



Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

Καρκίνος των ωοθηκών

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας



ΦΟΙΤΗΤΕΣ

Πόγιας Δημήτριος

Ποποβίδου Σόνια

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Παπανικολάου Χριστίνα

Msc ΛΕΚΤΟΡΑΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή με θέμα «Καρκίνος των ωοθηκών και ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας» εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής, του Τεχνολογικού Ιδρύματος Ηπείρου, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κ. Παπανικολάου Χριστίνα. Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην κ. Παπανικολάου της οποίας η καθοδήγηση υπήρξε καίρια και αποτελεσματική κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Την ευχαριστώ επίσης και για την ηθική υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, προπάντων για την δυνατότητα που μου προσέφεραν να πραγματοποιήσω τις σπουδές μου, αλλά και για την συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που μου έδειξαν όλο αυτόν τον καιρό.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
Α΄ ΜΕΡΟΣ	7
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	8
1.1.Εξωτερικά γεννητικά όργανα	8
1.2.Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	9
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	11
3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ	13
4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	14
4.1.Μηχανισμοί καρκινογένεσης	14
4.2.Παράγοντες κίνδυνου	15
5.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	17
6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ.....	20
7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	21
8.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ	22
8.1.Έγχρωμη doppler υπερηχογραφία	22
8.2.Αξονική και μαγνητική τομογραφία	22
8.3.Ορολογικοί δείκτες	23
9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ.....	24
10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ	25
10.1.Χειρουργική θεραπεία	25
10.2.Λαπαροσκοπική Χειρουργική.....	25
10.3.Χημειοθεραπεία	27
10.4.Ακτινοθεραπεία.....	27
11.ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ.....	29

Β' ΜΕΡΟΣ	30
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	31
1.1. Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στη λήψη του ιστορικού.....	31
1.2.Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στη φυσική εξέταση.....	31
2.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	33
2.1.Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στην προεγχειρητική φροντίδα	33
2.2.Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	34
3.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	36
4.ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ.....	37
5.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ.....	39
5.1.Πρωτογενής πρόληψη	39
5.2. Δευτερογενής πρόληψη για καρκίνο των ωοθηκών	41
6.ΨΥΧΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΤΡΙΑΣ.....	42
ΜΕΡΟΣ Γ'.....	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ	44
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	80
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	81
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια σπάνια κακοήθεια για τον πληθυσμό, αλλά έχει δυσμενή πρόγνωση και ταλαιπωρεί για καιρό την άρρωστη γυναίκα.

Σκοπός: Η εργασία αυτή έχει σαν σκοπό την αναζήτηση και παρουσίαση της σύγχρονης βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα του καρκίνου των ωοθηκών.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία 5 έτη και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Η νόσος δεν έχει σαφή αιτιολογία και ξεκινά με ασαφή συμπτώματα. Έτσι συχνά διαφεύγει της διάγνωσης ακόμη και από ειδικούς ή έμπειρους ιατρούς, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η θεραπεία της νόσου εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο. Στόχος κάθε θεραπείας είναι η ίαση, κάτι που είναι δύσκολο στον καρκίνο των ωοθηκών εξαιτίας της καθυστερημένης διάγνωσης. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την χειρουργική αφαίρεση του όγκου με σκοπό την παραμονή όσο το δυνατόν λιγότερης υπολειμματικής νόσου και την χημειοθεραπεία, ως την πλήρη εκτομή όλων των εξαρτημάτων και των γειτονικών οργάνων.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος του νοσηλευτή –τριας στον καρκίνο των ωοθηκών είναι πολύπλευρος. Μπορεί να έχει ρόλο στην πρόληψη της νόσου, στην έγκαιρη διάγνωση με την καθοδήγηση ύποπτων περιπτώσεων, στη θεραπεία και στην παρηγορητική φροντίδα στο τελικό στάδιο της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, ωοθήκες, πρόληψη, θεραπεία, πρόγνωση, παρηγορητική φροντίδα.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancer is a rare malignancy for the population, but it has an unfavorable prognosis and afflicts the sick woman for a long time.

Purpose: This work aims to find and present contemporary literature on the issue of ovarian cancer.

