



Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

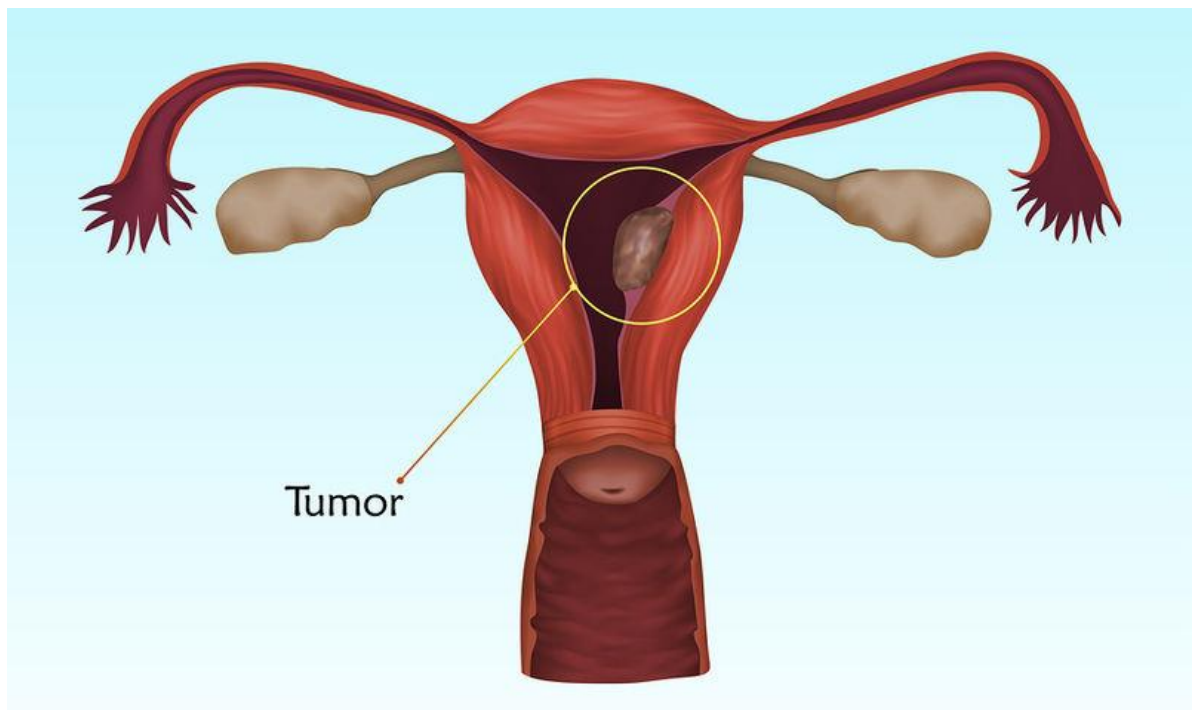
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ**

**ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΚΟΛΛΑΡΗ ΕΓΚΛΑΝΤΙΝΑ – ΘΕΟΔΩΡΑ (ΑΜ 17276)**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα εργασία, αποτελεί πτυχιακή εργασία του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Πριν από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης εργασίας αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους με τους οποίους συνεργάστηκα και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωσή της.

Πρώτα από όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας, την κυρία Παπανικολάου Χριστίνα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και την καθοδήγηση της καθ' όλη την διάρκεια πραγματοποίησης της εργασίας μου.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι όποιοι με τις γνώσεις τους και το ήθος τους συνέβαλαν έμμεσα στην περάτωση της συγκεκριμένης εργασίας, μέσα από τις χρήσιμες πληροφορίες που αποκόμισα απ' αυτούς τα τέσσερα αυτά χρόνια της φοίτησής μου στη σχολή, καθώς και το προσωπικό της βιβλιοθήκης που με καθοδήγησε όσον αφορά τα βιβλία και άρθρα που χρησιμοποίησα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα επιθυμούσα να αποδώσω και στο προσωπικό του τμήματος Νοσηλευτικής του Νοσοκομείου Χατζηκώστα για τις χρήσιμες συμβουλές και μεθόδους που αποκόμισα από τους ίδιους κατά την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης εκεί, όσον αφορά την αναζήτηση ηλεκτρονικού επιστημονικού υλικού αλλά και την αναζήτηση βιβλίων μέσα από την βιβλιοθήκη του νοσοκομείου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ /ABSTRACT .....	4-5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

### ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

1) <u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ</u>	
1.1) ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	
1.1.1) ΕΦΗΒΑΙΟ.....	7
1.1.2) ΜΕΓΑΛΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ.....	7
1.1.3) ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ.....	8
1.1.4) ΚΟΛΠΟΣ.....	8
1.2) ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	
1.2.1) ΩΟΘΗΚΕΣ.....	9
1.2.2) ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ .....	9
1.2.2) ΜΗΤΡΑ.....	10
2) <u>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</u>	
2.1)ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ.....	11
2.2) ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.....	11
2.3)ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ.....	12
2.4) ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ.....	13
3) <u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ</u>	
3.1) ΟΡΙΣΜΟΣ	
3.1.1) ΚΑΡΚΙΝΟΣ .....	14
3.1.2)ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	14
3.2) ΑΙΤΙΑ .....	15
3.3) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	17
3.4) ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
3.5) ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	19
3.6)ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	20
3.7) ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	20
3.8) ΠΡΟΛΗΨΗ.....	21
3.9) ΠΡΟΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	21
3.10) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	22

## **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>**

1) ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠ' ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	24
2) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	25
3) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
4) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
5) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	27
6) ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	30
7) ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΗΤΡΑΣ .....	31

## **ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>**

ΕΡΕΥΝΑ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	33
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Εικόνα 1. Ανατομία έσω γεννητικών οργάνων.....	8
Εικόνα 2. Ανατομία έξω γεννητικών οργάνων.....	10
Εικόνα 3. Τα στάδια της καρκινογένεσης .....	12
Εικόνα 4. Μετάσταση από γυναικολογικούς καρκίνους μέσω του λεμφικού συστήματος.....	13
Εικόνα 5. Κακοήθειες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	15
Εικόνα 6. Η διαδικασία της απόξεσης.....	18
Πίνακας 1. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου.....	17
Πίνακας 2. Σταδιοποίηση του καρκίνου κατά FIGO.....	20

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία δημιουργήθηκε με άξονα τον καρκίνο της μήτρας. Σκοπός της είναι να εξετάσει νέες έρευνες και δεδομένα όσον αφορά την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία της νόσου, καθώς και τον ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα, την αποκατάσταση και την ψυχική υποστήριξη των ασθενών αυτών.

**Υλικό και μέθοδος:** Βιβλία, άρθρα και περιοδικά της ελληνικής αλλά και της διεθνούς βιβλιογραφίας, συνέβαλλαν για την πραγματοποίηση αυτής της ανασκόπησης. Έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και HealLink, καθώς και στις βιβλιοθήκες του πρώην Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων και του Γ.Ν.Ι. Χατζηκόστα. Το υλικό συλλέχθηκε από βιβλία και άρθρα διαφόρων ειδών της τελευταίας δεκαετίας.

**Αποτελέσματα:** Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί έναν από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους, όμως η διάγνωση στα πρώιμα στάδια μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια. Παρόλα αυτά σε περιπτώσεις τελικού σταδίου και εμφάνισης μεταστάσεων τα επίπεδα επιβίωσης είναι λιγοστά. Έρευνες γίνονται καθημερινά για αναζήτηση παραγόντων μείωσης του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου.

**Συμπεράσματα:** Οι γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με τον καρκίνο του ενδομητρίου επιβαρύνονται τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Ναι μεν σε πρώιμα στάδια η ασθένεια είναι θεραπεύσιμη όμως λίγες είναι οι γυναίκες που το καταλαβαίνουν νωρίς και όσες υποβάλλονται σε θεραπεία μπαίνουν σε ένα δύσκολο μονοπάτι που χρειάζεται υπομονή και υποστήριξη. Ο νοσηλευτής είναι το άτομο που καλείται να υποστηρίξει να διδάξει και να βοηθήσει την γυναίκα αυτή πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την θεραπεία της.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος του ενδομητρίου/μήτρας, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, θεραπευτική αντιμετώπιση, ποιότητα ζωής.

## **ABSTRACT**

**Aim:** The present study was devoted to uterine cancer. Its purpose is to examine new research and data on the prevention, diagnosis, treatment of the disease, and the role of the nurse in the care, rehabilitation and mental support of these patients.

**Material and Method:** Books, articles and magazines in Greek and international literature have contributed to this review. PubMed, Google Scholar and HealLink databases as well as libraries of the former TEI of Epirus, University of Ioannina and General Hospital of Ioannina Hatzikosta were searched. The material has been collected from books and articles of various kinds over the past decade.

**Results:** Endometrial cancer is one of the most common gynecological cancers, but diagnosis in the early stages can prove life-saving. However, in cases of end-stage and metastasis, survival rates are poor. Research is being done daily to look for factors that reduce the risk of cancer.

**Conclusion:** Women who have endometrial cancer are burdened both physically and mentally. While the disease is treatable at an early stage, few women detect it early and those on treatment enter in a difficult path that requires patience and support. The nurse is the person who is called upon to support, teach and help this woman before, during, and after her treatment.

**Key words:** endometrial/uterus cancer, nursing interventions, treatment, quality of life

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα απ' τα μεγαλύτερα προβλήματα με τα οποία έρχεται καθημερινά αντιμέτωπη η ιατρική επιστήμη εδώ και πολλά χρόνια είναι ο καρκίνος. Με τον όρο «καρκίνος» αναφερόμαστε σε οποιαδήποτε κακοήγη νεοπλασία των κυττάρων του οργανισμού. Χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν μια ή και περισσότερες μάζες-όγκους. Τα κύτταρα αυτά διαφέρουν μορφολογικά και λειτουργικά από τα φυσιολογικά και έχουν την ιδιότητα να μεταφέρονται και σε άλλα μέρη του σώματος προκαλώντας την λεγόμενη μετάσταση. Περίπου 1,5 εκατομμύρια τύποι καρκίνου ανακαλύπτονται ετησίως. Μερικοί απ' αυτούς προλαμβάνονται ενώ άλλοι θεραπεύονται εάν γίνει εγκαίρως η διάγνωση (Ε. Χαρατσής-Γιωτάκη, 2014).

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο 4<sup>ος</sup> συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Το 80% των καρκινωμάτων του ενδομητρίου αφορούν τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας το 60ο έτος, ενώ λιγότερο του 5% αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Ο καρκίνος του ενδομητρίου προέρχεται από την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας, ωστόσο, μπορεί να προέρχονται σαρκώματα κι απ' το στρώμα του ενδομητρίου ή απ' το μυομήτριο. (Κουμαντάκης, 2009)

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), σημειώνονται 50.000 νέες περιπτώσεις και 250.000 θάνατοι ετησίως. Περίπου το 80% των περιστατικών εμφανίζονται σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, ενώ σε ορισμένα κράτη στην ανατολική Ευρώπη εμφανίζονται ποσοστά 2-5 φορές πιο υψηλά σε σχέση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Η ECCA (European Cervical Cancer Association) αναφέρει ότι οι διαφορές αυτές οφείλονται κατά ένα μεγάλο μέρος στην απουσία προγραμμάτων πρόληψης. (Παπαγεωργίου, 2013)

Ο καρκίνος του ενδομητρίου εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση, ενώ το τεστ Παπανικολάου δεν βοηθάει στην πρόωμη διάγνωση, λόγω χαμηλής ευαισθησίας. Οι κυριότεροι παράγοντες ανάπτυξης του είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η κληρονομικότητα, το ιστορικό καρκίνου εντέρου και η υπέρταση. Οι γυναίκες υψηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται περιοδικά σε διακολπικό υπερηχογράφημα ή λήψη επιχρισμάτων από το ενδομήτριο κατά την γυναικολογική εξέταση. (Παπαγεωργίου, 2013)

## **1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ**

### **1.1. ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ**

#### **1.1.1) ΕΦΗΒΑΙΟ (ΟΡΟΣ ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ)**

Αποτελεί το λιπώδες έπαρμα πάνω απ' την ηβική σύμφυση. Έχει σχήμα αποστογγυλεμένου τριγώνου με την βάση προς την κοιλιά και την κορυφή προς τα μεγάλα χείλη του αιδίου. Το δέρμα κατά την παιδική ηλικία καλύπτεται από χνούδι, στην ήβη εμφανίζονται τρίχες και στην γεροντική ηλικία αραιώνουν ή αποπίπτουν τελείως. (Καλογερόπουλος, 2012)

#### **1.1.2) ΜΕΓΑΛΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ**

Τα μεγάλα χείλη είναι δυο μεγάλες δερματικές πτυχές που ενώνονται προς τα μπρος με το εφήβαιο και προς τα πίσω λεπτύνονται και ενώνουν μεταξύ τους σε απόσταση 3-4 εκ. από τον πρωκτό. Το δέρμα τους αποτελείται από την επιδερμίδα (πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο), το ιδίως δέρμα (χόριο) και το δαρτό χιτώνα (λεπτό στρώμα λείων μυϊκών ινών). Η έξω επιφάνεια τους έχει σκοτεινό χρώμα και πυκνή τρίχωση. (Καλογερόπουλος, 2012)

Τα μικρά χείλη του αιδίου είναι λεπτές δερματικές πτυχές που περιέχουν συνεκτικό ιστό και λίγο λιπώδη ιστό με πολλά αγγεία. Ενώνονται μπροστά στην πόσθη της κλειτορίδας (πάνω στην κλειτορίδα) και στο χαλινό της κλειτορίδας (κάτω απ' την κλειτορίδα), ενώ προς τα πίσω λεπτύνονται και συγχωνεύονται στο χαλινό των μικρών χειλέων. (Κουμαντάκης, 2009)

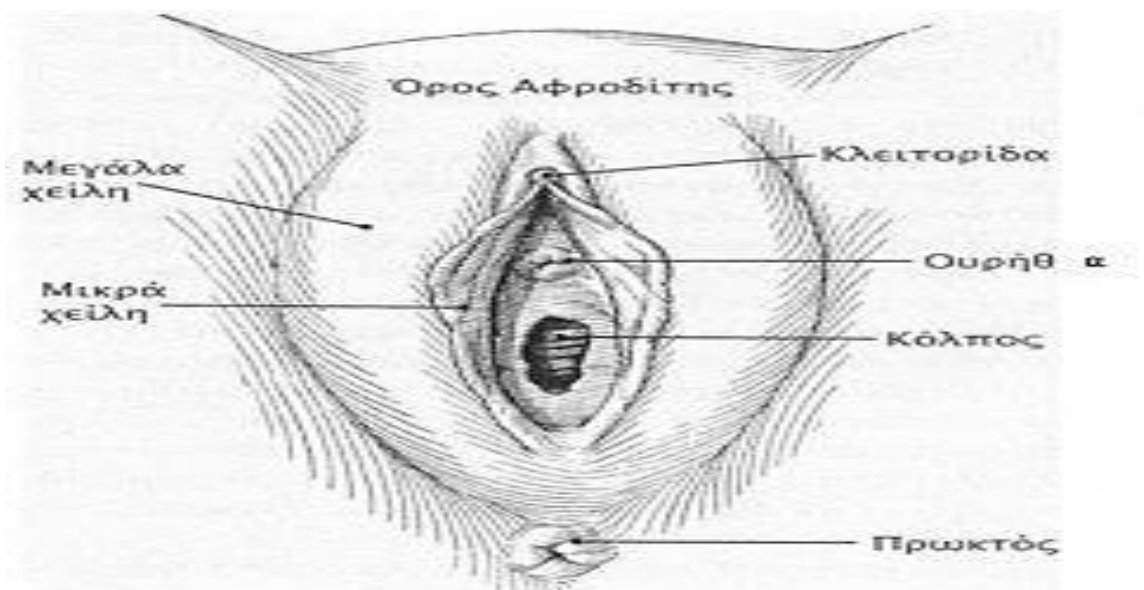


### 1.1.3) ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ

Η κλειτορίδα βρίσκεται μέσα στα μεγάλα χείλη. Είναι ένα στυτικό και πολύ ευαίσθητο όργανο (νευρικές απολήξεις με σωμάτια, σωμάτια αφής), που αποτελείται από τα σκέλη της κλειτορίδας, το σώμα της κλειτορίδας και τη βάλανο της κλειτορίδας. Στο σώμα της υπάρχουν δυο σπυραγγώδη σώματα τα οποία κατά την σεξουαλική διέγερση πληρούνται με αίμα και επέρχεται η στύση της κλειτορίδας. (Platzer et al., 2011)

### 1.1.4) ΚΟΛΠΟΣ

Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας με μήκος περίπου 8-10 εκ., που ξεκινάει από την μήτρα και καταλήγει στο αιδίο. Βρίσκεται πίσω απ' την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και μπροστά απ' το ορθό. Το τοίχωμα του καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, πλούσιο σε γλυκογόνο, χωρίς αδένες. (Κουμαντάκης, 2009)



Εικόνα 1. Ανατομία έξω γεννητικών οργάνων.

## **1.2) ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ**

### **1.2.1) ΩΟΘΗΚΕΣ**

Αποτελούν τους αναπαραγωγικούς αδένες του θήλεος και εκεί ωριμάζουν τα ωοθυλάκια και τα ωάρια. Εντοπίζονται δεξιά και αριστερά του σώματος στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και στον ωοθηκικό βόθρο. Η ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου, μήκος περίπου 4 εκ., πλάτος 1,5- 2 εκ. και πάχος 1 εκ. Η μορφή της επιφάνειας τους αλλάζει με την ηλικία καθώς κατά την παιδική ηλικία είναι λεία ενώ αργότερα κατά την σεξουαλική ώριμη ηλικία γίνεται ανώμαλη. (Platzer et al. 2011)

### **1.2.2) ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ**

Είναι δυο λεπτεπίλεπτοι αγωγοί μήκους 10-12 εκ., που εκτείνονται απ' τα δυο κέρατα της μήτρας προς την περιτοναϊκή κοιλότητα με το κροσσωτό έξω στόμιο της σάλπιγγας. Διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: τη διάμεση μοίρα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα ή κροσσωτή μοίρα. Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί μεταφέρουν το ωάριο από την ωοθήκη προς τη μήτρα, η οποία παρέχει οξυγόνο και θρεπτικά υλικά για το σπέρμα, το ωάριο και το ζυγώτη στην περίπτωση που συμβεί γονιμοποίηση. (Κουμαντάκης, 2009)

### 2.2.3) ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με πυκνό τοίχωμα και απιοειδούς σχήματος. Βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού και αποτελείται απ' το σώμα και τον τράχηλο. Ο τράχηλος χωρίζεται απ' το σώμα με τον ισθμό. Η μήτρα έχει μήκος 6-8 εκ., πλάτος 5 εκ. και πάχος 2-3 εκ. Σκοπός της μήτρας είναι να φιλοξενήσει το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη. (Moore et al. 2014)



Εικόνα 2. Ανατομία έσω γεννητικών οργάνων.

## **2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

### **2.1) ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ**

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος ξεκινάει με την φάση της εμμηνορρυσίας (*1<sup>η</sup>- 5<sup>η</sup> ημέρα*), κατά την οποία το εσωτερικό στρώμα του ενδομητρίου που ονομάζεται λειτουργικό, αποκολλάται και αποβάλλεται ως έμμηνος ρύση για περίπου 3 με 5 ημέρες. Ύστερα αρχίζει η παραγωγική φάση (*6<sup>η</sup>-14<sup>η</sup> ημέρα*), όπου το ωριμάζον ωοθυλάκιο αρχίζει να παράγει οιστρογόνα. Στο διάστημα αυτό, το λειτουργικό σώμα του ενδομητρίου αναπαράγεται και παχύνεται ενώ οι σπειροειδείς αρτηρίες πληθαίνουν και σχηματίζονται σωληνοειδείς αδένες. Για να μπορέσει το σπέρμα να κινηθεί προς τα πάνω μέσα στο σώμα της μήτρας, η βλέννα του τραχήλου μεταβάλλεται σε μια λεπτή, κρυσταλλική ουσία, σχηματίζοντας αυλούς (LeMone, 2014).

