Αυτή η μελέτη αποσκοπεί στο να παρουσιάσει την πενταετή πείρα μας με ολική κολπική υστερεκτομή.

2. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease.

Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, Kluivers KB

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Abstract

Introduction: The four approaches to hysterectomy for benign disease are abdominal hysterectomy (AH), vaginal hysterectomy (VH), laparoscopic hysterectomy (LH) and robotic-assisted hysterectomy (RH).

Περίληψη: Οι τέσσερις προσεγγίσεις για την υστερεκτομή για καλοήγη νόσο είναι η κοιλιακή υστερεκτομή (AH), η υστερεκτομή του κόλπου (VH), η λαπαροσκοπική υστερεκτομή (LH) και η ρομποτική υποβοηθούμενη υστερεκτομή (RH). Αξιολόγηση της

αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των διαφορετικών χειρουργικών προσεγγίσεων στην υστερεκτομή για γυναίκες με καλοήθεις γυναικολογικές παθήσεις.

3. Evidence-based guidelines for vaginal hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy.

Chrysostomou A, Djokovic D, Edridge W, van Herendael BJ. 2018

Abstract

Introduction: This project was established by the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE) to provide evidence-based recommendations on the selection of women in whom vaginal hysterectomy can be safely performed.

Περίληψη: Το έργο αυτό δημιουργήθηκε από τη Διεθνή Εταιρεία Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης (ISGE) για την παροχή συστάσεων με βάση την απόδειξη σχετικά με την επιλογή των γυναικών στις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια η κολπική υστερεκτομή.

4. A laparovaginal strategy to avoid bladder injury during laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy in cases with ventrofixed uterus following previous cesarean section.

Ramkrishna Purohit, Jay Gopal Sharma, Devajani Meher, Sanjay Raosaheb Rakh, Minal Choudhary. 2018.

Abstract

Introduction: Laparoscopic hysterectomy for benign indications in cases with ventrofixed uterus following previous cesarean section (CS) increases the surgeon's concern of bladder injury. The present study describes a laparovaginal strategy to avoid bladder injury during laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy (LAVH) in cases with ventrofixed uterus following previous CS.

Περίληψη: Λαπαροσκοπική υστερεκτομή για καλοήθεις ενδείξεις σε περιπτώσεις με ενδοεγκεφαλική μήτρα μετά από προηγούμενη καισαρική τομή αυξάνει την ανησυχία του χειρουργού για τραυματισμό της ουροδόχου κύστης. Η παρούσα μελέτη περιγράφει μια κολπική υστερεκτομή για την αποφυγή της βλάβης της ουροδόχου κύστεως κατά τη

διάρκεια της κοιλιακής υστερεκτομής σε περιπτώσεις με κοιλιακή μήτρα μετά από προηγούμενη καισαρική τομή.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η Κολπική υστερεκτομή είναι ασφαλής, αποτελεσματική, με μικρή καμπύλη μάθησης και χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Επιπλέον συνδέεται με ταχύτερη επιστροφή στις φυσιολογικές δραστηριότητες και ταχύτερη ανάρρωση.

Ολική υστερεκτομή και πόνος

1. Comparison of Topical and Subcutaneous Bupivacaine Infiltration with Subcutaneous Ketamine on Postoperative Pain in Total Abdominal Hysterectomy

Maktabi M, Kamali A, Jelodar HT, Shokrpour M. 2019.

Abstract

Introduction: Hysterectomy is one of the most common surgical procedures. Problems such as severe pelvic pain, irregular or heavy bleeding and uterine cancer from those that may be used to treat them no choice but to remove the uterus by surgery. Abdominal pain after abdominal hysterectomy, the most common complaints of patients undergoing this type of surgery is considered.

Περίληψη: Εισαγωγή: Η υστερεκτομή είναι μία από τις πιο κοινές χειρουργικές επεμβάσεις. Προβλήματα όπως ο σοβαρός πυελικός πόνος, η ακανόνιστη ή βαριά αιμορραγία και ο καρκίνος της μήτρας από εκείνους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία τους δεν έχουν άλλη επιλογή παρά να αφαιρέσουν τη μήτρα με χειρουργική επέμβαση. Κοιλιακός πόνος μετά από κοιλιακή υστερεκτομή, θεωρούνται τα πιο συνηθισμένα παράπονα ασθενών που υποβάλλονται σε αυτόν τον τύπο χειρουργικής επέμβασης.