Material and Methods: A review of the international bibliography in the PubMed, Cinahl, Cochrane, and Google Scholar electronic databases has been reviewed. The study material consisted of selected articles published mainly in the last 5 years and the material was collected following a detailed study of the relevant literature.

Results: The disease has no clear etiology and starts with fuzzy symptoms. So it often escapes diagnosis even by specialists or experienced doctors, resulting in the delay of diagnosis. The treatment of the disease depends on the type of cancer and the stage. The goal of each treatment is cure, which is difficult for ovarian cancer due to delayed diagnosis. Treatments include surgical removal of the tumor in order to keep as little residual disease as possible and chemotherapy as a complete resection of all parts and adjacent organs.

Conclusions: The role of the nurse in ovarian cancer is multifaceted. It can play a role in preventing disease, in early diagnosis by guiding suspicious cases, in cure and palliative care in the final stage of the disease.

Key words: cancer, ovaries, prevention, treatment, prognosis, palliative care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα και ο τρόπος ζωής των κοινωνιών έχουν μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Κυρίαρχο στοιχείο σε αυτές τις μεταβολές αποτελεί η αλματώδης αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στο οποίο συντέλεσε σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και γνώσης. Επίσης, τα πρότυπα του τρόπου ζωής έχουν μεταβληθεί σημαντικά και παρ' όλο που είναι πλέον γνωστοί πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συγκεκριμένες ασθένειες, μεγάλα ποσοστά του πληθυσμού εξακολουθούν να τους αγνοούν και να μην λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης. Έτσι, παρά τη μεγάλη συμβολή της επιστήμης και παρά την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών θεραπειών, όλες οι μορφές καρκίνου μαζί εξακολουθούν να αποτελούν το σημαντικότερο αίτιο θανάτου στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες.

Οι μεγαλύτερες προσπάθειες στον γυναικείο πληθυσμό αναφέρονται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, λόγω της κατανόησης της αιτιολογίας και του στόχου να προστατευθεί ο νέος πληθυσμός, που είναι πιο ευάλωτος. Από την άλλη, ο καρκίνος των ωοθηκών δεν είναι συχνός, αφορά τις μεγαλύτερες ηλικίες, παρουσιάζει κενά στη διάγνωση και δυσκολίες στη θεραπεία. Είναι αποδεκτό ότι η πρόγνωση για επιβίωση από καρκίνο ωοθηκών κυρίως εξαρτάται από την έκταση της νόσου κατά την αρχική διάγνωση. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση καθώς και νέα θεραπευτικά σχήματα είναι ανεπιτυχείς εξαιτίας του ότι η προέλευση και η παθογένεση των επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης είναι άγνωστη. Μολονότι πραγματοποιήθηκαν πολλές μελέτες για την ανάδειξη προκαρκινικών αλλοιώσεων στις ωοθήκες, καμία από αυτές δεν έδωσε τα επιθυμητά αποτελέσματα.

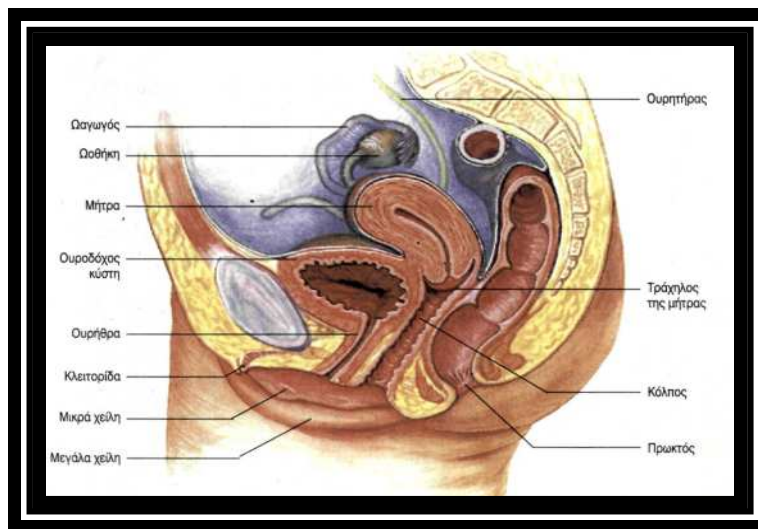
Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.1.Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Είναι γνωστά στο σύνολό τους ως αιδοίο. Αποτελούνται από:

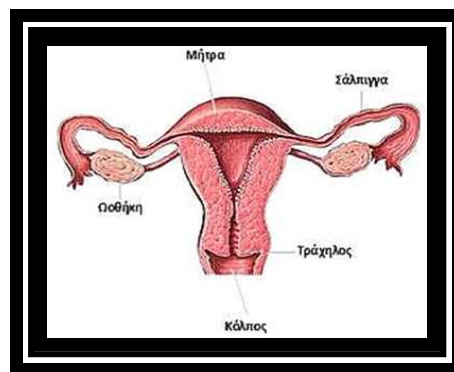
- Το εφήβαιο, ή όρος της Αφροδίτης, το οποίο είναι έπαρμα του δέρματος που καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα.
- Τα μεγάλα χείλη, τα οποία είναι δύο εξωτερικές πτυχές δέρματος.
- Τα μικρά χείλη, που παριστούν δύο μικρότερες πτυχές και βρίσκονται εσωτερικά των μεγάλων χειλέων.
- Την κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται στο σημείο που ενώνονται τα άνω άκρα των μικρών χειλέων.
- Τον πρόδομο του κόλπου.
- Τους Bartholin's αδένες και τους paraurethral αδένες που εκβάλλουν στον πρόδομο του κόλπου (Αντσακλής, 2008).



Εικόνα 1. Τα όργανα της πυέλου στη γυναίκα

1.2.Εσωτερικά γεννητικά όργανα

- Ο κόλπος: Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας που υποδέχεται το πέος κατά τη σεξουαλική επαφή. Έχει μήκος περίπου 7,5-9 cm και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και εντέρου. Το τοίχωμά του παρουσιάζει πτυχές, για να εκτείνεται κατά τη σεξουαλική επαφή. Στο άνω μέρος του (θόλος), προβάλλει ο τράχηλος της μήτρας, ενώ το κάτω μέρος του καταλήγει στο αιδοίο (Ιατράκης, 2012).
- Ο τράχηλος της μήτρας: Ο τράχηλος αποτελεί τμήμα της μήτρας με σχήμα κυλίνδρου, που συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο και διαστέλλεται κατά τον τοκετό. Το έσω στόμιο του τραχήλου αποτελεί το ανατομικό όριο μεταξύ του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας (Ιατράκης, 2012).
- Η μήτρα: Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο απιοειδούς σχήματος, που μεγαλώνει όσο φιλοξενεί και τρέφει το αναπτυσσόμενο έμβρυο, μέχρι τη γέννηση. Η κοιλότητα της μήτρας αποτελεί τον χώρο όπου αναπτύσσεται το έμβρυο. Στις δύο άνω άκρες της τριγωνικής κοιλότητας, που ονομάζονται κέρατα της μήτρας, εκβάλλουν οι σάλπιγγες με τα μητριάια στόμιά τους. Το ενδομήτριο είναι ο ιστός που αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση (περίοδο) μαζί με αίμα. (Ιατράκης, 2012).