Τέλος, φτάνουμε στην εκκριτική φάση (*14<sup>η</sup>-28<sup>η</sup> ημέρα*), όπου παράγεται προγεστερόνη η οποία με την σειρά της μεταβάλλει το έσω σώμα του ενδομητρίου σε εκκριτικό βλεννογόνο, αυξάνοντας την έκκριση γλυκογόνου στην μήτρα και μετατρέποντας σε παχιά την βλέννα του τραχήλου, φράζοντας έτσι το έσω στόμιο. Εφόσον δεν συμβεί γονιμοποίηση, τα επίπεδα των ορμονών πέφτουν, προκαλώντας υποξία των κυττάρων, με αποτέλεσμα να εκφυλίζονται και να αποπίπτουν προκαλώντας με τον τρόπο αυτό την έμμηνο ρύση (LeMone, 2014).

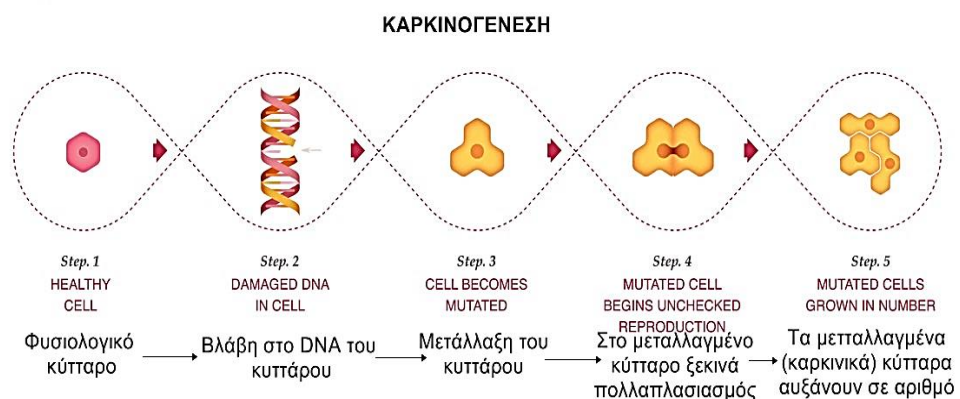
### **2.2) ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η εμμηνόπαυση αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση κατά την γήρανση της γυναίκας. Ως εμμηνόπαυση ορίζεται η διακοπή της εμμηνορρυσίας είτε φυσιολογικά ως αποτέλεσμα της γήρανσης, είτε ως αποτέλεσμα χειρουργικής αφαίρεσης των ωοθηκών ή χημειοθεραπείας. Η κλιμακτηριακή ή προεμμηνόπαυσιακή φάση, είναι η περίοδος

κατά την οποία η αναπαραγωγική λειτουργία σταματά σταδιακά. Ξεκινά με μία πτώση των οιστρογόνων, παύση της περιόδου λόγω της διακοπής λειτουργίας των ωθηκών και διαρκεί για περίπου έναν χρόνο απ' τον τελευταίο εμμηνορρυσιακό κύκλο. Παρόλα αυτά αναφέρονται περιπτώσεις γυναικών όπου η προεμμηνοπαυσιακή περίοδος διήρκησε αρκετά χρόνια (LeMone, 2014).

### 2.3) ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Καρκινογένεση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε κακοήθη και γίνονται καρκινικά. Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει χρόνια μέχρι την ολοκλήρωση της και κατά την διάρκεια της συμβαίνουν κάποιες γενετικές μεταλλάξεις. Σύμφωνα με τον Polek, 2017, ο καρκίνος προκαλείται όταν οι μεταλλάξεις που συμβαίνουν στα γονίδια δεν επιδιορθώνονται. Τα γονίδια, ρυθμίζουν την αύξηση και διαφοροποίηση των κυττάρων, σταματούν την αύξηση των όγκων, στοχεύουν τα κατεστραμμένα κύτταρα και επιδιορθώνουν το κατεστραμμένο DNA. Εντούτοις, κατά την καρκινογένεση, συμβαίνουν στα γονίδια διάφορες διαταραχές που έχουν ως αποτέλεσμα να μην καθοδηγούνται απ' τα σήματα που ρυθμίζουν την ανάπτυξη των κυττάρων με συνέπεια αυτά να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. (Λαβδανίτη, 2017)

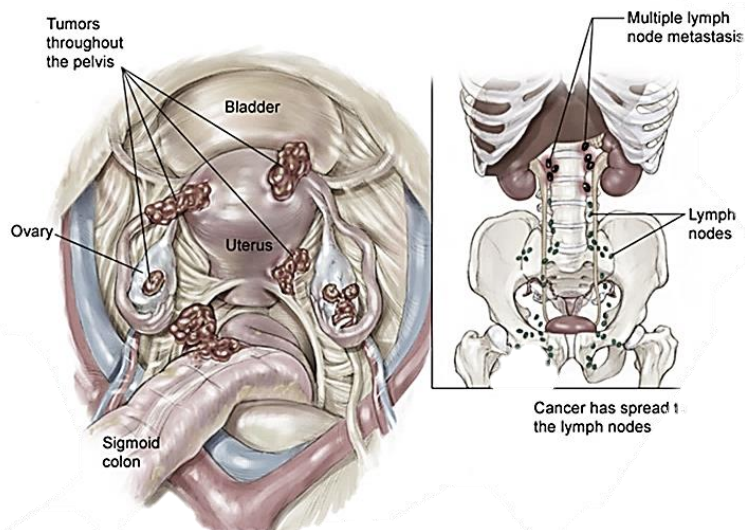


Εικόνα 3. Τα στάδια της καρκινογένεσης.

## 2.4) ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Η μετάσταση αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα καρκινικών θανάτων. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις η μετάσταση συμβαίνει πριν την τελική διάγνωση του καρκίνου με αποτέλεσμα οι πιθανότητες θεραπείας να λιγοστεύουν (McCready, 2006). Με τον όρο μετάσταση αναφερόμαστε στην εξάπλωση του όγκου σε υγιείς ιστούς του σώματος μέσω του κυκλοφορικού ή του λεμφικού συστήματος. Για την ανάπτυξη και κίνηση του όγκου, ο οργανισμός δημιουργεί αγγεία για να μπορεί να αιματώνεται. Η δημιουργία των αγγείων αυτών ονομάζεται αγγειογένεση και τα αγγεία αυτά θρέφουν και οξυγονώνουν τον όγκο όπως θα έκανα και στα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Για τον λόγο αυτόν, από την στιγμή που ένας κακοήθης όγκος μπορέσει και δημιουργήσει αγγεία και κάνει μετάσταση, τότε η ολοκληρωτική θεραπεία πλέον είναι σχεδόν αδύνατη (McCready, 2006).

Stage IIIC Cancer



Εικόνα 4. Μετάσταση από γυναικολογικούς καρκίνους μέσω του λεμφικού συστήματος.

### **3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1) ΟΡΙΣΜΟΣ**

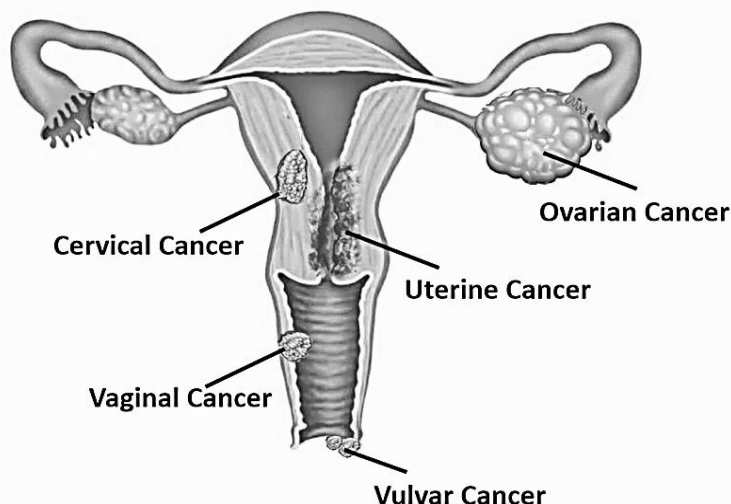
##### **3.1.1)ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Ο καρκίνος ορίζεται ως μια γενετική νόσος κατά την οποία τα κύτταρα αλλοιώνονται και χάνουν την φυσιολογική τους σύσταση και λειτουργία. Τα αμινοξέα κωδικοποιούνται από το DNA και χρησιμοποιούνται για τον σχηματισμό των πρωτεϊνών στον οργανισμό. Οι μεταλλάξεις του DNA εφόσον επηρεάζουν την πρωτεϊνοσύνθεση, επιτρέπουν στα μετασχηματισμένα κύτταρα να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Ο κακοήθης αυτός σχηματισμός επηρεάζεται από ογκογονίδια, τους αυξητικούς παράγοντες, τους ελαττωματικούς ενδοκυττάριους μεταβιβαστές και από άλλους παράγοντες. (Λαβδανίτη, 2017)

##### **3.1.2)ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Πολλοί τύποι κακοήθων γυναικολογικών όγκων υπάρχουν με πιο συχνούς τα καρκινώματα που ορμώνται από επιθήλιο. Τα καρκινώματα του τραχήλου, του κόλπου και του αιδίου είναι κυρίως πλακώδους τύπου ενώ αυτά που ορμώνται απ' το ενδομήτριο, την σάλπιγγα και την ωοθήκη είναι αδenoκαρκινώματα. Πιο σπάνιοι όγκοι είναι τα σαρκώματα που προέρχονται από συνδετικό ιστό (Παπαθανασίου, 2002).

## Gynecological Cancers



*Εικόνα 5. Κακοήθειες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.*

Ο συνηθέστερος τύπος καρκίνου της μήτρας είναι το αδενοκαρκίνωμα (80% των περιπτώσεων). Ο καρκίνος του ενδομητρίου αναπτύσσεται αρχικά μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και αργότερα επεκτείνεται στο μυομήτριο και τον τράχηλο. Η μετάσταση του καρκίνου εκτός της μήτρας γίνεται μέσω λεμφικής διασποράς σε πνεύμονες, ήπαρ και οστά, και κατά επέκταση ιστών μέσω των σαλπίγγων στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1.) αναγράφονται τα 4 κλινικά στάδια ανάλογα με τον βαθμό ανάπτυξης και επέκτασης του καρκίνου. (Χαρατσή – Γιωτάκη, 2014)

### 3.2) AITIA

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η διαδικασία της καρκινογένεσης μετατρέπει τα φυσιολογικά κύτταρα σε κακοήθη. Γενικότερα, οι περιβαλλοντικές επιδράσεις και οι εξωτερικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η αλκοόλη, η έκθεση στην ακτινοβολία, οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου κ.ά. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάσταση του ανοσοποιητικού και στις γενετικές μεταλλάξεις και ως εκ τούτου στην εμφάνιση του καρκίνου. Σε περιπτώσεις όπου το ανοσοποιητικό



σύστημα ενός ατόμου δεν λειτουργεί σε ικανοποιητικό επίπεδο, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου. Τέτοιες περιπτώσεις είναι τα άτομα μικρότερης ηλικίας των 2 ετών, ενήλικες άνω των 60 ετών, άτομα που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά όπως π.χ. άτομα μεταμοσχευμένα ή με αυτοάνοσα νοσήματα ή με τον ιό του HIV.(Polek 2017, American Cancer Society, 2017)

Ένας άλλος παράγοντας είναι η γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη του καρκίνου η οποία υπολογίζεται περίπου στο 5-10% των καρκίνων. Στις οικογένειες με κληρονομούμενα καρκινικά σύνδρομα, ο καρκίνος εμφανίζεται συνήθως με αυτοσωματική επικρατή κληρονομικότητα. Οι κληρονομικοί καρκίνοι μπορεί να εμφανίζονται σε συγκεκριμένους τύπους καρκίνου όπως του μαστού και του παχέος εντέρου, ή να υπάρχει προδιάθεση για διαφορετικούς τύπους καρκίνου. Αυτά λέγονται οικογενή καρκινικά σύνδρομα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι μικρές γονιδιακές μεταλλάξεις αλλά και η έκθεση σε καρκινικούς παράγοντες συμβάλλουν στην ενίσχυση της γενετικής προδιάθεσης. (Polek 2017, American Cancer Society, 2017)

Τα ακριβή αίτια ανάπτυξης του καρκίνου του ενδομήτριου δεν είναι ακόμη γνωστά, όμως υπάρχουν γνωστοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του και αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1). (Κουμαντάκης, 2009). Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου είναι η παρατεταμένη οιστρογονική διέγερση καθώς και η παχυσαρκία. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, το 70% των γυναικών που ανέπτυξαν τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, ήταν παχύσαρκες (Sorosky, 2008).

Άλλοι εξίσου βασικοί παράγοντες, θεωρούνται οι ανωορρηκτικοί εμμηνορρυσιακοί κύκλοι, ο αυξημένος αριθμός εμμηνορρυσιακών κύκλων κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, δίαιτα με πολλά λιπαρά, καρκίνος του μαστού ή των ωοθηκών, προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην πυελική χώρα, άτυπη υπερπλασία ενδομητρίου, μειωμένη ωοθηκική δραστηριότητα (εμμηνόπαυση), όγκοι που εκκρίνουν οιστρογόνα και μη αντιρροπούμενα οιστρογόνα (π.χ. οιστρογονοθεραπεία χωρίς προγεστερόνη. Επιπροσθέτως, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών αυξάνουν τον κίνδυνο καθώς μεταβάλουν τον μεταβολισμό των οιστρογόνων (Porth & Matfin, 2009).

Η ταμοξιφαίνη είναι ένα φάρμακο που αποκλείει τους οιστρογονικούς υποδοχείς και η χρήση της συνίσταται στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και αποτελεί εξίσου παράγοντα κινδύνου αφού έχει οιστρογονική δράση στο

ενδομήτριο. Ο εν λόγω καρκίνος, είναι ο πιο συχνά κληρονομούμενος γυναικολογικός καρκίνος. Ο κίνδυνος του μειώνεται με την χρήση ενδομητρικών συσκευών χωρίς ορμόνες για αποτροπή της κύησης καθώς και με τις πολλαπλές κύσεις (LeMone, 2014).

Γνωστοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα της νόσου είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Παχυσαρκία
- 2) Διαταραχή στην ανοχή υδατανθράκων
- 3) Ατοκία
- 4) Καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- 5) Θεραπεία οιστρογόνων χωρίς ανταγωνιστές
- 6) Λειτουργικοί όγκοι ωοθηκών
- 7) Προηγηθείσα πυελική ακτινοβολία
- 8) Συνεχής λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών
- 9) Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών ή του εντέρου

*Πίνακας 1. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου*

### 3.3) **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τα συμπτώματα του καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνουν την ανώμαλη αιμορραγία, πόνο χαμηλά στην πλάτη και στην πύελο, διόγκωση της μήτρας καθώς και απώλεια βάρους. Συχνά, υπάρχει σύγχυση των παραπάνω εικόνων με άλλες νόσους είτε απ' την ίδια την γυναίκα είτε από τον γιατρό με αποτέλεσμα την καθυστερημένη μερικές φορές διαπίστωση της νόσου (LeMone, 2014).

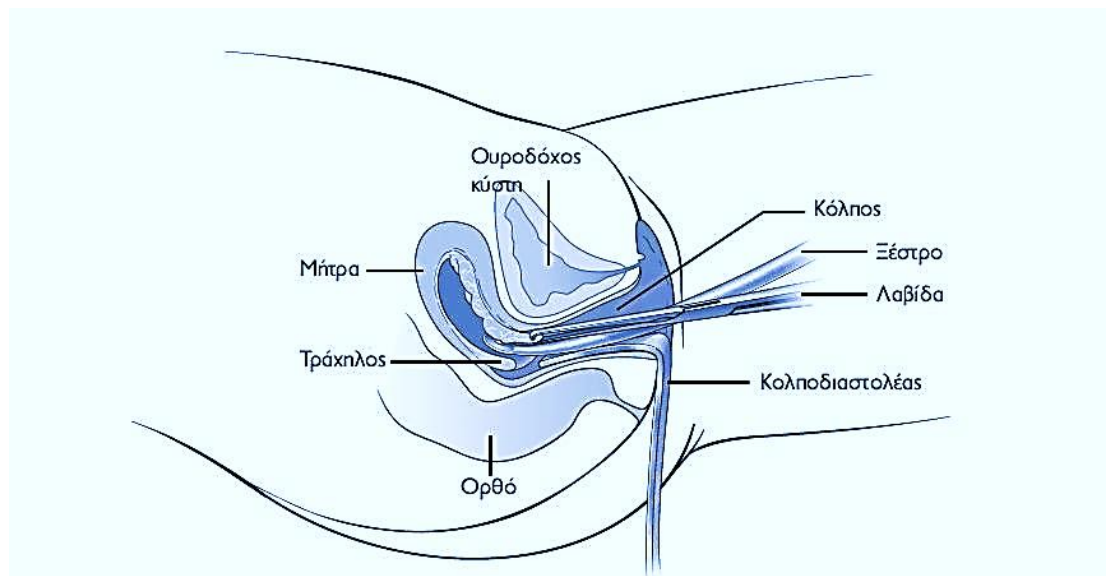
Τα κυριότερα συμπτώματα που δεν θα πρέπει να αμελήσει μια γυναίκα με ειδικά με προδιάθεση στον καρκίνο του ενδομητρίου είναι:

- Η αιματηρή έκκριση, συνήθως μετά την εμμηνόπαυση,
- Η δύσσομη, πυώδης και πιο σπάνια πυοαιματηρή έκκριση, λόγω της επιμόλυνσης του όγκου και την απόφραξη του τραχηλικού αυλού,
- Ο ελαφρύς πόνος, απ' την στιγμή που θα υπάρξει διάταση της μήτρας λόγω του όγκου ή απ' την πυόμητρα,
- Η τελική καχεξία. (Καλογερόπουλος, 2013)

### 3.4) ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε ασθενείς με πρώιμο στάδιο του καρκίνου, η φυσική εξέταση μπορεί να είναι φυσιολογική. Ένα απ' τα πιο κοινά συμπτώματα της νόσου είναι η αιμορραγία κατά τη σεξουαλική επαφή ή και αυτόματα, ενώ σε προχωρημένο στάδιο προστίθεται και η έκκριση δύσσομων κολπικών υγρών. Στην περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων, οι παρακάτω εξετάσεις γίνονται για να μπορέσει ο γιατρός να διαγνώσει εάν πρόκειται για κάποιον όγκο πράγματι ή εάν απλώς η γυναίκα εμφανίζει κάποια άλλη μορφή ανωμαλίας του γυναικολογικού συστήματος. Οι εξετάσεις που γίνονται με μη επεμβατικό τρόπο είναι το έγχρωμο Doppler, η μαγνητική τομογραφία και ο διακολπικός και διακοιλιακός υπέρηχος. Τέλος, η λήψη του ιστορικού της γυναίκας σε συνδυασμό με τα συμπτώματα μπορεί να δείξει πολλά και πριν από κάποια εξέταση. (Γ.Μ. Ιατράκης, 2009).

Η διάγνωση συνήθως γίνεται επεμβατικά με βιοψία ή απόξεση τραχηλικού δείγματος και εξέταση του ιστού. Η διαδικασία της απόξεσης γίνεται με την εισαγωγή ενός μακρόστενου σωλήνα στον κόλπο της γυναίκας και εξάγοντας ένα μικρό κομμάτι ιστού από τα τοιχώματα της μήτρας. Εκτελείται υπό γενική αναισθησία της ασθενούς. Η επέμβαση αυτή διαρκεί λίγα λεπτά, παρέχει όμως την σωστή διάγνωση στο 90% των περιπτώσεων. (Diaz-Montez, 2010)



Εικόνα 6. Η διαδικασία της απόξεσης.

Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι για την ανίχνευση του καρκίνου έχουν συζητηθεί τα τελευταία χρόνια, χωρίς όμως να έχει καθιερωθεί κάτι απόλυτα. Τέτοιοι τρόποι ανίχνευσης είναι το υπερηχούστρογράφημα και η υστεροσκοπία. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι η εξέταση Παπανικολάου δεν αποτελεί διαγνωστική η ανιχνευτική μέθοδο για την ανάγνωση ή μη καρκινώματος του ενδομητρίου. (Μπόντης & Βαβίλης, 2006)

### 3.5) ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της νόσου είναι αρκετά συχνή καθώς συγχέεται με άλλες γυναικολογικές παθήσεις. Για παράδειγμα ένα μαλακό ινομύωμα της μήτρας σε συνδυασμό με τον μαλακό τράχηλο και την πιθανή διακοπή της περιόδου, μπορεί να εκληφθεί ως εγκυμοσύνη. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λήψη του ιστορικού της γυναίκας όσον αφορά την έμμηνο ρύση και την καθυστέρηση της, η έλλειψη μηνορραγιών ή μητρορραγιών. Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται τεστ εγκυμοσύνης ή και υπερηχογραφική διερεύνηση αν υπάρξει λόγος (Αραβανίτου, 2002).