2. Analgesic Efficacy and Safety of Intravenous Meloxicam in Subjects With Moderate-to-Severe Pain After Open Abdominal Hysterectomy

Tomasz Rechberger, Randall J. Mack, Stewart W. McCallum, Wei Du, Alex Freyer. 2019

Abstract

Introduction: An intravenous (IV) formulation of meloxicam was developed for moderate-to-severe pain management. This study evaluated the safety and efficacy of meloxicam IV after open abdominal hysterectomy. Meloxicam IV is an investigational product not yet approved by the US Food and Drug Administration.

Περίληψη: Ένας σχηματισμός μελοξικάμης αναπτύχθηκε για μέτρια έως σοβαρή αντιμετώπιση του πόνου. Η μελέτη αυτή αξιολόγησε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μελοξικάμης IV μετά από ανοικτή κοιλιακή υστερεκτομή. Το Meloxicam IV είναι ένα προϊόν που δεν έχει ακόμη εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων.

3. Analgesic effect of trigger point injection and EMLA for shoulder pain in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy

Ji Eun Kim, , Ji Young Kim, MD, Hye Sun Lee, Suhyun Seok, Hae Keum Kil. 2019

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to evaluate the effects of trigger point injection and eutectic mixture local anesthetics (EMLA) cream on the postoperative shoulder pain in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy.

Περίληψη: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπτώσεων της έγχυσης σημείου πυροδότησης και της τοπικής αναισθητικής (EMLA) κρέμας στον μετεγχειρητικό πόνο στον ώμο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πλήρη λαπαροσκοπική υστερεκτομή.

4. Opioid Prescribing Patterns, Patient Use, and Postoperative Pain After Hysterectomy for Benign Indications.

As-Sanie, Till SR, Mowers EL, Lim CS, Skinner, Fritsch L, Tsodikov A, Dalton VK, Clauw DJ, Brummett CM. 2017.

Abstract

Introduction: To quantify physician prescribing patterns and patient opioid use in the 2 weeks after hysterectomy at an academic institution and to determine whether patient factors predict postsurgical opioid use and pain recovery.

Περίληψη: Να ποσοτικοποιηθούν τα πρότυπα συνταγογράφησης των ιατρών και η χρήση οπιοειδών ασθενών στις 2 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή σε ένα ακαδημαϊκό ίδρυμα και να καθοριστεί εάν οι παράγοντες ασθενούς προβλέπουν την μετεγχειρητική χρήση οπιοειδών και την αποκατάσταση του πόνου.

5. Postoperative analgesia after total abdominal hysterectomy: Is the transversus abdominis plane block effective?

Suner ZC, Kalayci D, Sen O, Kaya M, Unver S, Oguz G. 2016

Abstract

Introduction: Analgesic protocol is needed following gynecologic surgery to ensure early mobilization, decrease the duration in the post-anesthetic care unit and hospitalization, and provide patient comfort. Transversus abdominis plane (TAP) blocks are used in the treatment of acute postoperative pain after lower abdominal surgery. TAP block may be a better choice of postoperative pain control. In the present study, the efficacy of ultrasound-guided TAP block on pain control and postoperative opioid consumption was evaluated in patients undergoing a total abdominal hysterectomy.

Περίληψη: Απαιτείται αναλγητικό πρωτόκολλο μετά από γυναικολογική χειρουργική για την εξασφάλιση της πρώιμης κινητοποίησης, τη μείωση της διάρκειας στη μονάδα μετά την αναισθησία και τη νοσηλεία και την παροχή άνεσης στον ασθενή. Τα μπλοκ εγκάρσιας κοιλίας χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση χαμηλότερης κοιλίας. Το μπλοκ TAP μπορεί να είναι μια καλύτερη επιλογή μετεγχειρητικού ελέγχου του πόνου. Στην παρούσα μελέτη, αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα του μπλοκ TAP με καθοδήγηση με υπερήχους στον έλεγχο του πόνου και την μετεγχειρητική κατανάλωση οπιοειδών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική κοιλιακή υστερεκτομή.

6. Use of Paracervical Block Before Laparoscopic Supracervical Hysterectomy

Barr Grzesh , Treszezamsky, Fenske S, Rascoff L, Moshier E, Ascher-Walsh. 2018.

Abstract

Introduction: Some patients who undergo laparoscopic hysterectomy request overnight admission for pain management, thus increasing costs for a surgery that is safe for same-day discharge. We wanted to evaluate whether a paracervical block of bupivacaine with

epinephrine before laparoscopic supracervical hysterectomy would decrease overnight admission rates, postoperative pain, and pain medication requirement.