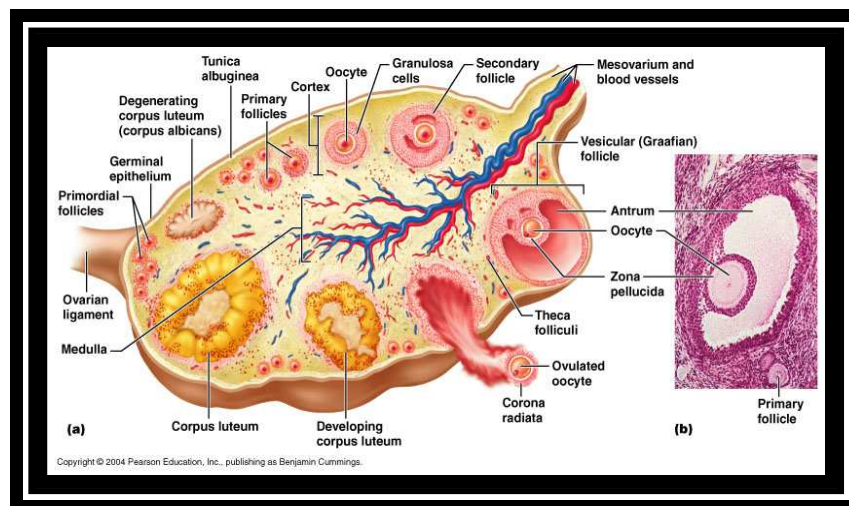


Εικόνα 2. Τα όργανα του συστήματος αναπαραγωγής της γυναίκας

- Οι σάλπιγγες: Είναι τα όργανα, εντός των οποίων φυσιολογικά επέρχεται η γονιμοποίηση. Έχουν σχήμα επιμήκους σωληνίσκου και συνδέουν την κοιλότητα της μήτρας με την κοιλότητα της κοιλιάς. Οι

σάλπιγγες είναι δύο και εκφύονται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας (Ιατράκης, 2012).

- Οι ωοθήκες: Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία. Παράγουν ωάρια (το γεννητικό υλικό της γυναίκας) και ορμόνες (κυρίως οιστρογόνα και προγεστερόνη). Η κύρια λειτουργία των ωοθηκών είναι η αναπαραγωγική. Από ανατομικής πλευράς, οι ωοθήκες αποτελούν δύο ωοειδή αποπεπλατυσμένα μορφώματα, που βρίσκονται στη μικρή πύελο. Στην ωοθήκη συντελείται η αποθήκευση, η ωρίμανση και η απελευθέρωση των ωαρίων κατά την ωοθυλακιορρηξία. Ταυτόχρονα εμφανίζεται και η ενδοκρινής λειτουργία των ωοθηκών με έκκριση ορμονών (Ιατράκης, 2012).



Εικόνα 3. Το εσωτερικό των ωοθηκών

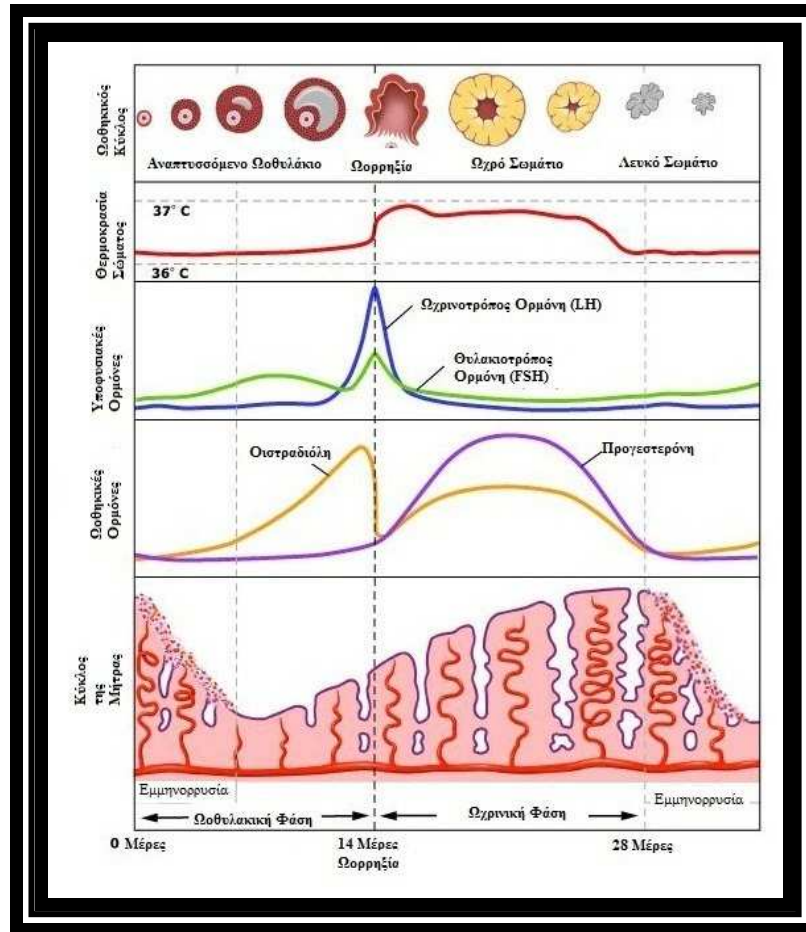
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο γεννητικός κύκλος είναι το διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως μέχρι την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμήνου ρύσεως. Η συνήθης διάρκειά του είναι 28 ημέρες, αλλά μπορεί να ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα και από κύκλο σε κύκλο. Οι αναπαραγωγικοί κύκλοι