Οι δυσλειτουργικές αιμορραγίες της μήτρας είναι αυτές που εμφανίζονται σε περιόδους εκτός της φυσιολογικής έμμηνου ρύσεως, ενώ παθολογικές αιμορραγίες εμφανίζονται και κατά την έμμηνο ρύση. Μια έμμηνος ρύση θεωρείται παθολογική όταν το διάστημα μεταξύ των έμμηνων ρύσεων είναι μικρότερο από 21 ημέρες ή μεγαλύτερο από 45 και η διάρκεια της καταμήνιας ροής είναι μεγαλύτερη από 7 μέρες ή η ποσότητα αίματος ξεπερνά τα 80 mL. Σε πολλές περιπτώσεις, οι παθολογικές αιμορραγίες της μήτρας εμφανίζονται και σε άλλες περιπτώσεις, όπως εξαιτίας πολυκυστικών ωοθηκών, λοιμώξεων, πιθανού τραυματισμού ή νεοπλασιών ή λόγω θυρεοειδικής δυσλειτουργίας. Η χρήση βοτάνων ή φαρμάκων που αυξάνουν τα οιστρογόνα, μπορεί επίσης να είναι αιτία μητρορραγίας (DeWit, 2009).

### 3.6) ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ο καρκίνος της μήτρας εξαπλώνεται μέσω άμεσης διήθησης των εξαρτηματικών δομών, συμπεριλαμβανομένων των τοιχωμάτων του κόλπου, της πυέλου, της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Αν και οι μεταστάσεις συνήθως περιορίζονται στην πυελική χώρα, μπορούν να συμβούν και σε άλλα όργανα μέσω του λεμφικού συστήματος (LeMone P., 2011).

Συνήθως, η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας γίνεται αναλόγως με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο όγκος. Η επικρατέστερη σταδιοποίηση είναι κατά FIGO (Federation International of Gynecologists and Obstetricians) και εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

- *Στάδιο I:* Ο καρκίνος είναι περιορισμένος στη μήτρα..
- *Στάδιο II:* Ο καρκίνος επεκτείνεται και πέρα απ' την μήτρα αλλά δεν φτάνει στο πυελικό τοίχωμα ή στο κατώτερο τμήμα του κόλπου.
- *Στάδιο III:* Ο καρκίνος έχει φτάσει στο κατώτερο τμήμα του κόλπου ή στο πυελικό τοίχωμα.
- *Στάδιο IV:* Ο καρκίνος έχει διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό ή έχει επεκταθεί πέρα απ' την πύελο (Γ.Μ. Ιατράκης, 2009)

Πίνακας 2. Σταδιοποίηση του καρκίνου κατά FIGO.

### 3.7) ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παρόλο που η χρήση των απεικονιστικών εξετάσεων του τραχήλου της μήτρας έχει ελαττώσει την επίπτωση του γυναικολογικού καρκίνου, η συνολική επίπτωση έχει αύξουσα πορεία για τις νεότερες γυναίκες. Η χειρουργική επέμβαση προτιμάται σε γυναίκες κατά το πρώτο στάδιο της νόσου, ενώ η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται στα πιο προχωρημένα στάδια. Αν και ο καρκίνος του ενδομητρίου θεωρείται ότι έχει πιο καλή πρόγνωση, αναγνωρίζεται ότι η επιβίωση των 5 ετών του καρκινώματος είναι παρόμοια με αυτή του τραχηλικού καρκινώματος (Κουμαντάκης, 2009).

Η πρόγνωση σχετίζεται με τον βαθμό της νόσου, τη διήθηση του μυομητρίου και την προσβολή των λεμφαδένων. Κι άλλοι παράγοντες όμως, όπως η μορφολογία του

σώματος και η ηλικία είναι επίσης σημαντικοί. Όσο πιο μεγάλη είναι μια ασθενής τόσο περισσότερες οι πιθανότητες να υποκύψει στην νόσο. (Κουμαντάκης, 2009)

### 3.8) ΠΡΟΛΗΨΗ

Κατά τον προληπτικό έλεγχο, ιδιαίτερα σημαντική είναι η εξέταση των τραχηλικών επιχρισμάτων, καθώς και το ενδομήτριο επίχρισμα. Απαραίτητη θεωρείται επίσης και η αποκατάσταση των διαταραχών του εμμηνορυσιακού κύκλου, λόγω της δράσεις των οιστρογόνων στον οργανισμό της γυναίκας (Αντωνίου, 2007).

Ο έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών για τον καρκίνο του ενδομητρίου δεν είναι εύκολος, όπως είναι για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με το τεστ Παπανικολάου. Το πιο κοινό τεστ είναι η βιοψία με απόξεση ή με αναρρόφηση ή και με υστεροσκόπηση με την χρήση κάποιου εργαλείου λαμβάνοντας δείγμα απ' το ενδομήτριο. Κάθε γυναίκα μετά τα 40 έτη με ανωμαλίες στον εμμηνορυσιακό κύκλο ή με αιμορραγίες, θα πρέπει να κάνει διαγνωστική απόξεση. Υπάρχουν επιπλέον και κάποιες προεγχειρητικές εξετάσεις όπως η γενική ούρων για την ανίχνευση τυχόν συνυπάρχοντος διαβήτη, ο οποίος είναι συχνός σε αυτή την ομάδα ασθενών. Ο κολπικός υπέρηχος κρίνεται επίσης απαραίτητος (Παπαθανασίου, 2002).

### 3.9) ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι συνήθεις τύποι του γυναικολογικού καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του ενδομητρίου, των ωοθηκών, του κόλπου και του αιδοίου, αντιπροσωπεύουν κάθε χρόνο περίπου 28.000 θανάτους στις Η.Π.Α. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται για τα γυναικολογικά συμπτώματα και τα συμπτώματα του καρκίνου γενικότερα. Οι επιστήμονες υγείας αλλά και η κοινωνία οφείλουν να εκπαιδεύσουν τις γυναίκες όσων αφορά τις γυναικολογικές παθήσεις και να τις ενθαρρύνουν ώστε να έχουν ανοιχτό διάλογο με τους γυναικολόγους τους σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τις κατάλληλες εξετάσεις που μπορούν να κάνουν (Yvette, 2017).

Συμπληρωματικά, η πρόληψη ξεκινάει από την ίδια την γυναίκα και τον τρόπο ζωής της όσον αφορά τις καθημερινές της συνήθειες. Ο σωστός δείκτης μάζας σώματος, η σωστή διατροφή και άσκηση, η αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ, είναι μερικοί από τους τρόπους που μπορούν να βοηθήσουν μια γυναίκα να αποφύγει τις διάφορες παθολογικές καταστάσεις (Αγοραστός & Μπόντης, 2003).

### 3.10) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση, το μέγεθος του όγκου και το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση αποτελούν τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες (McCarthy A., Hunter B., 2009). Υπάρχουν διάφοροι τύποι θεραπείας απ' τους οποίους κάποιοι χρησιμοποιούνται κανονικά ενώ άλλοι ακόμα εξετάζονται σε κλινικές δοκιμές. Πέντε είναι οι καθιερωμένοι τύποι θεραπευτικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα:

1. **Χειρουργική αντιμετώπιση:** Ο τύπος αυτός χρησιμοποιείται για την αφαίρεση του καρκινικού ιστού χειρουργικά. Αυτός ο ιστός μπορεί να είναι ένα μικρό κομμάτι όγκου η και ολόκληρη η μήτρα με διαδικασία της υστερεκτομής. Με την υστερεκτομή, αφαιρείται χειρουργικά η μήτρα είτε μόνη της είτε μαζί με άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος όπως είναι οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες και ο τράχηλος, ανάλογα με την έκταση των καρκινικών κυττάρων.

Η υστερεκτομή είναι η χειρουργική αφαίρεση της και είναι μια από τις συνηθέστερες επεμβάσεις στις Δυτικές χώρες. Μέχρι την ηλικία των 55 ετών, μια στις πέντε γυναίκες στην Δυτική Ευρώπη αναμένεται να προβεί σε αφαίρεση της μήτρας. Η υστερεκτομή διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς συχνά ενέχει στην αφαίρεση και υγιών ιστών. Γενικότερα είναι μια αρκετά αποτελεσματική μορφή θεραπείας και προβλήματα ανακύπτουν μόνο εάν η επέμβαση γίνει για λάθος λόγο. (West, 2008)

2. **Ακτινοθεραπεία:** Ακτινογραφίες υψηλής ενέργειας και άλλοι τύποι ακτινοβολίας χρησιμοποιούνται για να εξοντώσουν τα καρκινικά κύτταρα. Αναλόγως το στάδιο και το μέγεθος του καρκίνου, υπάρχει η εξωτερική ακτινοθεραπεία όπου η

ακτινοβολία γίνεται έξω απ' το σώμα και η εσωτερική ακτινοθεραπεία όπου ραδιενεργή ουσία εισέρχεται στον οργανισμό κοντά στον καρκίνο.

3. **Χημειοθεραπεία:** Χρησιμοποιεί φάρμακα για να εμποδίσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Λαμβάνονται είτε απ' το στόμα ή ενδοφλεβίως και με το κυκλοφορικό σύστημα μπορούν να φτάσουν στα καρκινικά κύτταρα σε όλο το σώμα (συστηματική χημειοθεραπεία), είτε απευθείας στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ένα όργανο ή μια κοιλότητα του σώματος (περιφερική χημειοθεραπεία).
4. **Στοχοθετημένη θεραπεία:** Χρησιμοποιούνται φάρμακα και άλλες ουσίες για τον εντοπισμό και την καταστροφή συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων χωρίς να βλάπτουν τα φυσιολογικά κύτταρα.
5. **Ανοσοθεραπεία:** Χρησιμοποιούνται ουσίες που παράγει το σώμα ή το απ' το εργαστήριο για να τονώσουν την φυσική άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς για την καταπολέμηση του καρκίνου.
6. **Συντηρητική θεραπεία:** για τον τρόπο αυτό, κατάλληλες είναι γυναίκες κάτω των 40 ετών που επιθυμούν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους ιδιότητα με σκοπό την προσπάθεια να γεννήσουν όταν ο καρκίνος εξαλειφθεί. Για να γίνει συντηρητική θεραπεία ο όγκος θα πρέπει να είναι τύπος αδενοκαρκινώματος με καλή ιστολογική εξέταση και μόνο εάν πληρεί κάποια ιατρικά κριτήρια σύμφωνα με την ιατρική άποψη (Rajaram et al., 2015)



## **1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**

Ο νοσηλευτής είναι το άτομο με το οποίο ο ασθενής θα έρθει τις περισσότερες φορές σε επαφή και είναι αυτός ο οποίος θα δημιουργήσει ένα πλάνο για την φροντίδα του με το οποίο θα καλύψει όλες τις πιθανές ανάγκες του ασθενή. Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να έχει την πλήρη εικόνα της φυσικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενή θα πρέπει να εξετάσει τις παρακάτω παραμέτρους:

- Το ιστορικό υγείας: για ανώμαλες κοιλιακές αιμορραγίες, τον καταμήνιο κύκλο, την χρήση οιστρογόνων για την θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, θεραπεία του καρκίνου του μαστού με ταμοξιφαίνη, η παρουσία χρόνιας ασθένειας καθώς και οικογενειακό ιστορικό για γυναικολογικούς ή άλλου είδους καρκίνους.
- Φυσική εξέταση: ύψος και βάρος, εξέταση της πυέλου και της κοιλιάς καθώς και των λεμφαδένων.
- Αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης: Άγχος, στρατηγική αντιμετώπισης της ασθένειας, συναισθηματική ευεξία (LeMone et al. 2014)

Είναι πλήρως κατανοητό, όπως αναφέρεται σε άρθρο των Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης (2014), πως οι ογκολογικοί ασθενείς χρειάζονται ιδιαίτερα προσεγμένη διαχείριση της νόσου και των συμπτωμάτων τους από τους νοσηλευτές και το ιατρικό προσωπικό. Ειδικότερα οι ασθενείς τελικού σταδίου αλλά και γενικότερα όσοι νοσούν από αυτή την ασθένεια, έχουν αρκετά προβλήματα υγείας που εμφανίζονται είτε πριν είτε κατά την διάρκεια της θεραπείας τους και οφείλονται στις διάφορες θεραπείες και φάρμακα στα οποία υποβάλλονται για μεγάλο διάστημα. Το έργο των νοσηλευτών δεν στηρίζεται μόνο στο πρακτικό κομμάτι της θεραπείας αλλά και στην ψυχολογική στήριξη και βοήθεια των ασθενών καθώς και στην προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ της ομάδας ασθενών με την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας. Η βάση της σωστής φροντίδας είναι η συνεχής και ολοκληρωμένη εκτίμηση των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και όποιων άλλων αναγκών του ασθενή

εμφανίζονται στην πορεία της θεραπείας. Κατά την εκτίμηση του ασθενή ο νοσηλευτής βρίσκεται σε θέση να καταλάβει τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά με στόχο να δημιουργήσει ένα πλάνο που θα καλύπτει κάθε είδους υποστήριξη και θεραπεία που χρειάζονται. Με τη διαδικασία αυτή, καταγράφονται οι ανάγκες υγείας του ασθενή και ειδικά όσες είναι ανικανοποίητες και χρειάζονται άμεση παρέμβαση. Έρευνες δείχνουν πως σε περιπτώσεις όπου οι ανάγκες αυτές δεν αναγνωρίζονται και δεν υπάρχει άμεση παρέμβαση, οι ασθενείς έχουν αναπτύξει κακή σωματική και γνωστική κατάσταση, άγχος, δυσφορία, αναπηρία και γενικότερα επιδείνωση της ποιότητας ζωής του. (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήτης, 2014)

## **2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ένας νοσηλευτής, έχοντας συλλέξει όλες τις χρήσιμες πληροφορίες που χρειάζεται σχετικά με τον ασθενή του, περνάει στο δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, την διάγνωση. Κατά τη διάγνωση, ο στόχος του νοσηλευτή είναι να βρει τα υπαρκτά και δυνητικά προβλήματα του ασθενούς, τους αιτιολογικούς παράγοντες των προβλημάτων αυτών, καθώς και τις δυνάμεις που μπορεί να αντλήσει ο ασθενής για την πρόληψη και την επίλυση τους. (Λεμονίδου, Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2010)

Το επίκεντρο της νοσηλευτικής διάγνωσης, είναι να μπορέσει ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα στοιχεία εκείνα του ασθενούς που τον κάνουν να χρήζει νοσηλευτικής φροντίδας σε αντιπαράθεση με την ανάγκη του για βοήθεια από άλλον επιστήμονα υγείας. Αφού οι νοσηλευτές καταγράψουν τα προβλήματα των ασθενών, τα αναλύουν και καταλήγουν σε αυτά που μπορούν οι ίδιοι να λύσουν αυτόνομα και σε αυτά που αντιμετωπίζονται καλύτερα σε συνεργασία με τους γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. (Λεμονίδου, Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2010)

Σε αντιδιαστολή με τις ιατρικές διαγνώσεις οι οποίες αναγνωρίζουν ένα νόσημα, οι νοσηλευτικές εστιάζουν στο άτομο και στην αναγνώριση των απαντήσεων του απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Η ιατρική διάγνωση έχει ως στόχο την θεραπεία και παραμένει ίδια για όσο καιρό το νόσημα είναι παρόν. Απ' την άλλη, η νοσηλευτική διάγνωση περιγράφει τα προβλήματα που ο νοσηλευτής μπορεί να λύσει μέσα στα πλαίσια της ανεξάρτητης νοσηλευτικής πρακτικής και η διάγνωση αυτή μπορεί να

αλλάζει συνεχώς όσο μεταβάλλονται και οι αντιδράσεις του ασθενούς. (Λεμονίδου, Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2010)

### **3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αναφερόμενοι στις διαφορετικές μεθόδους θεραπείας, αναμενόμενο είναι ο κάθε ασθενής ανάλογα με την θεραπεία και το στάδιο της νόσου του να χρειάζεται και ανάλογη προσέγγιση από τον νοσηλευτή. Ο ρόλος του νοσηλευτή εδώ δυσκολεύει ιδιαίτερα καθώς καλείται να αναγνωρίσει τις ανάγκες του ασθενή του και να τις καλύψει με κάθε δυνατό τρόπο (Henke-Yarbro et al., 2011).

Σε περιπτώσεις όπου οι γυναίκες λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει την ασθενή όσων αφορά τον τρόπο και το πλάνο της θεραπείας καθώς και τις παρενέργειες που θα έχει. Από την στιγμή που θα ξεκινήσουν οι θεραπείες, η συνεχής αξιολόγηση και παρακολούθηση των παρενεργειών θα συμβάλλουν ώστε να αναγνωριστούν και να λυθούν εγκαίρως τυχόν προβλήματα που μπορεί να υπάρξουν. Επιπροσθέτως, μεγάλη είναι και η ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται η γυναίκα αλλά και η οικογένεια της για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν ψύχραιμα τις παρενέργειες της θεραπείας όπως είναι οι ναυτίες, οι εμετοί, η πτώση μαλλιών, η κόπωση και η απώλεια όρεξης αλλά και άλλοι τύποι παρενεργειών (Henke-Yarbro et al., 2011) .

### **4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς τόσο όσον αφορά την θεραπεία τους όσο και ως προς την ψυχολογική υποστήριξη τους. Οι νοσηλευτές εκτιμούν τις γνώσεις και τις εμπειρίες του ασθενούς και των συνοδών σχετικά με την χειρουργική επέμβαση και την σοβαρότητα της νόσου και καταστρώνουν ένα σχέδιο εκπαίδευσης.(Τσούσκας, 2014)

Όπως αναφέρουν ο Τσούσκας (2014) και Gillespie (2011), ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να ενημερώσει τους ασθενείς και τους συνοδούς σχετικά με την

συγκατάθεση που χρειάζεται να δώσουν για να διενεργηθεί η επέμβαση. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να εξηγήσει ο νοσηλευτής στον ασθενή τον σκοπό των εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε, τις επιπτώσεις που είναι δυνατό να έχει η επέμβαση στη ζωή του, καθώς και τους κινδύνους που μπορεί να εμφανιστούν κατά την επέμβαση. Τέλος, επεξηγούν στον ασθενή όλη την προεγχειρητική προετοιμασία ξεκινώντας από την σωματική προετοιμασία και την χορήγηση των φαρμάκων και της αναισθησίας και φτάνοντας στην ανάνηψη μετά την επέμβαση καθώς και στην αγωγή και τις ασκήσεις που πιθανώς θα χρειαστεί να κάνει (Λαβδανίτη, 2017).

Συνοψίζοντας, μπορούμε να επισημάνουμε ποιες είναι οι κύριες ενέργειες στις οποίες εστιάζει ένας νοσηλευτής κατά την προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς. Αυτές είναι:

- η προσεκτική λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού,
- η προετοιμασία του ασθενούς για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων (π.χ. διακοπή φαρμακευτικής αγωγής),
- η πρόληψη μετεγχειρητικής λοίμωξης,
- η σωματική προετοιμασία του ασθενούς (π.χ. αποτρίχωση, κένωση του εντέρου κ.ά.)
- η εκπαίδευση των ασθενών και των συνοδών τους (Λαβδανίτη, 2017).