Περίληψη: Μερικοί ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική υστερεκτομή ζητούν διανυκτέρευση για τη διαχείριση του πόνου, αυξάνοντας έτσι το κόστος μιας χειρουργικής επέμβασης που είναι ασφαλής για την ίδια ημέρα. Θέλαμε να αξιολογήσουμε εάν ένα παραισθησιολογικό μπλοκ βουπιβακαΐνης με επινεφρίνη πριν από τη λαπαροσκοπική υπεραχοληστειακή υστερεκτομή θα μείωνε τα ποσοστά εισδοχής κατά τη διάρκεια της νύχτας, τον μετεγχειρητικό πόνο και την απαίτηση για φαρμακευτική αγωγή.

7. Immediate postoperative pain control with ropivacaine following laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy

Kwack J, Kwon Y. 2018.

Abstract

Introduction: Although laparoscopic hysterectomy, a worldwide popular surgery, ensures faster recovery and less postoperative pain than with laparotomic hysterectomy, immediate pain control still improving postoperative care. We introduce an effective method, intraoperative injection of ropivacaine into both uterosacral ligaments, to control immediate postoperative pain.

Περίληψη: Παρόλο που η λαπαροσκοπική υστερεκτομή, μια παγκόσμια λαϊκή χειρουργική επέμβαση, εξασφαλίζει ταχύτερη ανάκαμψη και λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο παρά με λαπαροσκοπική υστερεκτομή, ο άμεσος έλεγχος του πόνου βελτιώνει ακόμα την μετεγχειρητική φροντίδα. Εισάγουμε μια αποτελεσματική μέθοδο, ενδοεγχειρητική ένεση ροπιβακαΐνης και στους δύο μηριαίους συνδέσμους, για να ελέγξουμε τον άμεσο μετεγχειρητικό πόνο.

8. Acetaminophen reduces acute and persistent incisional pain after hysterectomy.

Koyuncu O, Hakimoglu S, Ugur M, Akkurt C, Turhanoglu S, Sessler D, Turan A. 2015.

Abstract

Introduction: Acetaminophen is effective for acute surgical pain, but whether it reduces persistent incision pain remains unknown. We tested the primary hypothesis that patients given perioperative acetaminophen have less incisional pain three months after surgery.

Our secondary hypotheses were that patients randomized to acetaminophen have less postoperative pain and analgesic consumption, and better functional recovery at three months.

Περίληψη: Το Acetaminophen είναι αποτελεσματικό για οξύ χειρουργικό πόνο, αλλά αν μειώνει τον επίμονο πόνο τομής παραμένει άγνωστο. Δοκιμάσαμε την πρωταρχική υπόθεση ότι οι ασθενείς που έλαβαν περιεγχειρητική Acetaminophen είχαν μικρότερο πόνο τομής τρεις μήνες μετά το χειρουργείο. Οι δευτερεύουσες υποθέσεις μας ήταν ότι οι ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν σε Acetaminophen είχαν λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο και αναλγητική κατανάλωση και καλύτερη λειτουργική ανάκαμψη σε τρεις μήνες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα των ερευνών υποδηλώνουν ότι η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων μειώνει την κατανάλωση οπιοειδών σε άτομα με μέτριο έως σοβαρό πόνο μετά από ολική υστερεκτομή.

Ολική υστερεκτομή και σεξουαλική ζωή

1. A comparison of pelvic organ prolapse and sexual function after abdominal and laparoscopic hysterectomy

Koroglu N, Aslan Cetin B, Akca A, Turan G, Temel Yuksel I, Safak Yildirim I, Yetkin Yildirim G. 2018.

Abstract

Introduction: Hysterectomy is one of the risk factors of pelvic organ prolapse (POP). There is no consensus on whether the route of hysterectomy affects the subsequent development of POP. The aim of the study was to assess POP and sexual function 1 year after a hysterectomy when comparing total abdominal hysterectomy (TAH) with total laparoscopic hysterectomy (TLH). The study applied the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) as the measure of POP and a short-form of the POP/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12).

Περίληψη: Η υστερεκτομή είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων (ΠΠΟ). Δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με το αν η διαδρομή της υστερεκτομής επηρεάζει την επακόλουθη ανάπτυξη του ΠΠΟ. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το ΠΠΟ και η σεξουαλική λειτουργία 1 χρόνο μετά από μια υστερεκτομή όταν συγκρίθηκε η ολική κοιλιακή υστερεκτομή με ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή. Η

μελέτη εφάρμοσε τον ποσοτικό προσδιορισμό της πρόπτωσης του πυελικού οργάνου ως μέτρηση του ΠΠΟ και μια σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου για τη σεξουαλική λειτουργία ακράτειας ΠΠΟ / ουρικής ακράτειας.

2. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition.

Kürek Eken , İlhan G, Temizkan O, Çelik E, Herkiloğlu D, Karateke A. 2016.

Abstract

Introduction: To investigate whether there were any differences in the quality of life, sexual function, and self-esteem of patients who underwent total laparoscopic hysterectomy (TLH) and total abdominal hysterectomy (TAH).

Περίληψη: Για να διερευνηθεί εάν υπήρξαν διαφορές στην ποιότητα ζωής, τη σεξουαλική λειτουργία και την αυτοεκτίμηση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή (ΟΛΥ) και ολική κοιλιακή υστερεκτομή (ΟΚΥ).

3. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: A comparison between total laparoscopy and laparotomy.

Xiao M, Gao H, Bai H, Zhang Z. 2016

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to evaluate the possible differences between total laparoscopy and laparotomy regarding their impact on postoperative quality of life and sexuality in disease-free cervical cancer survivors who received radical hysterectomy (RH) and/or lymphadenectomy alone and were followed for >1 year.

Περίληψη: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι πιθανές διαφορές μεταξύ της ολικής λαπαροσκόπησης και της λαπαροτομής όσον αφορά τον αντίκτυπό τους στην μετεγχειρητική ποιότητα ζωής και τη σεξουαλικότητα σε επιζώντες καρκίνου του τραχήλου χωρίς ασθένεια οι οποίοι έλαβαν μόνο ολική υστερεκτομή (ΟΥ) και / ή λεμφαδενοεκτομή και ακολουθήθηκαν για > 1 έτος .

4. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding.

McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, Overton C. 2009.

Abstract

Introduction: We report a population-based comparison of psychosexual health 5 years after contrasting amounts of surgical treatments for heavy periods [dysfunctional uterine bleeding (DUB)]. Women's fears about sexual function after hysterectomy might not be unfounded. The psychosexual problems may return and/or develop with time. The removal of ovaries at the time of hysterectomy is associated with greater deterioration of self-reported sexual function. Surgical menopause significantly impairs sexual wellbeing. We failed to observe uniform beneficial effects of hormone replacement therapy (HRT) on reported psychosexual health.

Περίληψη: Αναφέρουμε μια σύγκριση της ψυχοσεξουαλικής υγείας με βάση τον πληθυσμό 5 χρόνια μετά από τις αντιθέσεις ποσοτήτων χειρουργικών θεραπειών για βαριές περιόδους [δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας (ΔΑΜ)]. Οι φόβοι των γυναικών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία μετά από την υστερεκτομή μπορεί να μην είναι αβάσιμοι. Τα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα μπορεί να επιστρέψουν και / ή να αναπτυχθούν με το χρόνο. Η απομάκρυνση των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της υστερεκτομής συνδέεται με μεγαλύτερη υποβάθμιση της αυτοαναφερόμενης σεξουαλικής λειτουργίας. Η χειρουργική εμμηνόπαυση υπονομεύει σημαντικά τη σεξουαλική ευεξία. Παρατηρήσαμε ομοιόμορφες ευεργετικές επιδράσεις της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) στην αναφερόμενη ψυχοσεξουαλική υγεία.

5. Sexual life after gynaecological operations

Amias, AG. 2011.

Abstract

Introduction: In a review of sexual problems after gynecological operations, social, cultural, and psychological overtones beyond the immediate physical effect were discussed.

Περίληψη: Σε μια αποκάλυψη των σεξουαλικών προβλημάτων μετά από γυναικολογικές επεμβάσεις, συζητήθηκαν κοινωνικές, πολιτισμικές και ψυχολογικές ιδιαιτερότητες πέρα από την άμεση φυσική επίδραση.

6. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy

Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. 2010.

Abstract

Introduction: It is uncertain whether subtotal abdominal hysterectomy results in better bladder, bowel, or sexual function than total abdominal hysterectomy.

Περίληψη: Δεν υπάρχει αμφιβολία εάν η ενδοσκοπική κοιλιακή υστερεκτομή έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της ουροδόχου κύστης, του εντέρου ή της σεξουαλικής λειτουργίας από την ολική κοιλιακή υστερεκτομή.