## **5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Είναι σημαντικό να τονίσουμε την ιδιαίτερη σημασία της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς, ώστε να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές και να μπορέσει ο ασθενής να συνεχίσει την θεραπεία του. Η συνήθης φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής μετεγχειρητικά, περιλαμβάνει:

- Την ανακούφιση του πόνου,
- Την άμεση κινητοποίηση,
- Την κινητοποίηση της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος,
- Την καταγραφή προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών,
- Την λήψη ζωτικών σημείων ανά τακτά διαστήματα,

- Τον προγραμματισμό, σε συνεργασία με τον γιατρό, εργαστηριακών εξετάσεων για να εκτιμηθεί ολικά η κατάσταση του ασθενούς. (Λαβδανίτη, 2017)

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε απόξεση είναι:

- Συχνή παρακολούθηση της κυκλοφορίας του αίματος και της αισθητικότητας στα κάτω άκρα αποφεύγοντας την συμπίεση της ιγνυακής περιοχής. Εξηγούμε ότι ο έλεγχος αυτός γίνεται διότι κατά της επέμβαση η γυναίκα βρίσκεται σε θέση λιθοτομίας για αρκετή ώρα και αυτό μπορεί να επηρεάσει την κυκλοφορία.
- Συμβουλευούμε την γυναίκα να μην σηκώνει βάρη και να ξεκουραστεί για αρκετές μέρες. Επεξηγούμε ότι τα βάρη επηρεάζουν την αποκατάσταση και μπορεί να δημιουργήσουν αιμορραγία. Οποιαδήποτε αιμορραγία με έντονο χρώμα η ροή θα πρέπει να αναφερθεί στον θεράποντα ιατρό και στο προσωπικό.
- Εξηγούμε πως λόγω της αφαίρεσης της εσωτερικής επιφάνειας του ενδομητρίου με την επέμβαση, η έμμηνος ρύση πιθανότατα θα αργήσει και θα κάνει κάποιο διάστημα να σταθεροποιηθεί. Για την πρόληψη λοιμώξεων την παροτρύνουμε να χρησιμοποιεί σερβιέτες και όχι ταμπόν καθώς καθυστερούν και την επούλωση του τραύματος.
- Επίσης, για την πρόληψη λοιμώξεων και για την αποφυγή τραύματος ενημερώνουμε πως θα πρέπει να αποφύγει την συνουσία μέχρι να κάνει τον επανέλεγχο και να σταματήσουν οι κολπικές εκκρίσεις (LeMone et al., 2014).

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενής που υποβάλλονται σε υστερεκτομή είναι σίγουρα δυσκολότερη καθώς μετά από μια τέτοια επέμβαση οι γυναίκες χρειάζονται και ψυχολογική υποστήριξη. Όσο η γυναίκα νοσηλεύετε στην κλινική μας ασκούμε τις παρακάτω νοσηλευτικές πράξεις:

- Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία κάθε 4 ώρες καθώς και τα υγρά που προσλαμβάνει και αποβάλλει η ασθενής.

- Εκτιμούμε τον πόνο της ασθενούς μέσα από μια κλίμακα από το 1(έλλειψη πόνου) έως το 10(δυνατός πόνος) και αναλόγως χορηγούμε αναλγητικά σε συνδυασμό με τις οδηγίες. Ο πόνος οφείλεται στην επέμβαση αλλά και στα αέρια του εντέρου πριν την αποκατάσταση του περισταλιτισμού.
- Συμβουλεύουμε την ασθενή να κρατάει ένα μαξιλάρι πάνω στην κοιλιά της σφιχτά για να διευκολύνει την κίνηση, τον βήχα και την βαθιά εισπνοή. Αυτό μειώνει τον πόνο απ' τις κινήσεις και η κινητοποίηση της ασθενούς συμβάλλει στην αποκατάσταση του περισταλιτισμού.
- Παρακολουθούμε για τυχόν αιμορραγία ελέγχοντας το επίθεμα της τομής και μετρώντας τις σερβιέτες. Υποδεικνύουμε στην γυναίκα πως να κάνει και μόνη της την εκτίμηση αυτή καθώς σε λίγες μέρες θα πάρει εξιτήριο και θα πρέπει να αναγνωρίζει μια πιθανή αιμορραγία.
- Εξηγούμε στην γυναίκα ότι η χρήση αντιεμβολικών ή καλτσών διαβαθμισμένης συμπίεσης είναι σημαντική, όπως επίσης και η άσκηση στα κάτω άκρα. Αυτό γίνεται για να αποφύγουμε την πιθανότητα φλεβοθρόμβωσης λόγω της απουσίας άσκησης για μεγάλο διάστημα.
- Ενημερώνουμε την ασθενή μας για την κλινική εικόνα μιας λοίμωξης και την παροτρύνουμε να καλέσει αμέσως τον θεράποντα ιατρό της σε περίπτωση που καταλάβει ότι κάτι παρατηρεί διαφορετικό.
- Ζητάμε από την ασθενή να περιορίσει κάθε δραστηριότητα που μπορεί να ασκήσει πίεση στην κοιλιά ή στην πύελο όπως το να μην σηκώνει βάρη, να μην ανεβαίνει σκάλες, να αποφύγει τις τοπικές πλύσεις, τα ταμπόν και την σεξουαλική επαφή. Το μπάνιο στην μπανιέρα είναι απαγορευμένο μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία. Το ντους επιτρέπεται. Με τον περιορισμό των παραπάνω πράξεων μειώνονται οι πιθανότητες εισαγωγής ξένου σώματος και αποφεύγεται οποιαδήποτε λοίμωξη.
- Ενθαρρύνουμε την γυναίκα να μην κρύβει τυχόν αντιλήψεις ή συναισθήματα για τον εαυτό της και διορθώνουμε λανθασμένες αντιλήψεις. Πολλές φορές η υστερεκτομή συνεπάγεται στο μυαλό των ασθενών με την παύση της σεξουαλικής δραστηριότητας και την αύξηση του σωματικού βάρους.
- Ενημερώνουμε την ασθενή μας ότι η εντερική της δραστηριότητα θα αλλάξει λόγω της αναισθησίας και της απώλειας του μυϊκού τόνου όταν το έντερο κατά την επέμβαση είναι κενό.

- Πληροφορούμε σχετικά με τους μετεγχειρητικούς αλλά και τακτικούς γυναικολογικούς ελέγχους, καθώς σε περίπτωση που ο τράχηλος δεν έχει αφαιρεθεί τα τακτικά test-pap θα πρέπει να γίνονται. Εάν έχει αφαιρεθεί τότε η πυελική εξέταση είναι αρκετή.(LeMone, 2014)

## **6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Έχοντας αναφερθεί αρκετά την σοβαρότητα του καρκίνου και το σωματικό φόρτος που έχει πάνω στον ασθενή, αρκετά μεγάλης βαρύτητας είναι και η αναφορά στην συναισθηματική επιρροή του πάσχοντα. Από την στιγμή που ένα άτομο διαγνωστεί με καρκίνο και κατανοήσει την σοβαρότητα και τον κίνδυνο της ασθένειας, θα ξεκινήσει για αυτόν μια μεγάλη μάχη. Η μάχη αυτή δεν θα προκαλέσει μόνο βιολογικά προβλήματα και βλάβες αλλά και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Είναι γνωστό ότι η μεγάλη αυτή μάχη με τον καρκίνο είναι συνώνυμη με τον έντονο φυσικό πόνο, την ταλαιπωρία, την αναπηρία και τον θάνατο. Ακόμα πιο δύσκολο για τους ασθενείς είναι η ιδέα της εγκατάλειψης ή της αδιαφορίας από την οικογένεια και τους φίλους τους καθώς και ο αντίκτυπος της ασθένειας στην ζωή τους (Τσούσκας, 2014).

Οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν καθημερινά πλήθος συναισθημάτων, όπως φόβο, θυμό, ενοχές, άρνηση, μοναξιά και απογοήτευση. Ειδικότερα, οι γυναίκες με καρκίνους του αναπαραγωγικού συστήματος, αισθάνονται μεγαλύτερο θυμό λόγω των ταμπού που συνδέουν τους γυναικολογικούς καρκίνους με ακολασίες του παρελθόντος. Αυτός ο παράγοντας αυξάνει τις ενοχές στις γυναίκες ότι για την ασθένεια τους μπορεί να ευθύνεται η σεξουαλική τους συμπεριφορά. Η χειρουργική αφαίρεση της μήτρας ή και όλου του γεννητικού συστήματος μπορεί να αλλάξει την αυτοεκτίμηση μιας γυναίκας και την αίσθηση της θηλυκότητας. Η απώλεια των αναπαραγωγικών οργάνων μπορεί να προκαλέσει σε μια γυναίκα ψυχολογικά τραύματα τόσο όσον αφορά την εικόνα του εαυτού της ως γυναίκα, όσο και σχετικά με την ανικανότητα πλέον της αναπαραγωγής. Επιπρόσθετα, η αφαίρεση κάποιου αναπαραγωγικού οργάνου είναι ικανή να προκαλέσει στην γυναίκα μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα όπως αλλαγές στη διάθεση και στην ομοιόσταση του οργανισμού καθώς και αλλαγές θα υπάρξουν και στην σεξουαλική της ζωή αφού πολλές γυναίκες χάνουν την αίσθηση της σεξουαλικότητας και της θηλυκότητας μετά από μια τόσο καθοριστική επέμβαση (McCready, 2006).

Για να μπορέσει να διενεργηθεί η αποκατάσταση της ασθενούς ψυχολογικά και κοινωνικά, θα πρέπει αρχικά να υπάρξει κατανόηση και υποστήριξη του περιβάλλοντος και της ομάδας υγείας, από τα πρώτα κιάλας στάδια της νόσου. Στην φάση αυτή το προσωπικό υγείας οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια και το κοντινό περιβάλλον της ασθενούς και μαζί να προσφέρουν την θετική βοήθεια για την αποκατάσταση της. Για να υλοποιηθεί η αποκατάσταση ενός ογκολογικού ασθενή είναι πρόπον να αντιμετωπίζεται η κατάσταση τους από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που θα γνωρίζουν πως να εκπαιδεύσουν σωστά τον ασθενή και την οικογένεια και πως να τους υποστηρίξουν ψυχολογικά. Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο με σκοπό να αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου απ' την κοινωνία ως ένα πρόβλημα και να στραφεί στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου (Τσούσκας, 2014).

## **7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΗΤΡΑΣ**

Οι ογκολογικοί ασθενείς, αποτελούν μια πολύ ευάλωτη και με πολλές δυσκολίες ομάδα ασθενών καθώς δεν χρειάζονται μόνο την πρακτικά την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας αλλά και ηθικά με ψυχολογική υποστήριξη. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν έναν απ' τους σημαντικότερους ρόλους στην υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών αφού αποτελούν τα άτομα με τα οποία τα άτομα αυτά έρχονται σε καθημερινή βάση σε επαφή. Είναι τα άτομα αυτά που βρίσκονται εκεί κατά την αρχικές διαγνωστικές εξετάσεις, κατά την διάγνωση της ασθένειας, κατά την χρονική περίοδο που χρειάζεται ο ασθενής για να κατανοήσει την νόσο, κατά την διάρκεια της επέμβασης και των πολλαπλών ωρών στις αίθουσες χημειοθεραπείας καθώς και τα άτομα αυτά που θα τους υποστηρίξουν ακόμα και μετά το τέλος της θεραπείας και θα βρίσκονται εκεί για οποιαδήποτε βοήθεια ή απορία (McCready, 2006).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως οι νοσηλευτές οφείλουν να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν όχι μόνο τις ασθενείς με γυναικολογικούς καρκίνους αλλά και τις υγιείς γυναίκες όσον αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα συμπτώματα που θα πρέπει να προσέχουν και τα οποία αποτελούν το καμπανάκι για μια επίσκεψη



στον γυναικολόγο. Θα πρέπει να τις ενημερώνουν για τις φυσιολογικές και μη αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό ανάλογα με την ηλικία μιας γυναίκας. Εξίσου σημαντικό να αναφερθεί είναι οι συμβουλές που αφορούν την σωστή διατροφή και άσκηση με σκοπό την μείωση των επεισοδίων παχυσαρκίας, παράγοντας που οφείλεται για μεγάλο αριθμό γυναικολογικών καρκίνων (McCready, 2006).

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ*****EPEYNA - NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ*****1. Endometrial Cancer. (2016)**

Dr Prof Morice P., Leary A., Creutzberg C., Abu-Rustum N., Darai E.

**Abstract**

Endometrial cancer is the most common gynaecological tumour in developed countries, and its incidence is increasing. The most frequently occurring histological subtype is endometrioid adenocarcinoma. Patients are often diagnosed when the disease is still confined to the uterus. Standard treatment consists of primary hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, often using minimally invasive approaches (laparoscopic or robotic). Lymph node surgical strategy is contingent on histological factors (subtype, tumour grade, involvement of lymphovascular space), disease stage (including myometrial invasion), patients' characteristics (age and comorbidities), and national and international guidelines. Adjuvant treatment is tailored according to histology and stage. Various classifications are used to assess the risks of recurrence and to determine optimum postoperative management. 5 year overall survival ranges from 74% to 91% in patients without metastatic disease. Trials are ongoing in patients at high risk of recurrence (including chemotherapy, chemoradiation therapy, and molecular targeted therapies) to assess the modalities that best balance optimization of survival with the lowest adverse effects on quality of life.

## **Καρκίνος του ενδομητρίου.**

### **Περίληψη**

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο πιο κοινός γυναικολογικός όγκος στις ανεπτυγμένες χώρες και η επίπτωσή του αυξάνεται. Ο ιστολογικός υποτύπος που εμφανίζεται συχνότερα είναι το ενδομητροειδές αδenoκαρκίνωμα. Οι ασθενείς διαγιγνώσκονται συχνά όταν η ασθένεια εξακολουθεί να περιορίζεται στη μήτρα. Η βασική θεραπεία αποτελείται από πρωτογενή υστερεκτομή και διμερή σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή, συχνά χρησιμοποιώντας ελάχιστα επεμβατικές προσεγγίσεις (λαπαροσκοπικές ή ρομποτικές). Η χειρουργική στρατηγική των λεμφαδένων εξαρτάται από τους ιστολογικούς παράγοντες (υποτύπος, βαθμός όγκου, εμπλοκή λεμφικού αγγειακού χώρου), στάδιο της νόσου (συμπεριλαμβανομένης της μυομητρικής εισβολής), χαρακτηριστικά ασθενών (ηλικία και συννοσηρότητα) και εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές. Η ανοσολογική θεραπεία προσαρμόζεται σύμφωνα με την ιστολογία και το στάδιο. Διάφορες ταξινομήσεις χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των κινδύνων επανεμφάνισης και για τον προσδιορισμό της βέλτιστης μετεγχειρητικής διαχείρισης. Η συνολική επιβίωση 5 ετών κυμαίνεται από 74% έως 91% σε ασθενείς χωρίς μεταστατική νόσο. Οι δοκιμές βρίσκονται σε εξέλιξη σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο επανεμφάνισης (συμπεριλαμβανομένης της χημειοθεραπείας, θεραπεία με χημειοθεραπεία και ακτινοβολία και μοριακές στοχευμένες θεραπείες) για να εκτιμήσουν τους τρόπους που ταιριάζουν καλύτερα στην βελτιστοποίηση της επιβίωσης με τις χαμηλότερες δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

## **2. Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. (2016)**

Braun M., Overbeek-Wager E., Grumbo R.

### **Abstract**

Endometrial cancer is the most common gynecologic malignancy. It is the fourth most common cancer in women in the United States after breast, lung, and colorectal cancers. Risk factors are related to excessive unopposed exposure of the endometrium to estrogen, including unopposed estrogen therapy, early menarche, late menopause, tamoxifen therapy, nulliparity, infertility or failure to ovulate, and polycystic ovary syndrome. Additional risk factors are increasing age, obesity, hypertension, diabetes mellitus, and hereditary nonpolyposis colorectal cancer. The most common presentation for endometrial cancer is postmenopausal bleeding. The American Cancer Society recommends that all women older than 65 years be informed of the risks and symptoms of endometrial cancer and advised to seek evaluation if symptoms occur. There is no evidence to support endometrial cancer screening in asymptomatic women. Evaluation of a patient with suspected disease should include a pregnancy test in women of childbearing age, complete blood count, and prothrombin time and partial thromboplastin time if bleeding is heavy. Most guidelines recommend either transvaginal ultrasonography or endometrial biopsy as the initial study. The mainstay of treatment for endometrial cancer is total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Radiation and chemotherapy can also play a role in treatment. Low- to medium-risk endometrial hyperplasia can be treated with nonsurgical options. Survival is generally defined by the stage of the disease and histology, with most patients at stage I and II having a favorable prognosis. Controlling risk factors such as obesity, diabetes, and hypertension could play a role in the prevention of endometrial cancer.

## **Διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου.**

### **Περίληψη**

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι η πιο κοινή γυναικολογική κακοήθεια. Είναι ο τέταρτος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες μετά τον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και του παχέος εντέρου. Οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με την υπερβολική έκθεσή σε οιστρογόνα, συμπεριλαμβανομένης της απροσδόκητης θεραπείας με οιστρογόνα, της πρώιμης εμμηνόρροιας, της μετεμμηνοπαυσιακής αγωγής, της θεραπείας με ταμοξιφαίνη, της ανυπαρξίας, στειρότητας ή της αποτυχίας ωορρηξίας και του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών. Πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου είναι η αυξανόμενη ηλικία, η παχυσαρκία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο κληρονομικός μηπολυπός ορθοκολικός καρκίνος. Η πιο συνηθισμένη παρουσίαση για τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι η μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου συνιστά όλες τις γυναίκες άνω των 65 ετών να ενημερώνονται για τους κινδύνους και τα συμπτώματα του καρκίνου του ενδομητρίου και να συμβουλεύονται ώστε να αναζητήσουν αξιολόγηση εάν εμφανιστούν συμπτώματα. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του ενδομητρίου σε ασυμπτωματικές γυναίκες. Η αξιολόγηση ενός ασθενούς με υποψία νόσο θα πρέπει να περιλαμβάνει τεστ εγκυμοσύνης σε γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης, πλήρης αιματολογικός έλεγχος και χρόνο προθρομβίνης και μερικό χρόνο θρομβοπλαστίνης εάν η αιμορραγία είναι βαριά. Οι περισσότερες κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν είτε την υπερφυσική υπερηχογραφία είτε τη βιοψία του ενδομητρίου ως αρχική μελέτη. Ο βασικός πυρήνας της θεραπείας για τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι η ολική υστερεκτομή με αμφίπλευρη σαλπινγο-ωοθηκεκτομή. Η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία μπορούν επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη θεραπεία. Η υπερπλασία του ενδομητρίου χαμηλού έως μέσου κινδύνου μπορεί να αντιμετωπιστεί με μη χειρουργικές επιλογές. Η επιβίωση ορίζεται γενικά από το στάδιο της ασθένειας και της ιστολογίας, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς στο στάδιο I και II έχουν ευνοϊκή

πρόγνωση. Ο έλεγχος παραγόντων κινδύνου όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η υπέρταση μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της ασθένειας.

### **3. Treatment strategies for endometrial cancer: current practice and perspective. (2017)**

Lee Y.C., Lheureux S., Oza A.M.

#### **Abstract**

**Purpose of review** Endometrial cancer incidence is increasing in North America and is a major cause of morbidity and mortality in women. We review recent literature published on treatment of endometrial cancer and highlight areas of active interest.

**Recent findings** There has been movement toward minimal invasive surgery at diagnosis; lymph node staging remains controversial and continues to be investigated. Progress has been made to establish consensus on endometrial cancer risk classification to promote consistency for future trial design. Molecular characterization of endometrial cancer and its integration into clinicopathological profiling to develop predictive biomarkers for treatment selection are active areas of research. Optimal adjuvant treatment strategy in high-risk endometrial cancer remains to be defined with recognition of treatment-related toxicity. Despite encouraging results in drug development for treatment of advanced/recurrent endometrial cancer, no targeted therapies beyond hormonal therapy are approved. There is an urgent need for scientifically validated therapy with predictive biomarkers.

**Summary** Our understanding of endometrial cancer has evolved through improvements in molecular biology, allowing improved definition of target-specific therapies. The precise role and sequence of conventional and targeted therapies, including immunotherapy, will require careful attention to the design of clinical trials with translational emphasis to allow the discovery, validation, and implementation of predictive biomarkers into clinical care.

**Keywords** drug therapy, endometrial cancer, treatment

## **Στρατηγικές θεραπείας για καρκίνο του ενδομητρίου: τρέχουσα πρακτική και προοπτική.**

### **Περίληψη**

**Σκοπός της ανασκόπησης** Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου αυξάνεται στη Βόρειο Αμερική και αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις γυναίκες. Αναθεωρούμε την πρόσφατη βιβλιογραφία που δημοσιεύθηκε για τη θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου και τονίζουν περιοχές με ενεργό ενδιαφέρον.

**Πρόσφατα ευρήματα** Υπήρξε κίνηση προς την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική επέμβαση στη διάγνωση ενώ η σταδιοποίηση των λεμφαδένων παραμένει αμφιλεγόμενη και εξακολουθεί να διερευνάται. Έχει σημειωθεί πρόοδος στην επίτευξη συναίνεσης για την ταξινόμηση κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου για την προώθηση της συνέπειας για μελλοντικό σχεδιασμό της δοκιμής. Ο μοριακός χαρακτηρισμός του καρκίνου του ενδομητρίου και η ενσωμάτωσή του στο κλινικοπαθολογικό προφίλ για την ανάπτυξη προγνωστικών βιοδεικτών για την επιλογή της θεραπείας είναι ενεργές περιοχές έρευνας. Η βέλτιστη στρατηγική θεραπείας ανοσοενισχυτικού σε καρκίνο ενδομητρίου υψηλού κινδύνου πρέπει να καθοριστεί με την αναγνώριση της σχετικής με τη θεραπεία τοξικότητας. Παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη φαρμάκων για τη θεραπεία του προχωρημένου / επαναλαμβανόμενου καρκίνου του ενδομητρίου, δεν εγκρίνονται στοχοθετημένες θεραπείες πέρα από την ορμονική θεραπεία. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για επιστημονικά επικυρωμένη θεραπεία με προγνωστικούς βιοδείκτες.

**Σύνοψη** Η κατανόησή μας για τον καρκίνο του ενδομητρίου έχει εξελιχθεί με βελτιώσεις στη μοριακή βιολογία, επιτρέποντας τον καλύτερο ορισμό των ειδικών για κάθε είδος θεραπείας. Ο ακριβής ρόλος και η ακολουθία συμβατικών και στοχευμένων θεραπειών, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοθεραπείας, θα απαιτήσει ιδιαίτερη προσοχή στο σχεδιασμό κλινικών δοκιμών με μεταφραστική έμφαση, ώστε να καταστεί δυνατή η ανακάλυψη, η επικύρωση και η εφαρμογή προγνωστικών βιοδεικτών στην κλινική περίθαλψη.

**Λέξεις κλειδιά:** φαρμακευτική θεραπεία, καρκίνος ενδομητρίου, θεραπεία

#### **4. Endometrial cancer. A review and evaluation of risk factors.**

Valu M.V., Toma O.

##### **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 gynaecologic 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.

**Keywords:** endometrial cancer, age at diagnosis, risk factors, tamoxifen, treatment

#### **Καρκίνος του ενδομητρίου. Μια ανασκόπηση και αξιολόγηση των 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, τον διαβήτη, την υψηλή αρτηριακή πίεση, την ατοκία. Αυτό το άρθρο αποτελείται από μια αναδρομική μελέτη για την εμφάνιση του καρκίνου του ενδομητρίου. Είχαμε αναθεωρήσει τη βιβλιογραφία και δημιουργήσαμε στοιχειοθετημένες πρακτικές για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει: παράγοντες κινδύνου, διαγνωστική και μεταστατική αξιολόγηση.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος του ενδομητρίου, ηλικία διάγνωσης, παράγοντες κινδύνου, ταμοξιφαίνη, θεραπεία



## **5. Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses. (a qualitative systematic review) (2017)**

Cook, Olivia<sup>1,2</sup>; McIntyre, Meredith<sup>1,2</sup>; Recoche, Katrina<sup>1,2</sup>; Lee, Susan<sup>1,2</sup>

### **Abstract**

**Background** The care needs of women with gynecological cancer are complex and change over the course of their cancer journey. Specialist nurses are well positioned to play a role in meeting the needs of women with gynecological cancer although their role and scope of practice have not been well defined. As patients are a key stakeholder, understanding their experience of care is an important step in better defining the role and scope of practice of specialist nurses in gynecological oncology in Australia and New Zealand.

**Objectives** This review sought to consider gynecological cancer patients' experiences of specialist nursing care. Exploring the patient's experience of care by a specialist nurse is one step in the process of better defining the role and scope of practice of specialist gynecological-oncology nurses in Australia and New Zealand.

**Inclusion criteria - Types of participants** This review included studies with a focus on women with gynecological cancer who had been cared for by a specialist nurse. Studies of women with gynecological cancer at any point on the continuum of care from pre-diagnosis to survivorship or end of life, including those with a recurrence of the disease, were included, with no limit to the duration of care received for inclusion in the review.

**Phenomena of interest** Studies that explored how women with gynecological cancer experience the care and interventions of specialist nurses were included.

**Types of studies** Qualitative studies including, but not limited to, designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research and feminist research were considered for review. This review also considered the qualitative components of mixed method studies.

**Context** Research conducted in any country was considered for inclusion in this review providing that the study was reported in English. Studies conducted in any setting including, but not limited to, acute hospitals, outpatient/ambulatory

clinics, chemotherapy or radiotherapy units, support groups, palliative care units or the patient's home were included.

**Search strategy** A three-step search strategy was utilized in this review. An initial limited search of MEDLINE and CINAHL was undertaken followed by a comprehensive search using all identified keywords and index terms across all included databases. The reference lists of all identified reports and articles were hand searched for additional studies.

**Methodological quality** Each paper was independently assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using the standardized critical appraisal instrument from the Joanna Briggs Institute the Qualitative Assessment and Review Instrument. When disagreement arose between the reviewers, the given paper was independently appraised by a third reviewer.

**Data extraction** Data were extracted from papers included in the review using the standardized data extraction tool from Joanna Briggs Institute the Qualitative Assessment and Review Instrument. Data extraction was completed independently by two reviewers.

**Data synthesis** Extracted findings from seven included papers were grouped according to similarity in meaning from which 11 categories were developed. These categories were then subjected to a meta-synthesis that produced a set of three synthesized findings.

**Results** Key findings were extracted from six included papers and classified as unequivocal (U) or credible (C). A total of 30 findings were extracted and aggregated into 11 categories based on similarity in meaning. From the 11 categories, three synthesized findings were developed: i) Tailored care: specialist nurses play a role in understanding and meeting the individual needs of women with gynecological cancer; ii) Accessible care: specialist nurses guide women with gynecological cancer along the continuum of care and are an easily accessed source of knowledge and support; iii) Dependable expertise: women with gynecological cancer express trust and reassurance in the experience and expertise of the specialist nurse.

**Conclusions** This systematic review synthesized the findings of seven studies that captured the experiences of women with gynecological cancer who received care from a specialist nurse. The specialist nurse offers tailored, accessible and expert care to women with gynecological cancer. From the synthesis it is

recommended that women with gynecological cancer have access to the services of a specialist nurse at key points on the continuum of care, that specialist nurses provide information to patients on their disease and treatment in the form preferred by the patient and ensure that this information has been understood, and that specialist nurses are afforded time to spend with patients to enable greater exploration and identification of patient needs and the provision of personalized care. Further study that considers other key stakeholders in the specialist nurse role in gynecological oncology is recommended in order to gain a full understanding of specialist nurses' contribution to the care of women with gynecological cancer. Additionally, it is recommended that further studies be conducted to seek the perspectives of women with gynecological cancer from culturally and linguistically diverse backgrounds and Indigenous populations on specialist nursing care as they appear to be under-represented in current research.

**Εμπειρίες ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο που έλαβαν φροντίδα από εξειδικευμένους νοσηλευτές. (2017)**

### **Περίληψη**

**Εισαγωγή** Οι ανάγκες φροντίδας των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο είναι σύνθετες και μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους κατά του καρκίνου. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές είναι σε θέση να διαδραματίσουν ένα ρόλο στην κάλυψη των αναγκών των γυναικών με καρκίνο, αν και ο ρόλος τους και το εύρος της πρακτικής τους δεν έχουν καθοριστεί σωστά. Δεδομένου ότι οι ασθενείς αποτελούν βασικό παράγοντα, η κατανόηση της εμπειρίας της περίθαλψης αποτελεί σημαντικό βήμα για τον καλύτερο προσδιορισμό του ρόλου και του εύρους της πρακτικής των εξειδικευμένων νοσηλευτών στη γυναικολογική ογκολογία στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

**Στόχοι** Αυτή η ανασκόπηση προσπάθησε να εξετάσει τις εμπειρίες των γυναικολογικών καρκινικών ασθενών από εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Η διερεύνηση της εμπειρίας περίθαλψης του ασθενούς από εξειδικευμένη νοσηλεύτρια

είναι ένα βήμα στη διαδικασία για τον καλύτερο προσδιορισμό του ρόλου και του εύρους της πρακτικής των ειδικευμένων νοσηλευτών γυναικολογικής ογκολογίας στις περιοχές που προαναφέρθηκαν.

**Κριτήρια συμπερίληψης - Τύποι συμμετεχόντων** Η συγκεκριμένη ανασκόπηση περιλάμβανε μελέτες με επίκεντρο τις γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο, οι οποίες είχαν φροντιστεί από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έχουν συμπεριληφθεί μελέτες γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο σε οποιαδήποτε στιγμή της περιθαλψης από την αρχική διάγνωση μέχρι την επιβίωση ή το τέλος της ζωής, περιλαμβανομένων εκείνων με επανεμφάνιση της νόσου, χωρίς περιορισμό στη διάρκεια της θεραπείας που έλαβαν, για συμπερίληψη στο ανασκόπηση.

**Φαινόμενα ενδιαφέροντος** Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που διερευνούν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο βιώνουν τη φροντίδα και τις παρεμβάσεις εξειδικευμένων νοσοκόμων.

**Τύποι μελετών** Μελετήθηκαν ποιοτικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των σχεδιασμών όπως η φαινομενολογία, η τεκμηριωμένη θεωρία, η εθνογραφία, η έρευνα δράσης και η φεμινιστική έρευνα. Αυτή η ανασκόπηση περιέλαβε επίσης τα ποιοτικά συστατικά των μελετών μεικτής μεθόδου.

**Πλαίσιο** Έρευνα που διεξήχθη σε οποιαδήποτε χώρα εξετάστηκε για συμπερίληψη σε αυτήν την ανασκόπηση, υπό την προϋπόθεση ότι η μελέτη έγινε στα αγγλικά. Έχουν συμπεριληφθεί μελέτες που διεξήχθησαν σε οποιοδήποτε περιβάλλον συμπεριλαμβανομένων, χωρίς περιορισμό, οξέων νοσοκομείων, κλινικών εξωτερικών / εξωτερικών ασθενών, μονάδων χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, ομάδων υποστήριξης, μονάδων παρηγορητικής φροντίδας ή οικίας ασθενούς.

**Στρατηγική αναζήτησης** Χρησιμοποιήθηκε μια στρατηγική αναζήτησης τριών σταδίων σε αυτήν την ανασκόπηση. Πραγματοποιήθηκε μια αρχική περιορισμένη αναζήτηση για τα MEDLINE και CINAHL, ακολουθούμενη από εκτεταμένη αναζήτηση χρησιμοποιώντας όλες τις προσδιορισμένες λέξεις-κλειδιά και όρους ευρετηρίου σε όλες τις βάσεις δεδομένων που περιλαμβάνονται. Οι κατάλογοι αναφοράς όλων των αναφερθέντων αναφορών και αντικειμένων αναζητήθηκαν για πρόσθετες μελέτες.

**Μεθοδολογική ποιότητα** Κάθε έγγραφο αξιολογήθηκε ανεξάρτητα από δύο ανεξάρτητους αναθεωρητές για μεθοδολογική εγκυρότητα πριν από την ένταξη στην ανασκόπηση χρησιμοποιώντας το τυποποιημένο κριτικό όργανο αξιολόγησης από

το Ινστιτούτο Joanna Briggs, το Μέσο Ποιοτικής Αξιολόγησης και Ανασκόπησης. Όταν προέκυψε διαφωνία μεταξύ των κριτών, το συγκεκριμένο έγγραφο αξιολογήθηκε ανεξάρτητα από έναν τρίτο κριτή.

**Εξαγωγή δεδομένων** Τα δεδομένα εξήχθησαν από έγγραφα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση χρησιμοποιώντας το τυποποιημένο εργαλείο εξαγωγής δεδομένων από το Joanna Briggs Institute, το εργαλείο ποιοτικής αξιολόγησης και επανεξέτασης. Η εξαγωγή δεδομένων ολοκληρώθηκε ανεξάρτητα από δύο αναθεωρητές.

**Σύνθεση δεδομένων** Τα ευρήματα που βρέθηκαν από επτά περιλαμβανόμενα έγγραφα ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την ομοιότητα στην έννοια και αναπτύχθηκαν 11 κατηγορίες. Αυτές οι κατηγορίες στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε μετα-σύνθεση που δημιούργησε ένα σύνολο τριών συνθετικών ευρημάτων.

**Αποτελέσματα** Τα βασικά ευρήματα εξήχθησαν από έξι έγγραφα και ταξινομήθηκαν ως μονοσήμαντα ή αξιόπιστα. Συνολικά 30 ευρήματα εξήχθησαν και συγκεντρώθηκαν σε 11 κατηγορίες με βάση την ομοιότητα στο νόημα. Από τις 11 κατηγορίες, αναπτύχθηκαν τρία συνθετικά ευρήματα: i) Προσαρμοσμένη περίθαλψη: οι εξειδικευμένες νοσηλεύτριες διαδραματίζουν ρόλο στην κατανόηση και αντιμετώπιση των ατομικών αναγκών των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο . ii) Προσβάσιμη περίθαλψη: οι ειδικευμένοι νοσοκόμοι καθοδηγούν τις γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο κατά μήκος της συνεχούς περίθαλψης και είναι μια εύκολα προσβάσιμη πηγή γνώσης και υποστήριξης. iii) Αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη: οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο εκφράζουν εμπιστοσύνη και διαβεβαίωση στην εμπειρία της εξειδικευμένης νοσοκόμας.

**Συμπεράσματα** Αυτή η συστηματική ανασκόπηση συνέθεσε τα ευρήματα επτά μελετών που κατέγραψαν τις εμπειρίες γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο που έλαβαν περίθαλψη από ειδικευμένη νοσοκόμα. Η ειδικευμένη νοσοκόμα προσφέρει εξειδικευμένη και προσβάσιμη φροντίδα σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο . Από τη σύνθεση συνιστάται οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ειδικευμένου νοσηλευτή και σε βασικά σημεία της συνεχούς περίθαλψης, ότι οι ειδικευμένοι νοσηλεύτριες να παρέχουν πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία τους με τη μορφή που προτιμά ο ασθενής και να εξασφαλίζουν ότι αυτές οι πληροφορίες έχουν κατανοηθεί και ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλεύτριες να παρέχουν χρόνο για να περάσουν με τους ασθενείς ώστε να καταστεί δυνατή η μεγαλύτερη διερεύνηση και ταυτοποίηση των αναγκών

των ασθενών και η παροχή εξατομικευμένης περίθαλψης. Περαιτέρω μελέτη που εξετάζει άλλους βασικούς παράγοντες του ρόλου της εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στη γυναικολογική ογκολογία συνιστάται για να κατανοηθεί πλήρως η συμβολή των ειδικευμένων νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών αυτών. Επιπλέον, συνιστάται να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες για να αναζητηθούν οι προοπτικές των γυναικών με γυναικολογικούς καρκίνους και από πολιτισμικά και γλωσσικά διαφορετικά υπόβαθρα και πληθυσμούς ιθαγενών με ειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς φαίνεται να υποεκπροσωπούνται στην τρέχουσα έρευνα.

## **6. Quality of life and depressive symptoms in patients diagnosed with uterus cancer. (2014)**

Smorag L , Florkowski A , Zboralski K , Macander M , Nowacka A , Flinik-Jankowska M, Strójwas K , Krajewska K , Przybyszewska M , Wierzbiński P.

### **Abstract**

In the present study quality of life and depressive symptoms as well as the influence of illness on emotional state in patients with diagnosis of uterus cancer was evaluated. The aim of the study was to evaluate quality of life and depressive symptoms in women diagnosed with uterus cancer who underwent surgical treatment and complementary therapy. The study has been conducted on randomly chosen group of 100 patients diagnosed with uterus cancer who underwent surgical treatment and adjunctive therapy. Surveys has been conducted 6 months after completed therapy when no recurrence of carcinomatous disease was confirmed. Quality of life was evaluated using quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 and depressive symptoms were measured by means of Beck's depression self-rating scale. In the conducted study in most cases patients with diagnosis of uterus cancer didn't show symptoms of depression and in 40% of patients there were mild symptoms of depressive disorder. The results show that patients without depressive symptoms had better quality of life compared to those with concomitant depressive symptoms and it was statistically significant. Patients with diagnosed uterus cancer in whom no

symptoms of depression were detected presented with better quality of life compared to patients with depressive symptoms. Emotional state of patients with uterus cancer can be an important factor influencing their quality of life.

### **Ποιότητα ζωής και συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς με διάγνωση καρκίνου μήτρας.**

#### **Περίληψη**

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα κατάθλιψης καθώς και η επίδραση της ασθένειας στην συναισθηματική κατάσταση σε ασθενείς με διάγνωση καρκίνου μήτρας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γυναίκες με διάγνωση καρκίνου μήτρας που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία και συμπληρωματική θεραπεία. Η μελέτη διεξήχθη σε τυχαία επιλεγμένη ομάδα 100 ασθενών με καρκίνο μήτρας που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αγωγή και συμπληρωματική θεραπεία. Έρευνες διεξήχθησαν 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όταν επιβεβαιώθηκε η μη επανεμφάνιση καρκινωματοδούς νόσου. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 ποιότητας ζωής και τα συμπτώματα κατάθλιψης μετρήθηκαν με την κλίμακα αυτοκαθορισμού κατάθλιψης Beck. Στη διεξαχθείσα μελέτη στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς με καρκίνο μήτρας δεν παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης και στο 40% των ασθενών υπήρχαν ήπια συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους με καταθλιπτικά συμπτώματα.

## 7. Dietary fat intake and endometrial cancer risk: A dose response meta-analysis. (2016)

Zhao J., Lyu C., Gao J., et al.

### **Abstract**

Since body fatness is a convincing risk factor for endometrial cancer, dietary fat intake was speculated to be associated with endometrial cancer risk. However, epidemiological studies are inconclusive. We aimed to conduct a meta-analysis to assess the associations between dietary fat intake and endometrial cancer 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 endometrial cancer 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 endometrial cancer 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 endometrial cancer risk.

**Keywords:** dose response, endometrial cancer, linoleic acid, meta-analysis, monounsaturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, saturated fat.



## **Η πρόσληψη διαιτητικού λίπους και ο κίνδυνος για καρκίνο του ενδομητρίου**

### **Περίληψη**

Δεδομένου ότι το σωματικό λίπος είναι ένας πειστικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου, η πρόσληψη λίπους με την διατροφή θεωρήθηκε ότι συσχετίζεται με κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου. Εντούτοις, οι επιδημιολογικές μελέτες δεν καταλήγουν στο συμπέρασμα. Σκοπός μας ήταν να διεξαγάγουμε μια μετα-ανάλυση για να αξιολογήσουμε τις συσχετίσεις μεταξύ της πρόσληψης διαιτητικού λίπους και του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου. Αναζητήσαμε τις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Web των επιστημών που ενημερώθηκαν έως τον Σεπτέμβριο του 2015. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 7 μελέτες κοόρτης και 14 μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Συγκεντρωτική ανάλυση των μελετών περιπτωσιακών ελέγχων πρότεινε ότι ενδομητρίου κίνδυνο καρκίνου ήταν σημαντικά αυξημένη κατά 5% ανά 10% χιλιοθερμίδες από συνολική πρόσληψη λίπους ( $P = 0.02$ ) και κατά 17% ανά 10 g / 1000 kcal κορεσμένου πρόσληψης λίπους ( $P < 0,001$ ). Η περίληψη 3 κλινικών μελετών έδειξε σημαντική αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου (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 λινελαϊκό οξύ. Συμπερασματικά, παρατηρήθηκαν θετικές συσχετίσεις με τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου για συνολική πρόσληψη λίπους και κορεσμένου λίπους στις μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες κοόρτης δείχνουν ότι η υψηλότερη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου.

**Λέξεις-κλειδιά:** απόκριση δόσης, καρκίνος του ενδομητρίου, λινελαϊκό οξύ, μετα-ανάλυση, μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, κορεσμένα λιπαρά οξέα

## 8. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynecological cancers: a cross-sectional study. (2015)

Sekse RJ1, Hufthammer KO, Vika ME.

### Abstract

**Aims and objectives** To examine the prevalence of cancer-related fatigue in women treated for various types of gynecological cancers and, for these cancers, to assess fatigue in relation to distress, health-related quality of life, demography and treatment characteristics.

**Background** Advances in treatment of cancer have improved the likelihood of survival. Consequently, there are a growing number of patients who become survivors after cancer and who face side effects even years after treatment. One of the most frequently reported side effects across all types and stages of the disease is cancer-related fatigue.