Συμπεράσματα: Οι περισσότερες γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν καμία δυσκολία στη σεξουαλική τους ζωή από τη στιγμή που αναρρώσουν πλήρως μετά από μία υστερεκτομή . Ενώ ελάχιστο ποσοστό γυναικών αναφέρουν ότι είχαν ενοχλητική σεξουαλική λειτουργία και πέντε χρόνια μετά την υστερεκτομή.

Λαπαροσκοπική ολική υστερεκτομή και επιπλοκές

1. A review of total laparoscopic hysterectomy: role, techniques and complications

Elkington, Nicholas, Chou, Danny. 2015.

Abstract

Introduction: The following review examines the current role of total laparoscopic hysterectomy, which is a hysterectomy completed entirely laparoscopically. Recent advances in equipment, surgical techniques and training have made total laparoscopic hysterectomy a well tolerated and efficient technique. It is increasingly being adopted around the world because of the benefits to patients and surgeons. This study discusses the role of total laparoscopic hysterectomy, provides some technical suggestions about how to perform a total laparoscopic hysterectomy and how to avoid possible complications.

Περίληψη: Η ακόλουθη ανασκόπηση εξετάζει τον τρέχοντα ρόλο της ολικής λαπαροσκοπικής υστερεκτομής, η οποία είναι μια υστερεκτομή που ολοκληρώνεται εξ

ολοκλήρου λαπαροσκοπικά. Οι πρόσφατες εξελίξεις στον εξοπλισμό, τις χειρουργικές τεχνικές και την κατάρτιση έχουν καταστήσει τη συνολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή μια καλά ανεκτή και αποδοτική τεχνική. Έχει υιοθετηθεί όλο και περισσότερο σε όλο τον κόσμο λόγω των οφελών για τους ασθενείς και τους χειρουργούς. Η μελέτη αυτή εξετάζει το ρόλο της ολικής λαπαροσκοπικής υστερεκτομής, παρέχει μερικές τεχνικές προτάσεις για το πώς να εκτελέσει μια συνολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή και πώς να αποφύγει πιθανές επιπλοκές.

2. Retrospective study of the success rates and complications associated with total laparoscopic hysterectomy

Christopher CM, Bernard Chern, Antony Siow. 2014.

Abstract

Introduction: Laparoscopic techniques are being used increasingly more in gynecologic surgery and the introduction of modern laparoscopic instruments has allowed complex operations to be performed laparoscopically. The aim of this study is to evaluate our surgical technique with regard to the success of total laparoscopic hysterectomy (TLH) for the removal of the uterus, by analyzing its intraoperative and postoperative surgical outcomes and complications in the hope of reducing their occurrence.

Περίληψη: Οι λαπαροσκοπικές τεχνικές χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στην γυναικολογική χειρουργική και η εισαγωγή σύγχρονων λαπαροσκοπικών οργάνων επέτρεψε τη διεξαγωγή πολύπλοκων λειτουργιών λαπαροσκοπικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της χειρουργικής μας τεχνικής σε σχέση με την επιτυχία της ολικής λαπαροσκοπικής υστερεκτομής (ΟΛΥ) για την απομάκρυνση της μήτρας, με ανάλυση των ενδοεγχειρητικών και μετεγχειρητικών χειρουργικών αποτελεσμάτων και επιπλοκών της, με την ελπίδα να μειωθεί η εμφάνισή τους.

3. Total laparoscopic hysterectomy--indications and complications of 158 patients

Malinowski A, Makowska J, Antosiak B, 2013.

Abstract

Introduction: Hysterectomy is one of the most common gynecological procedures. Development of modern laparoscopic techniques made it a crucial tool in contemporary

gynecology both in diagnosis and treatment. Increasing experience and improved laparoscopic instruments enabled gynecologists to extend indications for laparoscopic procedures as well as the range of the operation itself.

Περίληψη: Η υστερεκτομή είναι μία από τις πιο κοινές γυναικολογικές διαδικασίες. Η ανάπτυξη σύγχρονων λαπαροσκοπικών τεχνικών το κατέστησαν ένα κρίσιμο εργαλείο στη σύγχρονη γυναικολογία τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία. Η αυξανόμενη εμπειρία και τα βελτιωμένα λαπαροσκοπικά όργανα επέτρεψαν στους γυναικολόγους να επεκτείνουν τις ενδείξεις για λαπαροσκοπικές διαδικασίες καθώς και το εύρος της ίδιας της λειτουργίας.

4. Laparoscopic total hysterectomy and its complications

Giannone R, Panizzardi G, Bernorio R, Poli M, 2013.

Abstract

Introduction: The Authors base their experiences on 135 total laparohysterectomy operations.