**Design** A descriptive cross-sectional study.

**Methods** One hundred and twenty women treated for gynecological cancers who were participants in an intervention study were included. Fatigue, psychological distress, health-related QoL and demographics were assessed by questionnaires. Disease and treatment characteristics were extracted from medical records.

**Results** Cancer-related fatigue was reported in 53% of the women treated for gynecological cancers, with a higher proportion in the group of cervical cancer, followed by ovarian cancer. Younger participants reported fatigue more frequently than older participants. When adjusting for age, the type of cancer a woman experiences was shown to have little impact on her risk of experiencing fatigue. The participants with fatigue reported higher levels of anxiety and depression than participants without fatigue. There was a relationship between fatigue and quality of life as measured by SF-36 domains.

**Conclusion** The findings underscore the importance of screening for fatigue, patient education and symptom management. This should be included in a standard procedure during treatment and follow-up. Both somatic and psychological aspects of fatigue should be emphasized.

**Relevance to clinical practice** The findings imply the need for health personnel to have focus on fatigue during the entire cancer trajectory of women after gynecological cancers, as well as the need for screening, information, guidance and symptom management.

## **Κόπωση και ποιότητα ζωής σε γυναίκες που έλαβαν θεραπεία για διάφορους τύπους γυναικολογικών καρκίνων: μια συγχρονική μελέτη**

### **Περίληψη**

**Σκοποί και στόχοι** Να εξεταστεί ο επιπολασμός της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο, σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για διάφορους τύπους γυναικολογικών καρκίνων και, για αυτούς τους καρκίνους, να εκτιμήσουν την κόπωση σε σχέση με το άγχος, την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, τη δημογραφία και τα χαρακτηριστικά θεραπείας.

**Ιστορικό** Οι πρόοδοι στη θεραπεία του καρκίνου έχουν βελτιώσει την πιθανότητα επιβίωσης. Κατά συνέπεια, υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών που γίνονται επιζώντες μετά από καρκίνο και οι οποίοι αντιμετωπίζουν παρενέργειες ακόμα και χρόνια μετά τη θεραπεία. Μία από τις πιο συχνά αναφερόμενες παρενέργειες σε όλους τους τύπους και στα στάδια της νόσου είναι η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο.

**Σχεδιασμός** Μια περιγραφική συγχρονική μελέτη.

**Μέθοδοι** Συμμετείχαν εκατόν είκοσι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για γυναικολογικούς καρκίνους σε μια συγχρονική μελέτη. Η κόπωση, η ψυχολογική δυσχέρεια, η QoL που σχετίζεται με την υγεία και τα δημογραφικά στοιχεία αξιολογήθηκαν με ερωτηματολόγια. Τα νοσήματα και τα χαρακτηριστικά θεραπείας ελήφθησαν από τα ιατρικά αρχεία.

**Αποτελέσματα** Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο αναφέρθηκε στο 53% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για γυναικολογικούς καρκίνους, με υψηλότερη αναλογία στην ομάδα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ακολουθούμενη από καρκίνο των ωοθηκών. Οι νεότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν κόπωση πιο συχνά από τους παλαιότερους συμμετέχοντες. Κατά την προσαρμογή

για την ηλικία, ο τύπος του καρκίνου που βιώνει μια γυναίκα αποδείχθηκε ότι έχει ελάχιστη επίδραση στον κίνδυνο να υποστεί κόπωση. Οι συμμετέχοντες με κόπωση ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τους συμμετέχοντες χωρίς κόπωση. Υπήρξε μια σχέση μεταξύ κόπωσης και ποιότητας ζωής όπως μετράται από τα πεδία SF-36.

**Συμπέρασμα** Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της ανίχνευσης της κόπωσης, της εκπαίδευσης των ασθενών και της διαχείρισης των συμπτωμάτων. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνεται σε μια τυποποιημένη διαδικασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της παρακολούθησης. Πρέπει να τονιστούν τόσο οι σωματικές όσο και οι ψυχολογικές πτυχές της κόπωσης.

**Σχετικά με την κλινική πρακτική** Τα ευρήματα υποδηλώνουν την ανάγκη για το προσωπικό υγείας να επικεντρώνεται στην κόπωση κατά τη διάρκεια ολόκληρης της τροχιάς του καρκίνου των γυναικών μετά από γυναικολογικούς καρκίνους, καθώς και στην ανάγκη για διαλογή, ενημέρωση, καθοδήγηση και διαχείριση συμπτωμάτων.

## **9. Sexual Function and Quality of Life Among Patients With Endometrial Cancer After Surgery**

Huiqiao Gao, MD, Meizhu Xiao, MM, Huimin Bai, MD and Zhenyu Zhang, MD

### **Abstract**

**Objective** The aim of this study was to evaluate the sexual function and quality of life (QOL) and identify their associated factors in survivors of endometrial cancer.

**Methods** The participants in this study were survivors of endometrial cancer who visited the gynecological outpatient department for routine surveillance from June 2014 to May 2015. The QOL and sexual function were measured using the Functional Assessment of Cancer Therapy–General (FACT-G) and Female Sexual Function Index questionnaires. A score less than 26.55 was defined as female sexual

dysfunction (FSD). Multivariate analysis and logistic regression were performed to identify the factors associated with QOL and sexual function.

**Results** A total of 118 women completed the questionnaires. The results revealed that 68.6% of the patients had FSD and that 55.9% of the patients never had sexual intercourse with their partners after surgery. Age, followed by time after surgery, radiotherapy, and consultation, was significantly correlated with FSD. The median score of the FACT-G was 86 (range, 41–108). Chemotherapy and marital status were found to significantly impair physical and social/family well-being, respectively ( $P < 0.05$ ), and monthly income was identified as a factor that significantly affected the total FACT-G scores.

**Conclusion** The risk factors associated with FSD and QOL need to be studied in greater detail. Prospective researches that evaluate the effects of clinical psychological intervention on sexual function may be needed in the future.

**Σεξουαλική λειτουργία και ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου μετά τη χειρουργική επέμβαση.**

### Περίληψη

**Στόχος** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής (QOL) και να προσδιορίσει τους συναφείς παράγοντες στους επιζώντες του καρκίνου του ενδομητρίου.

**Μέθοδοι** Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη ήταν γυναίκες που επέζησαν από τον καρκίνο του ενδομητρίου που επισκέφθηκαν το γυναικολογικό τμήμα εξωτερικών ασθενών για επανέλεγχο ρουτίνας από τον Ιούνιο του 2014 έως τον Μάιο του 2015. Η ποιότητα ζωής και η σεξουαλική λειτουργία μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας τη λειτουργική αξιολόγηση της Γενικής Θεραπείας Καρκίνου (FACT-G) με Ερωτηματολόγια δείκτη σεξουαλικής λειτουργίας. Μια βαθμολογία μικρότερη από 26.55 ορίστηκε ως γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία (FSD). Διεξήχθη πολυπαραγοντική ανάλυση και λογιστική παλινδρόμηση για τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και τη σεξουαλική λειτουργία.

**Αποτελέσματα** Συνολικά 118 γυναίκες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι το 68,6% των ασθενών είχαν σεξουαλική δυσλειτουργία και ότι το 55,9% των ασθενών δεν είχαν ποτέ σεξουαλική επαφή με τους συντρόφους τους μετά από χειρουργική επέμβαση. Η ηλικία, που ακολουθείται από το χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία και τη διαβούλευση, συσχετίστηκε σημαντικά με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η μέση βαθμολογία του FACT-G ήταν 86 (εύρος, 41-108). Η χημειοθεραπεία και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να επηρεάζουν σημαντικά την φυσική και κοινωνική / οικογενειακή ευεξία, αντίστοιχα (  $P < 0,05$ ) και το μηνιαίο εισόδημα αναγνωρίστηκε ως ένας παράγοντας που επηρέασε σημαντικά τις συνολικές βαθμολογίες FACT-G.

**Συμπέρασμα** Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τη ποιότητα ζωής πρέπει να μελετηθούν με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Επιπλέον έρευνες που αξιολογούν τις επιπτώσεις της κλινικής ψυχολογικής παρέμβασης στη σεξουαλική λειτουργία μπορεί να χρειαστούν στο μέλλον.

**10. Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer.** Ferguson, S. E., Panzarella, T., Lau, S., et al.

**Abstract**

**Objective** To evaluate patient-reported outcomes (PROs) between women treated by laparoscopic, robotic and open approaches for endometrial cancer.

**Methods** Prospective cohort study comparing PRO at baseline, short- (1 and 3 weeks) and long-term (12 and 24 weeks) follow-up postoperatively. Quality of life (QOL) measures were the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G), EuroQol Five Dimensions (EQ-5D), and Brief Pain Inventory (BPI). Sexual health

measures were the Female Sexual Function Index (FSFI) and the Sexual Adjustment and Body Image Scale for Gynecologic Cancer (SABIS-G). Results. 468 eligible patients (laparotomy = 92, laparoscopy = 152, robotic = 224) were recruited. There were no significant differences between the laparoscopy and robotic groups for any PRO (P=0.05). At short-term follow-up, patients who underwent minimally invasive surgery (robotic or laparoscopy) had significantly higher FACT-G (P=0.0001) and EQ-5D (P=0.0001) scores, with less pain (P= 0.02) and improved pain interference (P= 0.0008), than patients undergoing laparotomy. At long-term follow-up, there were sustained improvements in the FACT-G (P= 0.035) and the health state EQ-5D visual analogue scale (P= 0.022). Surgical approach had no impact on sexual health (P=0.05); however the mean FSFI score for the entire cohort met clinical cut-offs for sexual dysfunction.

**Conclusion** Minimally invasive approaches result in improved QOL beyond the short-term postoperative period, with benefits noted up to 12 weeks after surgery. This prolonged QOL advantage provides further evidence that MIS should be the standard surgical approach for women with early stage endometrial cancer.

**Keywords** Endometrial cancer, Patient-reported outcomes, Quality of life, Sexual health, Minimally invasive surgery.

**Προοπτική μελέτη κοόρτης που συγκρίνει την ποιότητα ζωής και τα αποτελέσματα σεξουαλικής υγείας μεταξύ γυναικών που υποβάλλονται σε ρομποτική, λαπαροσκοπική και ανοικτή χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του ενδομητρίου.**

## **Περίληψη**

**Σκοπός** Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τον ασθενή μεταξύ γυναικών που αντιμετωπίζονται με λαπαροσκοπικές, ρομποτικές και ανοιχτές προσεγγίσεις για καρκίνο του ενδομητρίου.

**Μέθοδοι** Προοπτική μελέτη κοόρτης για την σύγκριση του PRO με την έναρξη της μελέτης, την παρακολούθηση της βραχείας (1 και 3 εβδομάδων) και της μακροπρόθεσμης (12 και 24 εβδομάδων) μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Μέτρα Ποιότητας Ζωής (QOL) ήταν η Λειτουργική αξιολόγηση της Θεραπείας του Καρκίνου (FACT-G), των Πέντε Διαστάσεων EuroQol (EQ-5D) και του Brief Pain Inventory (BPI). Τα μέτρα για τη σεξουαλική υγεία ήταν ο δείκτης γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI) και η κλίμακα σεξουαλικής προσαρμογής και κλίμακας σώματος για τον γυναικολογικό καρκίνο (SABIS-G).

**Αποτελέσματα** Χρησιμοποιήθηκαν 468 ασθενείς (λαπαροτομία = 92, λαπαροσκόπηση = 152, ρομποτική = 224). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της λαπαροσκοπικής και των ρομποτικών ομάδων για οποιοδήποτε PRO ( $P > 0.05$ ). Στη βραχυχρόνια παρακολούθηση, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ελάχιστης επιθετικότητας (ρομποτική ή λαπαροσκοπική) είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες FACT-G ( $P < 0,0001$ ) και EQ-5D ( $P < 0,0001$ ), με μικρότερο πόνο ( $P =$  βελτιωμένη παρεμβολή πόνου ( $P = 0,0008$ ), σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροτομία. Κατά τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, παρατηρήθηκαν σταθερές βελτιώσεις στην οπτική αναλογική κλίμακα FACT-G ( $P = 0,035$ ) και στην κατάσταση της υγείας EQ-5D ( $P = 0,022$ ). Η χειρουργική προσέγγιση δεν είχε καμία επίδραση στη σεξουαλική υγεία ( $P > 0,05$ ). Ωστόσο, η μέση βαθμολογία FSFI για ολόκληρη την ομάδα εμφάνισε κλινικές αποκοπές για σεξουαλική λειτουργία.



**Συμπέρασμα** Οι ελάχιστα επεμβατικές προσεγγίσεις οδηγούν σε βελτίωση του QOL πέρα από τη βραχυχρόνια μετεγχειρητική περίοδο , με οφέλη σημειωμένα έως και 12 εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό το παρατεταμένο πλεονέκτημα του QOL παρέχει περαιτέρω στοιχεία ότι η MIS πρέπει να είναι η τυπική χειρουργική προσέγγιση για τις γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου σε πρώιμο στάδιο.

### **11. Endometrial cancer: Not your grandmothers' cancer. (2016)**

Jessica N. McAlpine MD, Sarah M. Temkin MD, Helen J. Mackay MBChB, MD,MRCP.

#### **Abstract**

Worldwide, the incidence of endometrial carcinoma (EC) is rapidly increasing, and the highest disease burden is reported in North America and Western Europe. Although the prognosis remains good for patients with are diagnosed with early stage EC, for those with recurrent or metastatic disease, the options are few, and the median overall survival is short. It is imperative to gain a greater understanding of all aspects of EC, limit its effect on scarce health care resources and, more importantly, prevent this cancer from significantly impacting future generations of women. An exciting new era of endometrial cancer research and clinical management has begun that incorporates biologically and clinically relevant genomic and clinicopathologic parameters. Continued collaborative research efforts and funding are essential if we are to advance our understanding of this disease and improve clinical outcomes.

**Καρκίνος του ενδομητρίου: Δεν είναι ο καρκίνος της γιαγιάς σου.**

### **Περίληψη**

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η συχνότητα εμφάνισης ενδομητριακού καρκινώματος (ΕΚ) αυξάνεται ραγδαία και η μεγαλύτερη επιβάρυνση της νόσου αναφέρεται στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη. Παρόλο που η πρόγνωση παραμένει καλή για τους ασθενείς με διαγνωσμένο ΕΚ πρώιμης φάσης, για εκείνους με υποτροπιάζουσα ή μεταστατική νόσο, οι πιθανότητες είναι ελάχιστες και η μέση συνολική επιβίωση είναι μικρή. Είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοήσουμε καλύτερα όλες τις πτυχές του ΕΚ, να περιορίσουμε την επίδρασή του στους σπάνιους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης και, κυρίως, να εμποδίσουμε τον καρκίνο αυτό να επηρεάσει σημαντικά τις μελλοντικές γενιές γυναικών. Μια συναρπαστική νέα εποχή της έρευνας για τον καρκίνο του ενδομητρίου και της κλινικής διαχείρισης άρχισε να ενσωματώνει βιολογικές και κλινικά σημαντικές γονιδιακές και κλινικοπαθολογικές παραμέτρους. Οι συνεχείς ερευνητικές προσπάθειες και η χρηματοδότηση της έρευνας είναι απαραίτητες προκειμένου να προωθήσουμε την κατανόηση της νόσου και να βελτιώσουμε τα κλινικά αποτελέσματα.

## **12. Changes in Surgical Volume and Outcomes Over Time for Women Undergoing Hysterectomy for Endometrial Cancer. (2018)**

Wright J., Ruiz M. et al.

### **Abstract**

**Objective** To examine changes over time in surgeon and hospital procedural volume for hysterectomy for endometrial cancer and explore the association between changes in volume and perioperative outcomes.

**Methods** We used the Statewide Planning and Research Cooperative System database to analyze women who underwent abdominal or minimally invasive hysterectomy from 2000 to 2014. Annualized surgeon and hospital volume was estimated. The association between surgeon and hospital volume and perioperative

morbidity, mortality, and resource utilization (transfusion, length of stay, hospital charges) was estimated by modeling procedural volume as a continuous and categorical variable.

**Results** A total of 44,558 women treated at 218 hospitals were identified. The number of surgeons performing cases each year decreased from 845 surgeons with 2,595 patients (mean cases=3) in 2000 to 317 surgeons who operated on 3,119 patients (mean cases=10) ( $P<.001$ ) in 2014, whereas the mean hospital volume rose from 14 to 32 cases over the same time period ( $P=.29$ ). When stratified by surgeon volume quartiles, the morbidity rate was 14.6% among the lowest volume surgeons, 20.8% for medium–low, 15.7% for medium–high, and 14.1% for high-volume surgeons ( $P<.001$ ). In multivariable models in which volume was modeled as a continuous variable, there was no association between surgeon volume and the rate of complications, whereas excessive total charges were lowest and perioperative mortality highest for the high-volume surgeons ( $P<.001$  for both).

**Conclusion** Care of women with endometrial cancer has been concentrated to a smaller number of surgeons and hospitals. The association between surgeon and hospital volume for endometrial cancer is complex with an increased risk of adverse outcomes among medium-volume hospitals and surgeons but the lowest complication rates for the highest volume surgeons and centers.

**Αλλαγές στον χειρουργικό όγκο και τα αποτελέσματα με την πάροδο του χρόνου, για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε υστερεκτομή για τον καρκίνο του ενδομητρίου.**

### **Περίληψη**

**Σκοπός** Να εξεταστούν οι μεταβολές με την πάροδο του χρόνου στον χειρουργικό και τον νοσοκομειακό όγκο για την υστερεκτομή στον καρκίνο του ενδομητρίου και να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ μεταβολών του όγκου αυτού και των περιεγχειρητικών αποτελεσμάτων.

**Μέθοδοι** Χρησιμοποιήσαμε τη βάση δεδομένων του Κρατικού Σχεδιασμού και Ερευνητικού Συνεργατικού Συστήματος για να αναλύσουμε τις γυναίκες που

υποβλήθηκαν σε κοιλιακή ή ελάχιστα επεμβατική υστερεκτομή από το 2000 έως το 2014. Εκτιμήθηκε ο ετήσιος χειρουργικός και νοσοκομειακός όγκος. Η συσχέτιση μεταξύ του χειρουργικού και του νοσοκομειακού όγκου και της περιεγχειρητικής νοσηρότητας, θνησιμότητας και χρήσης πόρων (μετάγγιση, διάρκεια διαμονής, έξοδα νοσηλείας) εκτιμήθηκε με τη μοντελοποίηση του όγκου της επέμβασης αυτής ως συνεχής και κατηγορηματική μεταβλητή.

**Αποτελέσματα** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 44.558 γυναίκες που έλαβαν θεραπεία σε 218 νοσοκομεία. Ο αριθμός των χειρουργών που εκτελούν επεμβάσεις κάθε χρόνο μειώθηκε από 845 χειρουργούς με 2.595 ασθενείς (μέσες περιπτώσεις = 3), το 2000 σε 317 χειρουργούς που λειτουργούσαν σε 3.119 ασθενείς (μέσες περιπτώσεις = 10) ( $P < .001$ ) το 2014, ο όγκος αυξήθηκε από 14 σε 32 περιπτώσεις κατά την ίδια χρονική περίοδο ( $P = 0,29$ ). Όταν στρωματοποιήθηκαν ανά τεταρτημόρια όγκου χειρουργού, ο ρυθμός νοσηρότητας ήταν 14,6% μεταξύ των χειρουργών χαμηλότερου όγκου, 20,8% για μεσαία-χαμηλά, 15,7% για μεσαίου ύψους και 14,1% για χειρουργούς μεγάλου όγκου ( $P < .001$ ). Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα όπου ο όγκος μοντελοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή, δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του όγκου του χειρουργού και του αριθμού των επιπλοκών, ενώ τα υπερβολικά συνολικά φορτία ήταν χαμηλότερα και η μέγιστη περιεγχειρητική θνησιμότητα ήταν υψηλότερη για τους χειρουργούς μεγάλου όγκου ( $P < .001$  και για τα δυο).

**Συμπέρασμα** Η φροντίδα των γυναικών με καρκίνο του ενδομητρίου έχει συγκεντρωθεί σε μικρότερο αριθμό χειρουργών και νοσοκομείων. Η συσχέτιση μεταξύ του όγκου του χειρουργού και του νοσοκομείου για τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι πολύπλοκη, με αυξημένο τον κίνδυνο ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων μεταξύ των νοσοκομείων μεσαίου όγκου και των χειρουργών, αλλά τα χαμηλότερα ποσοστά επιπλοκών για τους χειρουργούς και κέντρα μεγαλύτερου όγκου.

### **13. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk. An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. (2017)**

Jordan S. J. MBBS, PhD; Johnatty Sh. E. et al.

#### **Abstract**

**Objective** To investigate the association between breastfeeding and endometrial cancer risk using pooled data from 17 studies participating in the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium.

**Methods** We conducted a meta-analysis with individual-level data from three cohort and 14 case-control studies. Study-specific odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) were estimated for the association between breastfeeding and risk of endometrial cancer using multivariable logistic regression and pooled using random-effects meta-analysis. We investigated between-study heterogeneity with  $I^2$  and  $Q$  statistics and metaregression.

**Results** After excluding nulliparous women, the analyses included 8,981 women with endometrial cancer and 17,241 women in a control group. Ever breastfeeding was associated with an 11% reduction in risk of endometrial cancer (pooled OR 0.89, 95% CI 0.81–0.98). Longer average duration of breastfeeding per child was associated with lower risk of endometrial cancer, although there appeared to be some leveling of this effect beyond 6–9 months. The association with ever breastfeeding was not explained by greater parity and did not vary notably by body mass index or histologic subtype (grouped as endometrioid and mucinous compared with serous and clear cell).

**Conclusion** Our findings suggest that reducing endometrial cancer risk can be added to the list of maternal benefits associated with breastfeeding. Ongoing promotion, support, and facilitation of this safe and beneficial behavior might therefore contribute to the prevention of this increasingly common cancer.

## **Ο παράγοντας του θηλασμού στον καρκίνο της μήτρας.**

### **Περίληψη**

**Σκοπός** Διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του κινδύνου για τον θηλασμό και τον καρκίνο του ενδομητρίου χρησιμοποιώντας συγκεντρωτικά δεδομένα από 17 μελέτες που συμμετέχουν στην Κοινοπραξία Επιδημιολογίας του Καρκίνου του Ενδομητρίου .

**Μέθοδοι** Διεξήγαμε μια μετα-ανάλυση με στοιχεία ατομικού επιπέδου από τρεις μελέτες κούρτης και 14 μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Για τη συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και τον κίνδυνο ενδομήτριου καρκίνου εκτιμήθηκαν οι αναλογίες μελέτης-ειδικών πιθανοτήτων (OR) και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Π), χρησιμοποιώντας πολυμεταβλητές λογιστικής παλινδρόμησης, και συνενώθηκαν χρησιμοποιώντας τυχαίας δράσης μετα-ανάλυση. Ερευνήσαμε την ετερογένεια μεταξύ των μελετών με τις στατιστικές I<sup>2</sup> και Q καθώς και τη μεταγραφική καταγραφή.

**Αποτελέσματα** Μετά την αφαίρεση των γυναικών που δεν έπασχαν από άπνοια, οι αναλύσεις περιλάμβαναν 8.981 γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου και 17.241 γυναίκες σε ομάδα ελέγχου. Ο θηλασμός σχετίζεται με μια μείωση 11% σε κίνδυνο ενδομήτριου καρκίνου (ομαδοποιήθηκαν OR 0,89, 95% CI 0,81 - 0,98). Μεγαλύτερη μέση διάρκεια του θηλασμού ανά παιδί σχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου, αν και φαίνεται να υπάρχει κάποια ισοπέδωση αυτού του αποτελέσματος πέρα από τους 6-9 μήνες. Η συσχέτιση με τον θηλασμό δεν επεξηγήθηκε με μεγαλύτερη ισορροπία και δεν διέφερε σημαντικά από τον δείκτη μάζας σώματος ή τον ιστολογικό υπότυπο (ομαδοποιημένος ως ενδομητροειδής και βλεννώδης σε σύγκριση με ορό και καθαρό κύτταρο).

**Συμπέρασμα** Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι στους παράγοντες μείωσης του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου μπορούν να προστεθούν και μητρικές πράξεις που σχετίζονται με τον θηλασμό. Η συνεχής προώθηση, υποστήριξη και διευκόλυνση αυτής της ασφαλούς και ευεργετικής πράξης του θηλασμού, θα μπορούσε να συμβάλει στην πρόληψη αυτού του ολοένα και συχνότερου τύπου καρκίνου.

## **14. Classification of endometrial carcinoma: more than two types. (2014)**

Murali R., Soslow R., Weigelt B.

### **Abstract**

Endometrial cancer is the most common gynaecological malignancy in Europe and North America. Traditional classification of endometrial carcinoma is based either on clinical and endocrine features (eg, types I and II) or on histopathological characteristics (eg, endometrioid, serous, or clear-cell adenocarcinoma). Subtypes defined by the different classification systems correlate to some extent, but there is substantial heterogeneity in biological, pathological, and molecular features within tumour types from both classification systems. In this Review we provide an overview of traditional and newer genomic classifications of endometrial cancer. We discuss how a classification system that incorporates genomic and histopathological features to define biologically and clinically relevant subsets of the disease would be useful. Such integrated classification might facilitate development of treatments tailored to specific disease subgroups and could potentially enable delivery of precision medicine to patients with endometrial cancer.

**Ταξινόμηση του καρκινώματος του ενδομητρίου: περισσότεροι από δύο τύποι.**

### **Περίληψη**

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι η πιο κοινή γυναικολογική κακοήθεια στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική. Η παραδοσιακή ταξινόμηση του καρκινώματος του ενδομητρίου βασίζεται είτε σε κλινικά και ενδοκρινικά χαρακτηριστικά (π.χ. τύποι I και II) είτε σε ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά (π.χ. αδenoκαρκίνωμα ενδομητριοειδούς, ορού ή αδenoκαρκινώματος διαφανούς κυττάρου). Οι υποτύποι που ορίζονται από τα διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης συσχετίζονται σε κάποιο βαθμό, αλλά υπάρχει σημαντική ετερογένεια στα βιολογικά, παθολογικά και μοριακά χαρακτηριστικά των τύπων όγκων και από τα δύο συστήματα ταξινόμησης. Στην παρούσα μελέτη παρέχουμε μια επισκόπηση των

παραδοσιακών και νεότερων γενωμικών ταξινομήσεων του καρκίνου του ενδομητρίου. Συζητάμε πώς θα ήταν χρήσιμο ένα σύστημα ταξινόμησης που ενσωματώνει γονιδιωματικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά για τον καθορισμό βιολογικώς και κλινικά σχετικών υποομάδων της νόσου.

## **15. Fertility preservation in gynecologic cancers. (2018)**

De Felice F. et al.

### **Abstract**

Due to substantial improvement in the diagnosis and treatment of gynaecologic cancers, a better understanding of patient care needs to be revised. We reviewed the literature related to fertility preservation strategies in gynaecological cancer and discussed current general management approaches. New technical modalities and patients' own desire for motherhood should be integral and paramount in the clinical evaluation to significantly contribute to preserving fertility in those women diagnosed with gynaecologic cancers during the reproductive years.

**Keywords:** fertility preservation, gynaecologic cancers, ovarian cancer, cervical cancer, endometrial cancer

### **Διατήρηση της γονιμότητας στους γυναικολογικούς καρκίνους**

#### **Περίληψη**

Λόγω της ουσιαστικής βελτίωσης της διάγνωσης και της θεραπείας των γυναικολογικών καρκίνων, πρέπει να αναθεωρηθεί η καλύτερη κατανόηση της περίθαλψης των ασθενών. Ανασκοπήσαμε τη βιβλιογραφία σχετικά με τις στρατηγικές διατήρησης της γονιμότητας στον γυναικολογικό καρκίνο και συζητήσαμε τις τρέχουσες προσεγγίσεις γενικής διαχείρισης. Οι νέες τεχνικές



λεπτομέρειες και η επιθυμία των ίδιων των ασθενών για μητρότητα πρέπει να είναι αναπόσπαστα και πρωταρχικά στην κλινική αξιολόγηση για να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της γονιμότητας σε εκείνες τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με γυναικολογικούς καρκίνους κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών ετών.

**Λέξεις κλειδιά:** διατήρηση της γονιμότητας, καρκίνοι του γυναικολογικού καρκίνου, καρκίνος των ωοθηκών, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, καρκίνος του ενδομητρίου

## **16. Risk of endometrial cancer in women treated with ovary-stimulating drugs for subfertility. (2017)**

Skalkidou A., Sergentanis TN. et al.

### **Abstract**

**Background** Medical treatment for subfertility principally involves the use of ovary-stimulating agents, including selective oestrogen receptor modulators (SERMs), such as clomiphene citrate, gonadotropins, gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonists and antagonists, as well as human chorionic gonadotropin. Ovary-stimulating drugs may act directly or indirectly upon the endometrium (lining of the womb). Nulliparity and some causes of subfertility are recognized as risk factors for endometrial cancer.

**Objectives** To evaluate the association between the use of ovary-stimulating drugs for the treatment of subfertility and the risk of endometrial cancer.

**Search methods** A search was performed in CENTRAL, MEDLINE (Ovid) and Embase (Ovid) databases up to July 2016, using a predefined search algorithm. A search in OpenGrey, ProQuest, ClinicalTrials.gov, ZETOC and reports of major conferences was also performed. We did not impose language and publication status restrictions.

**Selection criteria** Cohort and case-control studies reporting on the association between endometrial cancer and exposure to ovary-stimulating drugs for subfertility in adult women were deemed eligible.

**Data collection and analysis** Study characteristics and findings were extracted by review authors independently working in pairs. Inconsistency between studies was quantified by estimating I<sup>2</sup>. Random-effects (RE) models were used to calculate pooled effect estimates. Separate analyses were performed, comparing treated subfertile women versus general population and/or unexposed subfertile women, to address the superimposition of subfertility as an independent risk factor for endometrial cancer.

**Κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με ωοθηκικά φάρμακα για την υπογονιμότητα.**

### **Περίληψη**

**Ιστορικό** Η ιατρική θεραπεία για υπογονιμότητα περιλαμβάνει κυρίως τη χρήση παραγόντων διέγερσης των ωοθηκών, συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών ρυθμιστών υποδοχέα οιστρογόνων (SERMs), όπως κιτρικό κλομιφαίνιο, γοναδοτροπίνες, αγωνιστές και ανταγωνιστές ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης (GnRH), καθώς και ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη. Τα φάρμακα που διεγείρουν τα ωάρια μπορούν να δράσουν άμεσα ή έμμεσα στο ενδομήτριο (επένδυση της μήτρας). Η ανοχή και ορισμένες αιτίες υπογονιμότητας αναγνωρίζονται ως παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου.

**Στόχοι** Να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ της χρήσης φαρμάκων που διεγείρουν ωάρια για τη θεραπεία της υπογονιμότητας και του κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου.

**Μέθοδοι αναζήτησης** Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων CENTRAL, MEDLINE (Ovid) και Embase (Ovid) μέχρι τον Ιούλιο του 2016, χρησιμοποιώντας έναν προκαθορισμένο αλγόριθμο αναζήτησης. Πραγματοποιήθηκε επίσης έρευνα σε OpenGrey, ProQuest, ClinicalTrials.gov, ZETOC και σε εκθέσεις σημαντικών

διασκέψεων. Δεν επιβάλλουμε περιορισμούς στην κατάσταση της γλώσσας και της δημοσίευσης.

**Κριτήρια επιλογής** Θεωρήθηκαν επιλέξιμες οι μελέτες συσχέτισης και μελέτης περιπτώσεων που αναφέρουν τη σχέση μεταξύ του καρκίνου του ενδομητρίου και της έκθεσης σε φάρμακα που διεγείρουν ωάρια για υπογονιμότητα σε ενήλικες γυναίκες.

**Συλλογή και ανάλυση δεδομένων** Τα χαρακτηριστικά και τα ευρήματα της μελέτης εξήχθησαν από τους συγγραφείς των αναθεωρήσεων που εργάζονται ανεξάρτητα σε ζεύγη. Η ασυνέπεια μεταξύ των μελετών ποσοτικοποιήθηκε με εκτίμηση του I<sup>2</sup>. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα τυχαίων αποτελεσμάτων (RE) για τον υπολογισμό των εκτιμήσεων συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων. Διεξήχθησαν χωριστές αναλύσεις, συγκρίνοντας τις υπογονιμοθεραπευμένες γυναίκες έναντι του γενικού πληθυσμού και / ή τις μη εκτεθειμένες υπογονικές γυναίκες, για να αντιμετωπίσουν την επικάλυψη της υπογονιμότητας ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου.

## **17. Intervention for weight reduction in obesity to improve survival in women with endometrial cancer. (2018)**

Kitson S1, Ryan N, MacKintosh ML, Edmondson R, Duffy JM, Crosbie EJ.

### **Abstract**

**Background** Endometrial or womb cancer is a common cancer in women and the number of cases is rising. This is due, in part, to increasing levels of obesity, which is a major risk factor for the disease. Whilst survival following endometrial cancer is generally excellent if diagnosed early, affected women are more likely to die early due to an increased risk of heart attacks and strokes and to have poorer quality of life. This review assessed the evidence for weight-loss interventions in overweight and obese endometrial cancer survivors to determine whether they were of benefit compared with usual care.

**Study characteristics** We included three randomized controlled trials in which women were allocated at random to receive one of several interventions (treatments) and which involved 161 obese participants. The trials were conducted

in the USA and the UK. All compared lifestyle advice (diet and exercise) plus self-help techniques (to encourage adherence to the advice) with usual care. The evidence is current to January 2018.

**Key results** We found no benefit for endometrial cancer survivors from receiving lifestyle advice in terms of survival, cardiovascular events or quality of life, though such interventions were not associated with significant or serious harms to participants. They did, however, report higher rates of musculoskeletal symptoms, presumably due to increases in physical activity. Whilst some women lost weight with these interventions, others did not, meaning that overall there was little or no benefit.

**Quality of the evidence** The quality of included studies was, however, low or very low and all were small in terms of the number of participants and not designed to specifically look at the effect of their intervention on survival. Additional high-quality studies are required in this field and currently there are five ongoing trials.

**Παρεμβάσεις για την μείωση του βάρους στην παχυσαρκία με σκοπό την βελτίωση επιβίωση σε γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου.**

### **Περίληψη**

**Ιστορικό** Ο καρκίνος του ενδομητρίου ή της μήτρας είναι ένας κοινός καρκίνος στις γυναίκες και ο αριθμός των περιπτώσεων αυξάνεται. Αυτό οφείλεται, εν μέρει, στην αύξηση των επιπέδων παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την ασθένεια. Ενώ η επιβίωση μετά τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι γενικά εξαιρετική αν διαγνωστεί έγκαιρα, οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί είναι πιο πιθανό να πεθάνουν νωρίς λόγω του αυξημένου κινδύνου καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων καθώς και να έχουν φτωχή ποιότητα ζωής. Αυτή η ανασκόπηση αξιολόγησε τα αποδεικτικά στοιχεία για τις παρεμβάσεις απώλειας βάρους σε υπέρβαρους και παχύσαρκους επιζώντες καρκίνου

του ενδομητρίου για να διαπιστωθεί αν ήταν ωφέλιμες σε σύγκριση με τη συνήθη περίθαλψη.

**Χαρακτηριστικά της μελέτης** Συμπεριλάβαμε τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές στις οποίες οι γυναίκες επιλέχθηκαν τυχαία για να λάβουν μία από τις διάφορες παρεμβάσεις (θεραπείες) και οι οποίες περιλάμβαναν 161 παχύσαρκους συμμετέχοντες. Οι δοκιμές διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο. Όλες οι συμβουλές σχετικά με τον τρόπο ζωής (δίαιτα και άσκηση) και τεχνικές αυτοβοήθειας (για να ενθαρρύνετε την τήρηση των συμβουλών) με συνήθη φροντίδα. Τα στοιχεία που συμπεριλαμβάνονται είναι μέχρι τον Ιανουάριο του 2018.

**Βασικά αποτελέσματα** Δεν βρήκαμε κανένα όφελος για τους επιζήσαντες του καρκίνου του ενδομητρίου από τη λήψη συμβουλών σχετικά με τον τρόπο ζωής όσον αφορά την επιβίωση, τα καρδιαγγειακά προβλήματα ή την ποιότητα ζωής, παρόλο που οι παρεμβάσεις αυτές δεν συνδέονταν με σημαντικές ή σοβαρές βλάβες για τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά μυοσκελετικών συμπτωμάτων, πιθανώς λόγω αύξησης της σωματικής δραστηριότητας. Ενώ ορισμένες γυναίκες έχασαν βάρος με αυτές τις παρεμβάσεις, άλλες δεν το έκαναν, που σημαίνει ότι συνολικά δεν υπήρχε μεγάλο ή κανένα όφελος.

**Ποιότητα των στοιχείων** Η ποιότητα των μελετών ήταν, ωστόσο, χαμηλή ή πολύ χαμηλή και όλα ήταν μικρά όσον αφορά τον αριθμό των συμμετεχόντων και δεν είχαν σχεδιαστεί για να εξετάσουν ειδικά το αποτέλεσμα της παρέμβασής τους στην επιβίωση. Απαιτούνται επιπρόσθετες μελέτες υψηλής ποιότητας στον τομέα αυτό και επί του παρόντος υπάρχουν πέντε συνεχείς δοκιμές.

## **18. Family history and risk of endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. (2015)**

Win AK, Reece JC, Ryan S.

### **Abstract**

**Objective** To obtain precise estimates of endometrial cancer risk associated with a family history of endometrial cancer or cancers at other sites.

**Data sources** For the systematic review, we used PubMed to search for all relevant studies on family history and endometrial cancer that were published before December 2013. Medical Subject Heading terms “endometrial neoplasm” and “uterine neoplasm” were used in combination with one of the key phrases “family history,” “first-degree,” “familial risk,” “aggregation,” or “relatedness.”

**Methods of study selection** Studies were included if they were case–control or cohort studies that investigated the association between a family history of cancer specified to site and endometrial cancer. Studies were excluded if they were review or editorial articles or not translated into English or did not define family history clearly or used spouses as control participants.

**Tabulation, Integration and Results** We included 16 studies containing 3,871 women as cases and 49,475 women as controls from 10 case–control studies and 33,510 women as cases from six cohort studies. We conducted meta-analyses to estimate the pooled relative risk (95% confidence interval [CI]) of endometrial cancer associated with a first-degree family history of endometrial, colorectal, breast, ovarian, and cervical cancer to be: 1.82 (1.65–1.98), 1.17 (1.03–1.31), 0.96 (0.88–1.04), 1.13 (0.85–1.41), and 1.19 (0.83–1.55), respectively. We estimated cumulative risk of endometrial cancer to age 70 years to be 3.1% (95% CI 2.8–3.4) for women with a first-degree relative with endometrial cancer and the population-attributable risk to be 3.5% (95% CI 2.8–4.2).

**Conclusion** Women with a first-degree family history of endometrial cancer or colorectal cancer have a higher risk of developing endometrial cancer than those without a family history. This study is likely to be of clinical relevance to inform women of their risk of endometrial cancer.

## **Οικογενειακό ιστορικό και κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου. Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.**

### **Περίληψη**

**Σκοπός** Να ληφθούν ακριβείς εκτιμήσεις του κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου που σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή καρκίνων σε άλλες περιοχές.

**Πηγές δεδομένων** Για τη συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιήσαμε το PubMed για να αναζητήσουμε όλες τις σχετικές μελέτες για το οικογενειακό ιστορικό και τον καρκίνο του ενδομητρίου που δημοσιεύθηκαν πριν από τον Δεκέμβριο του 2013. Ιατρικός όρος Χρησιμοποιήθηκαν οι όροι "ενδομήτριο νεόπλασμα" και "μήτρα νεοπλασματος" σε συνδυασμό με έναν από τους οι βασικές φράσεις "οικογενειακό ιστορικό", "πρώτου βαθμού", "οικογενειακός κίνδυνος", "συσσωμάτωση" ή "συγγένεια".

**Μέθοδος επιλογής των μελετών** Συμπεριλήφθηκαν μελέτες αν ήταν μελέτες περιπτώσεων ελέγχου ή κοόρτης που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ενός οικογενειακού ιστορικού καρκίνου που προσδιορίστηκε στην περιοχή και του καρκίνου του ενδομητρίου. Οι μελέτες αποκλείστηκαν εάν ήταν αναθεωρημένες ή συντακτικά άρθρα ή δεν μεταφράστηκαν στα αγγλικά ή δεν καθόριζαν τον οικογενειακό ιστορικό σαφώς ή χρησιμοποιούσαν συζύγους ως συμμετέχοντες ελέγχου.