Περίληψη: Οι συγγραφείς βασίζονται τις εμπειρίες τους σε 135 συνολικές λειτουργίες λαπαρο-υστερεκτομής.

5. Evaluation of the surgical outcome and complications of total laparoscopic hysterectomy in patients with enlarged uteruses

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate whether uterine weight has a deleterious effect on the operation time, complication rates, length of hospital stay and incidence of intraoperative haemorrhage during total laparoscopic hysterectomy operation.

Περίληψη: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσον το βάρος της μήτρας έχει επιβλαβή επίδραση στον χρόνο λειτουργίας, τα ποσοστά επιπλοκών, το μήκος της παραμονής στο νοσοκομείο και τη συχνότητα της ενδοεγχειρητικής αιμορραγίας κατά τη διάρκεια της συνολικής λειτουργίας λαπαροσκοπικής υστερεκτομής.

6. Surgical outcome and complications of total laparoscopic hysterectomy for very large myomatous uteri in relation to uterine weight: a prospective study in a continuous series of 461 procedures

Antonio Macciò, Chiappe Parakevas, Kotsonis Romualdo, Nieddu Fabrizio, Lavra Michele, Serra Paolo, Onnis Giuseppe, Sollai Fausto, Zamboni Clelia Madeddu, 2016.

Abstract

Introduction: To analyze whether a large uterine size was associated with increased rate of intraoperative and postoperative surgical complications in patients who underwent total laparoscopic hysterectomy (TLH) for myomatous uteri.

Περίληψη: Να αναλυθεί κατά πόσο ένα μεγάλο μέγεθος μήτρας συσχετίστηκε με αυξημένο ρυθμό ενδοεγχειρητικών και μετεγχειρητικών χειρουργικών επιπλοκών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομή (ΟΛΥ) για μυομομητικές μήτρες.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς επωφελούνται από αυτή τη διαδικασία η οποία είναι ασφαλής, συνδέεται με σύντομη μετεγχειρητικό χρόνο αποκατάστασης ελάχιστη απώλεια αίματος και χαμηλό ποσοστό επιπλοκών, καθώς και καλό αποτέλεσμα. Συνιστούμε τη λαπαροσκοπική υστερεκτομή ως εναλλακτική λύση στην ανοιχτή υστερεκτομή σε περιπτώσεις όπου μπορεί να γίνει με ασφάλεια.

Ολική ή μερική υστερεκτομή

1. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis

Gimble H, 2014.

Abstract

Introduction: Total and subtotal abdominal hysterectomy for benign indications have been compared in randomized clinical trials and observational studies. A meta-analysis is performed to summarize the evidence.

Περίληψη: Η ολική και μερική κοιλιακή υστερεκτομή για καλοήθεις ενδείξεις έχει συγκριθεί σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μελέτες παρατήρησης. Μια μετα-ανάλυση γίνεται για να συνοψίσουμε τα στοιχεία.

2. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease

Nieboer T, Johnson N, Lathaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, Voorst S, Mol B, Kluivers K, 2012.

Abstract

Introduction: The three approaches to hysterectomy for benign disease are abdominal hysterectomy (AH), vaginal hysterectomy (VH), and laparoscopic hysterectomy (LH). Laparoscopic hysterectomy has three further subdivisions depending on the part of the procedure performed laparoscopically.

Περίληψη: Οι τρεις προσεγγίσεις της υστερεκτομής για καλοήγη νόσο είναι η κοιλιακή υστερεκτομή (Κοιλ. Υ), η κολπική υστερεκτομή (Κολπ. Υ) και η λαπαροσκοπική υστερεκτομή (ΛΥ). Η λαπαροσκοπική υστερεκτομή έχει τρεις περαιτέρω υποδιαιρέσεις ανάλογα με το μέρος της διαδικασίας που διεξάγεται λαπαροσκοπικά.

3. Vaginal cancer after hysterectomy for benign disease: value of cytologic screening

Bell J, Sevin BU, Averette H, Nadhi M, 2014.

Abstract

Introduction: Of 87 patients who were treated at the author's institution for primary cancer of the vagina, 31 had undergone total hysterectomy for benign disease.

Περίληψη: Από τους 87 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο ίδρυμα του συγγραφέα για πρωτογενή καρκίνο του κόλπου, 31 είχαν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή για καλοήγη νόσο.

4. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions

Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R, 2012.

Abstract

Introduction: Hysterectomy using an abdominal approach removes either the uterus alone (subtotal hysterectomy) or both the uterus and the cervix (total hysterectomy). The latter is more common but the outcomes have not been systematically compared.