**Πίνακας, ενσωμάτωση και αποτελέσματα** Συμπεριλάμβαναν 16 μελέτες που περιείχαν 3.871 γυναίκες ως περιπτώσεις και 49.475 γυναίκες ως έλεγχοι από 10 μελέτες περιπτώσεων ελέγχου και 33.510 γυναίκες ως περιπτώσεις από έξι μελέτες κοόρτης. Διεξήχθησαν μετα-αναλύσεις για να εκτιμηθεί ο συνδυασμένος σχετικός κίνδυνος (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]) του καρκίνου του ενδομητρίου που σχετίζεται με ένα οικογενειακό ιστορικό πρώτου βαθμού καρκίνου του ενδομητρίου, του παχέος εντέρου, του μαστού, των ωοθηκών και του τραχήλου της μήτρας: 1,82 (1,98), 1,17 (1,03-1,31), 0,96 (0,88-1,04), 1,13 (0,85-1,41) και 1,19 (0,83-1,55), αντίστοιχα. Υπολογίσαμε τον σφαιρικό κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου ηλικίας 70 ετών να είναι 3,1% (95% CI 2,8-3,4) για τις γυναίκες με

συγγένεια πρώτου βαθμού με καρκίνο του ενδομητρίου και ο κίνδυνος που οφείλεται στον πληθυσμό να είναι 3,5% (95% 4.2).

**Συμπέρασμα** Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό πρώτου βαθμού καρκίνου του ενδομητρίου ή καρκίνου του παχέος εντέρου έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του ενδομητρίου από όσους δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό. Η μελέτη αυτή είναι πιθανό να έχει κλινική σημασία για την ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου.

## **19. Dietary Fiber Intake and Endometrial Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. (2018)**

Chen K., Zhao Q. Li X. et al.

### **Abstract**

Epidemiological studies are inconclusive regarding the association between dietary fiber intake and endometrial cancer risk. Thus, we aimed to conduct a meta-analysis to clarify the association between dietary fiber and endometrial cancer risk. We searched the PubMed and ISI Web databases for relevant studies through March 2018. The association between dietary fiber and endometrial cancer risk was evaluated by conducting a meta-analysis including 3 cohort and 12 case-control studies. A significant negative association was observed between total dietary fiber intake and endometrial cancer risk in 11 case-control studies (odds ratios (OR) 0.76, 95% confidence interval (CI): 0.64–0.89,  $I^2 = 35.2%$ ,  $p = 0.117$ ), but a marginal positive association was observed in three cohort studies (relative risk (RR) 1.22, 95% CI: 1.00–1.49,  $I^2 = 0.0%$ ,  $p = 0.995$ ). Particularly, a negative association was observed in North America (OR = 0.70, 95% CI: 0.59–0.83,  $I^2 = 8.9%$ ,  $p = 0.362$ ). In addition, a positive association was observed in cereal fiber (RR = 1.26, 95% CI: 1.03–1.52,  $I^2 = 0.0%$ ,  $p = 0.530$ , 3 cohort studies) and a negative association was observed in vegetable fiber (OR = 0.74, 95% CI: 0.58–0.94,  $I^2 = 0.0%$ ,  $p = 0.445$ , 3 case-control studies). In conclusion, negative associations with endometrial cancer risk were observed for higher total dietary fiber intake and higher vegetable fiber



intake in the case-control studies. However, results from the cohort studies suggested positive relationships of higher total fiber intake and higher cereal fiber intake with endometrial cancer risk.

**Keywords:** endometrial cancer, dietary fiber, meta-analysis, systematic review

**Η πρόσληψη ινών μέσω της διατροφής και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου: Συστηματική αναθεώρηση και μετα-ανάλυση.( 2018)**

### Περίληψη

Οι επιδημιολογικές μελέτες είναι ασαφείς όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης διαιτητικών ινών και του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου. Έτσι, επιδιώξαμε να διεξαγάγουμε μια μετα-ανάλυση για να αποσαφηνίσουμε τη συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου διατροφικής ίνας και του καρκίνου του ενδομητρίου. Ερευνήσαμε τις βάσεις δεδομένων PubMed και ISI Web για σχετικές μελέτες μέχρι το Μάρτιο του 2018. Η συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου διατροφικών ινών και του καρκίνου του ενδομητρίου αξιολογήθηκε με τη διεξαγωγή μετα-ανάλυσης που περιλάμβανε 3 μελέτες κοόρτης και 12 μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Μια σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ συνολικής πρόσληψης διαιτητικών ινών και κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου σε 11 μελέτες ελέγχου περίπτωσης(αναλογίες πιθανοτήτων (OR) 0,76, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 0,64 - 0,89,  $I^2 = 35,2\%$ ,  $p = 0,117$ ), αλλά μια περιθωριακή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε σε τρεις μελέτες κοόρτης [σχετικός κίνδυνος (RR) 1.22, 95% CI: 1,00 - 1,49,  $I^2 = 0,0\%$ ,  $p = 0,995$ ]. Ιδιαίτερω, μια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε στη Βόρεια Αμερική (OR = 0.70, 95% CI: 0,59 - 0,83,  $I^2 = 8,9\%$ ,  $p = 0,362$ ). Επιπλέον, μία θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε σε φυτικές ίνες δημητριακών (RR = 1,26, 95% CI: 1,03 - 1,52,  $I^2 = 0,0\%$ ,  $p = 0,530$ , 3 μελέτες ομάδων) και μια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε σε φυτικές ίνες (OR = 0,74, 95% CI: 0,58 - 0,94,  $I^2 = 0,0\%$ ,  $p = 0,445$ , 3 μελέτες ελέγχου περιπτώσεων). Συμπερασματικά,

παρατηρήθηκαν αρνητικές συσχετίσεις με κίνδυνο τον καρκίνου του ενδομητρίου για υψηλότερη συνολική πρόσληψη φυτικών ινών και υψηλότερη πρόσληψη φυτικών ινών στις μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από τις μελέτες κοόρτης υποδηλώνουν θετικές σχέσεις υψηλότερης συνολικής πρόσληψης ινών και υψηλότερης πρόσληψης ινών από δημητριακά με κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου.

**Λέξεις-κλειδιά:** καρκίνος του ενδομητρίου, διαιτητικές ίνες, μετα-ανάλυση, συστηματική ανασκόπηση

## **20. Molecular profiles of benign and (pre)malignant endometrial lesions. (2017)**

Van der Putten et al.

### **Abstract**

Endometrial carcinomas are histologically classified as endometrioid, assumed to originate from hyperplastic endometrium, or non-endometrioid carcinomas, assumed to originate from atrophic endometrium. However, both on a histological and a molecular level there are indications that there are more carcinoma types and carcinogenetic pathways. This study aims to analyze endometrial carcinogenesis on a molecular level. The presence of known KRAS, PIK3CA, AKT1, CTNNB1, BRAF, EGFR and NRAS mutations was studied in proliferative, atrophic and hyperplastic endometrium, endometrioid and serous carcinomas, and the endometrium next to these carcinomas, using single molecule Molecular Inversion Probes. Mutations were found in 9 (15%) of the 62 non atypical, and in 6 (18%) of the 34 atypical hyperplasia cases. In comparison, mutations were found in 1 (3%) of the simple, and 8 (30%) of the 27 complex hyperplasia cases. In 12/22 (55%) endometrioid carcinomas, a mutation was found. The KRAS gene was most often mutated in carcinomas next to hyperplastic endometrium, whereas PIK3CA and CTNNB1 mutations were found in endometrioid carcinomas with adjacent atrophic endometrium. Complex hyperplasia rather than atypical hyperplasia appears to be the most important lesion in the carcinogenesis of endometrioid carcinomas, and KRAS, PIK3CA and CTNNB1 mutations appear to play an important role in this

process. Carcinogenesis of endometrioid carcinomas next to hyperplasia seems to be different to that of those next to atrophia. The value of these findings in managing endometrial hyperplasia and carcinoma should be studied.

### **Μοριακά προφίλ καλοηθών και (προ) κακοήθων ενδομήτριων βλαβών.**

#### **Περίληψη**

Τα καρκινώματα του ενδομητρίου ταξινομούνται ιστολογικά ως ενδομητριοειδή, υποτίθεται ότι προέρχονται από υπερπλαστικό ενδομήτριο ή μη ενδομητριοειδή καρκινώματα, που θεωρείται ότι προέρχονται από ατροφικό ενδομήτριο. Ωστόσο, τόσο σε ιστολογικό όσο και σε μοριακό επίπεδο υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχουν περισσότεροι τύποι καρκίνου και καρκινογενετικές οδούς. Αυτή η μελέτη στοχεύει στην ανάλυση της καρκινογένεσης του ενδομητρίου σε μοριακό επίπεδο. Η παρουσία γνωστών μεταλλάξεων KRAS, PIK3CA, AKT1, CTNNB1, BRAF, EGFR και NRAS μελετήθηκε σε πολλαπλασιαστικά, ατροφικά και υπερπλαστικά ενδομητρίου, ενδομητριοειδή και σεροειδή καρκινώματα και το ενδομήτριο δίπλα σε αυτά τα καρκινώματα, με τη χρήση μονού μοριακού μορίου αντισωμάτων ανίχνευσης. Μεταλλάξεις βρέθηκαν σε 9 (15%) από τα 62 μη τυπικά και σε 6 (18%) από τις 34 περιπτώσεις άτυπης υπερπλασίας. Σε σύγκριση, βρέθηκαν μεταλλάξεις σε 1 (3%) από τις απλές και 8 (30%) από τις 27 σύνθετες περιπτώσεις υπερπλασίας. Σε 12/22 (55%) καρκινώματα ενδομητριοειδούς, βρέθηκε μια μετάλλαξη. Το γονίδιο KRAS μεταλλάχθηκε συχνότερα σε καρκινώματα δίπλα στο υπερπλαστικό ενδομήτριο, ενώ οι μεταλλάξεις PIK3CA και CTNNB1 βρέθηκαν σε ενδομητριοειδή καρκινώματα με γειτονικό ατροφικό ενδομήτριο. Η σύνθετη υπερπλασία και όχι η άτυπη υπερπλασία φαίνεται να είναι η πιο σημαντική βλάβη στην καρκινογένεση των ενδομητριοειδών καρκινωμάτων και οι μεταλλάξεις KRAS, PIK3CA και CTNNB1 φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Η καρκινογένεση των ενδομητριοειδών καρκινωμάτων δίπλα στην υπερπλασία φαίνεται να είναι διαφορετική από εκείνη εκείνων που βρίσκονται δίπλα στην ατροφία. Η αξία αυτών των ευρημάτων στη διαχείριση της υπερπλασίας του ενδομητρίου και του καρκίνου πρέπει να μελετηθεί.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γνωστό πως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη η επιστήμη καθημερινά είναι ο καρκίνος και οι επιπτώσεις του αυξάνονται συνεχώς. Μελετώντας συγκεκριμένα τον καρκίνο της μήτρας και φαίνεται πως είναι ένας από τους συχνότερους τύπους καρκίνου που όμως στα πρώιμα στάδια του μπορεί να εξαλειφθεί. Παρατηρούμε ότι ενώ η νόσος εμφανιζόταν συνήθως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες χωρίς παιδιά, τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες νέες γυναίκες νοσούν. Κάποιοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου είναι η παχυσαρκία, η χρήση ορμονικής θεραπείας με οιστρογόνα, η ατοκία, η υπογονιμότητα και το οικογενειακό ιστορικό. Παρά το γεγονός της αυξημένης εμφάνισης του συγκεκριμένου καρκίνου, η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι εφικτή και το προσδόκιμο ζωής αρκετά αυξημένο. Παρόλα αυτά πάντα υπάρχουν και οι περιπτώσεις τελικού σταδίου ή διαφόρων ανωμαλιών της νόσου όπου δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για την ολική θεραπεία τους. Έρευνες γίνονται καθημερινά με σκοπό την αναζήτηση τρόπων ανίχνευσης της νόσου όσο το δυνατόν πιο σύντομα, τρόπους μείωσης των παραγόντων που αυξάνουν την νόσο, την κατανόηση της καλύτερης ποιότητας ζωής των επιζώντων, καθώς μελέτες αναζητούν νέες δυνατότητες για τις γυναίκες να διατηρήσουν την σεξουαλική τους δραστηριότητα και για τις άτοκες γυναίκες να διατηρήσουν την γεννητική τους δραστηριότητα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Diaz-Montes T. P., 2010. *Patients' Guide to Uterine Cancer*. Jones and Bartlett Publishers.
- Dr. West C., 2008. *Μάθετε για την Υστερεκτομία & τις Εναλλακτικές Λύσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Henke-Yarbro C., Wujcik D., Holmes-Gobel B., 2011. *Cancer Nursing. Principle & Practice*. Jones & Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts.
- LeMone P., Burke K., Bauldoff G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενή*. 5<sup>η</sup> Έκδοση. Β' Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- McCarthy A., Hunter B., 2009. *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Platzer W., Fritsch H., Kühnel W., Kahle W. & Frotscher M., 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας*. Κύπρος: Broken Hill & Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Rajaram S., Chitrathara K., Maheshwari A., 2015. *Uterine Cancer: Diagnosis and Treatment*. Springer. India.
- Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι.Ν., 2003. *Πρόληψη στην γυναικολογική ογκολογία*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: University Studio Press.
- Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι. (2006). *Σύγχρονες εξελίξεις*
- Αραβανίτου. Ι, (2002). *Παθολογία της γυναίκας*. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου.
- Ιατράκης Γ.Μ., 2009. Βιβλίο Γυναικολογίας-Μαιευτικής. Αθήνα: Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ.
- Καλογερόπουλος Α. Π., 2012. *ΕΠΙΤΟΜΗ Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Κουμαντάκης Ε., 2009. *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Παπαθανασίου Κ., 2002. *Γυναικολογική Ογκολογία*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: University Studio Press.
- *στην πρόληψη του γυναικολογικού Καρκίνου*. Εκδόσεις University studio press.
- Χαρατσή- Γιωτάκη Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα.

## ΑΡΘΡΑ

- Anon., 2018. Cervical Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version. NIH National Cancer Institute.
- Braun M., Overbeek-Wager E., Grumbo R., 2016. Diagnosis and management of endometrial cancer. *American Family Physician*, 93(6), p.468-474. Available at: <https://www.aafp.org/afp/2016/0315/p468.html> [Έγινε πρόσβαση στις 10 Οκτώβρη 2019]
- Cook O., McIntyre M., Recoche K., Lee S., 2017. Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(8), p.2087-2112. Available at: [https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/08000/Experiences\\_of\\_gynecological\\_cancer\\_patients.15.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/08000/Experiences_of_gynecological_cancer_patients.15.aspx) [Έγινε πρόσβαση στη 1 Οκτώβρη 2019]
- De Felice F. et al., 2018. Fertility preservation in gynaecologic cancers. *E-cancer Medical Science*, v.12, p.798. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5804712/> [Έγινε πρόσβαση στις 7 Οκτώβρη 2019]
- Ferguson, S. E., Panzarella, T., et al., (2018). Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. *Gynecologic Oncology*, 149(3), 476–483. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825818308369> [Έγινε πρόσβαση στις 13 Οκτώβρη 2019]
- Gao H., Xiao M, Bai H., Zhang Z., 2017. Sexual Function and Quality of Life Among Patients With Endometrial Cancer After Surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(3), p.608-612. Available at: <https://ijgc.bmj.com/content/27/3/608> [Έγινε πρόσβαση στις 5 Οκτώβρη 2019]
- Jessica N. McAlpine MD, Sarah M. Temkin MD, Helen J. Mackay MBChB, MD,MRCP, 2016. Endometrial cancer: Not your grandmother’s cancer. *Wiley Online Library*, 122(18). Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30094> [Έγινε πρόσβαση στις 3 Οκτώβρη 2019]

- Jordan S.J. et al., 2017. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk; An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), p.1059-1067. Available at: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2017/06000/Breastfeeding\\_and\\_Endometrial\\_Cancer\\_Risk\\_An.16.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2017/06000/Breastfeeding_and_Endometrial_Cancer_Risk_An.16.aspx) [Έγινε πρόσβαση στις 7 Οκτώβρη 2019]
- Kitson S., Ryan N., MacKintosh M., Edmondson R., Duffy J., 2018. Interventions for weight reduction in obesity to improve survival in women with endometrial cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012513.pub2/full> [Έγινε πρόσβαση στις 7 Οκτώβρη 2019]
- Lee, Y. C., Lheureux, S., & Oza, A. M. (2017). Treatment strategies for endometrial cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(1), 47–58. Available at: [https://journals.lww.com/co-obgyn/Abstract/2017/02000/Treatment\\_strategies\\_for\\_endometrial\\_cancer\\_9.aspx](https://journals.lww.com/co-obgyn/Abstract/2017/02000/Treatment_strategies_for_endometrial_cancer_9.aspx) [Έγινε πρόσβαση στις 10 Οκτώβρη 2019]
- Morice, P., Leary, A., Creutzberg, C., Abu-Rustum, N., & Darai, E. (2016). Endometrial cancer. *The Lancet*, 387(10023), 1094–1108. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615001300> [Έγινε πρόσβαση στις 10 Οκτώβρη 2019]
- Murali, R., Soslow, R. A., & Weigelt, B. (2014). Classification of endometrial carcinoma: more than two types. *The Lancet Oncology*, 15(7), e268–e278. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(13\)70591-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(13)70591-6/fulltext) [Έγινε πρόσβαση στις 12 Οκτώβρη 2019]
- Sekse RJ, Hufthammer KO, Vika ME., 2015. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynecological cancers: a cross-sectional study. *PMC Wiley- Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), p.546-555. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339873/> [Έγινε πρόσβαση στις 3 Οκτώβρη 2019]
- Skalkidou A., et al., 2017. Risk of endometrial cancer in women treated with ovary-stimulating drugs for subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464291/pdf/CD010931.pdf> [Έγινε πρόσβαση στις 7 Οκτώβρη 2019]

- Valu M.V., Toma O., 2017. Endometrial cancer. A review and evaluation of risk factors.
- Win, A. K., Reece, J. C., & Ryan, S. (2015). Family History and Risk of Endometrial Cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 89–98. Available at: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/01000/Family\\_History\\_and\\_Risk\\_of\\_Endometrial\\_Cancer\\_A.16.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/01000/Family_History_and_Risk_of_Endometrial_Cancer_A.16.aspx) [Έγινε πρόσβαση στις 8 Οκτώβρη 2019]
- Wright, Jason D. et al., 2018. Changes in Surgical Volume and Outcomes Over Time for Women Undergoing Hysterectomy for Endometrial Cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 123(1), p.59-69. Available at: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/07000/Changes\\_in\\_Surgical\\_Volume\\_and\\_Outcomes\\_Over\\_Time.11.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/07000/Changes_in_Surgical_Volume_and_Outcomes_Over_Time.11.aspx) [Έγινε πρόσβαση στις 5 Οκτώβρη 2019]
- Yvette C. Terrie, 2017. Gynecologic Cancers: What Every Woman Should Know. *U.S. Pharmacist*. Medscape, 42(9). [internet] Available at: [https://www.medscape.com/viewarticle/888950\\_1](https://www.medscape.com/viewarticle/888950_1) [Έγινε πρόσβαση στις 17 Ιουνίου 2019]
- Zhao J., Lyu C., Gao J., et l., 2016. Dietary fat intake and endometrial cancer risk. A dose response meta-analysis. *Medicine*, 95(27), e4121. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5058849/> [Έγινε πρόσβαση στις 5 Οκτώβρη 2019]
- Κοντομανώλης Ε.Ν., Λυμπέρης Β., 2009. Υπερηχοϋστερογράφημα (SHG). *Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας*, τ-1. Διαθέσιμο από: [http://www.iatrikionline.gr/8emata\\_1\\_2009/06.pdf](http://www.iatrikionline.gr/8emata_1_2009/06.pdf) [Έγινε πρόσβαση στις 9 Οκτώβρη 2019.
- Κωνσταντινίδης Θ.Ι., Φιλαλήθης Α., 2014. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4), σελ.412-422. Διαθέσιμο από: <http://mail.mednet.gr/archives/2014-4/pdf/412.pdf> . Έγινε πρόσβαση στις 9 Οκτώβρη 2019.
- Παπαγεωργίου Γ., 2013. Ευρωπαϊκή εβδομάδα καρκίνου μήτρας. *Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)*. 20 Ιανουαρίου. Διαθέσιμο από: <http://enne.gr/5116> [Έγινε πρόσβαση στις 15 Ιουνίου 2019]