Περίληψη: Η υστερεκτομή με τη χρήση κοιλιακής προσέγγισης αφαιρεί είτε τη μήτρα μόνο (ενδοσκοπική υστερεκτομή) είτε τη μήτρα και τον τράχηλο (ολική υστερεκτομή). Το τελευταίο είναι πιο κοινό, αλλά τα αποτελέσματα δεν συστηματικά συγκρίνονται.

5. Hysterectomy for Benign Disease

Falcone T, Walters M, 2013.

Abstract

Introduction: Hysterectomy is the second most commonly performed surgical procedure in the United States. The indications for hysterectomy have changed little over the last decade. In spite of a large number of potential alternatives to hysterectomy for the management of benign disease, hysterectomy rates have remained relatively stable.

Περίληψη: Η υστερεκτομή είναι η δεύτερη πιο συχνά διεξαχθείσα χειρουργική επέμβαση στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι ενδείξεις για υστερεκτομή έχουν αλλάξει ελάχιστα την τελευταία δεκαετία. Παρά τον μεγάλο αριθμό δυνητικών εναλλακτικών λύσεων έναντι της υστερεκτομής για τη διαχείριση της καλοήθους νόσου, τα ποσοστά υστερεκτομής παρέμειναν σχετικά σταθερά.

6. Hysterectomy for benign gynaecological disease

Gupta S, Manyonda I, 2015.

Abstract

Introduction: Hysterectomy, the commonest major gynaecological operation, is the only definitive cure for dysfunctional uterine bleeding, rates highest in satisfaction scores compared with other treatments, and improves quality of life.

Περίληψη: Η υστερεκτομή, η συνηθέστερη μείζων γυναικολογική επέμβαση, είναι η μόνη οριστική θεραπεία για δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας, τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σύγκριση με άλλες θεραπείες και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Σε καλοήθεις παθήσεις του γυναικείου γεννητικού συστήματος εφαρμόζεται μερική υστερεκτομή η οποία είναι ταχύτερη για να εκτελεστεί με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

Συμπεράσματα

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας με θέμα την ολική υστερεκτομή είναι η έρευνα και η επιβεβαίωση ότι πρόκειται για την πιο ασφαλή και καλύτερη μέθοδο υστερεκτομής.

Ο όρος υστερεκτομή προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ύστερον» που σημαίνει μήτρα και «εκτομή» που σημαίνει αφαίρεση. Ως υστερεκτομή χαρακτηρίζεται η χειρουργική εξαίρεση της μήτρας. Πολλές φορές μαζί με τη μήτρα αφαιρούνται οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες. Η ολική υστερεκτομή εκτελείται σε γυναίκες διαφόρων ηλικιών, θεωρείται η δεύτερη πιο συχνή χειρουργική επέμβαση μετά την καισαρική τομή και η επιλογή της εξαρτάται από διάφορους παραμέτρους, με πρωταρχικό το είδος της νόσου, την πορεία της, το σημείο της βλάβης και την ηλικία της ασθενούς.

Η ολική υστερεκτομή μπορεί να γίνει με λαπαροτομία, λαπαροσκοπικά κοιλικά ή και με συνδυασμό λαπαροσκοπικής και κοιλικής προσπέλασης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των υστερεκτομών εκτελείται για καλοήθης παθήσεις. Για την λήψη της απόφασης ώστε η ασθενής να οδηγηθεί σε υστερεκτομή καθώς και τον τύπο της υστερεκτομής, εκτός από την υποκειμενική παθολογία και το ιστορικό της ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και άλλοι παράμετροι η ηλικία, η δυνατότητα – επιθυμία για αναπαραγωγή και η επιθυμία της γυναίκας.

Η βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και των συνθηκών αναισθησίας και αναλγησίας, προώθησε την αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων της στις μεθόδους που συχνά επιλέγονται για την αντιμετώπιση πολλών γυναικολογικών προβλημάτων. Η ολική υστερεκτομή μπορεί να είναι συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση αλλά προκαλεί σε πολλές γυναίκες έντονη συναισθηματική φόρτιση που επιδρά αρνητικά στη μετεγχειρητική της αποκατάσταση. Γι' αυτό είναι σημαντική η ενημέρωση γύρω από την αναγκαιότητα της επέμβασης.

Έρευνες αναφορικά με τις διάφορες μεθόδους υστερεκτομής τα οφέλη αλλά και τις επιλοκές από τέτοιου είδους επεμβάσεις έχουν γίνει πολλές. Μεγάλη δυσκολία υπήρξε κατά την διάρκεια της πτυχιακής έρευνας στην ανεύρεση πληροφοριών καθώς δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία που να αναφέρει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της γυναίκας

και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την φροντίδα και τη στήριξη των γυναικών που έχουν υποστεί υστερεκτομή.

Η έρευνα και η βιβλιογραφική ανασκόπηση μας οδήγησε στο να συμπεράνουμε ότι η υστερεκτομή είναι μία συνηθισμένη αλλά ασφαλής επέμβαση. Η έρευνα όμως θα πρέπει να συνεχιστεί ώστε να επιλέγεται ο σωστός τύπος υστερεκτομής για κάθε γυναίκα ξεχωριστά, έτσι ώστε να μειωθούν οι δυσάρεστες επιπτώσεις στη ζωή των γυναικών που υποβάλλονται σε υστερεκτομή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aigmueller T., Dungal A., Hinterholzer S., Geiss I., and Riss P. *An estimation of the frequency of surgery for post hysterectomy vault prolapse*. Int. Urogynaecol. J. 2010; 21: 299–302
- ESGO, European Society of Gynaecological Oncology. first edition published in 2017, second edition published in 2018 .
- Forsgren C., Lundholm C., Johansson A.L., Cnattingius S., Zetterstrom J., and Altman D. *Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence*. Int. Urogynaecol. J. 2012; 23: 43–48
- Friedman S., Sandhu K.S., Wang C., and Mikhail M.S. Banks E. *factors influencing long-term pessary use*. Int. Urogynaecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2010; 21: 673–678
- Freema, R., Pantazis K., Thomson A., Frappell J., Bombieri L., Moran P., Slack M., Scott P., and Waterfield M. *A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS Study*. Int. Urogynaecol. J. 2013; 24: 377–384
- Forstner, R., Sala, E., Kinkel, K., & Spencer, J. A. (2010). *ESUR guidelines: ovarian cancer staging and follow-up*. *European Radiology*, 20(12), 2773-2780.
- Hagen S., Stark D., Glazener C., Dickson S., Barry S., Elders A. et al. *POPPY TrialCollaborators: individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse. a multicentrerandomised controlled trial*. Lancet. 2014; 383: 693–702.
- Haylen B.T., Maher C.F., Barber M.D., Camargo S., Dandolu V., Digesu A., Goldmand H., Huser M., Milani A., Moran P., Schaer G.N., and Withagen M. *An International Urogynaecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic pelvic organ prolapse*. Int. Urogynecol. J. 2016; 27: 165–194
- Hagen S., Stark D., Glazener C., Dickson S., Barry S., Elders A. et al. *POPPY Trial Collaborators: individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic*

organ prolapse (POPPY); a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2014; 383: 796–806

- Kervasdoue de Anne, *Ιατρική της γυναίκας, Τα γεννητικά όργανα*, Εκδόσεις Κισσός 2009.
- Margulies R.U., Rogers M.A., and Morgan D.M. *Outcomes of transvaginal uterosacral ligament suspension: systematic review and metaanalysis*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 202: 124– 134
- West, C., 2016. *Υστερεκτομία και εναλλακτικές λύσεις*. Εκδόσεις: ΠΧ Πασχαλίδης.
- www.anticancerfund.org /www.esmo.org /Εταιρία ογκολόγων παθολογών Ελλάδος/μετάφραση επιμέλεια Ε.Αραβαντινού, Δ.Κρικέλης, Γ.Λαζαρίδης, Γ. Μηλιακή, 2017, Αθήνα.
- Μιχαλάς Σ.Π., *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2009.
- Μυλωνάκη Δ., 2009. *Μήτρα και τράχηλος μήτρας*. διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.dmilonaki.gr/oncology/female/metra-trakhelos.html>
- Μπόντης, Δ. Βαβίλης, Γ. Γκριμπίζης, *Ανατομία και εμβρυολογία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος*, κεφ.1 σελ 17-20, Θεσσαλονίκη 2018.
- Παπανικολάου Ν.Α, Παπανικολάου Α.Ν. *Γυναικολογία*, εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. Αθήνα 2012.
- Παπανικολάου Νίκος Α. Παπανικολάου Αλέξης Ν. *Γυναικολογία Εσωτερικά γεννητικά όργανα*, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα, 2009.
- Σαχίνη-Καρδάση Άννα – Πάνου Μαρία, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, τόμος 2ος, Β' έκδοση, Αθήνα 2000.