αρχίζουν στην ήβη και συνεχίζονται έως την εμμηνόπαυση, ενώ σε μερικές γυναίκες δεν παρατηρείται γεννητικός κύκλος, ως αποτέλεσμα της έλλειψης ωοθηκών ή εξαιρετικά πρώιμης εμμηνόπαυσης (Αντσακλής, 2008).

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εκκρίνονται ορμόνες από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες που προκαλούν την ωρίμανση και τελικά την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη. Οι ορμόνες αυτές εμφανίζουν μια αρμονικά αλληλορυθμιζόμενη σχέση μεταξύ τους, με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ευοδωθεί η σύλληψη. Η αναπαραγωγική λειτουργία ρυθμίζεται μέσω ενός πολύπλοκου μηχανισμού ορμονικών ισορροπιών. Η ενδοκρινολογία της αναπαραγωγής έχει φθάσει στις μέρες μας να θεωρείται ειδικός επιστημονικός κλάδος, τον οποίο δεν έχει νόημα να εκθέσουμε εδώ με λεπτομέρεια. Θα αναφερθούμε μόνον στις ορμόνες εκείνες που επηρεάζουν τις βασικές λειτουργίες της παραγωγής ωαρίων και σπερματοζωαρίων, καθώς και τη λειτουργία του γυναικείου κύκλου (Ιατράκης, 2012).

Στη γυναίκα όπως και στον άνδρα, η λειτουργία των γονάδων ρυθμίζεται από τον εγκέφαλο και πιο συγκεκριμένα από μια περιοχή του που ονομάζεται υποθάλαμος. Ο υποθάλαμος εκκρίνει την ορμόνη απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών (GnRH, gonadotropin-releasing hormone). Με τη σειρά της, η GnRH επιδρά σε έναν μικρό αδένα που βρίσκεται κάτω από τον εγκέφαλο, την υπόφυση. Η υπόφυση εκκρίνει ορμόνες για τη ρύθμιση της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα, των επινεφριδίων, των γονάδων και επίσης αυξητική ορμόνη και προλακτίνη. Για τη λειτουργία των γονάδων ειδικότερα, η υπόφυση εκκρίνει δύο ορμόνες που ονομάζονται γοναδοτροπίνες: την θυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH, follicle-stimulating hormone), η οποία προάγει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την ωχρινοποιητική ορμόνη (LH, luteinizing hormone), η οποία προάγει τη στεροειδογένεση στην ωοθήκη και είναι υπεύθυνη για την τελική ωρίμανση του ωαρίου, την ωοθυλακιορρηξία, την έναρξη και τη συνέχιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου (Ιατράκης, 2012).



Εικόνα 4. Οι γεννητικοί κύκλοι της γυναίκας

3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου από όλους τους γυναικολογικούς όγκους. Οι κακοήθεις βλάβες των ωοθηκών περιλαμβάνουν πρωτογενείς αλλοιώσεις που προκύπτουν στις φυσιολογικές δομές εντός των ωοθηκών και σε δευτερογενείς αλλοιώσεις από καρκίνους που εμφανίζονται αλλού στο σώμα. Οι πρωτογενείς βλάβες περιλαμβάνουν

επιθηλιακό καρκίνωμα των ωοθηκών (70% όλων των κακοηθειών των ωοθηκών) (Green, 2017).

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα εμφάνισής του σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην Ευρώπη η εκτιμώμενη επίπτωση ήταν 66.734 περιπτώσεις με εκτιμώμενη θνησιμότητα 41.929 γυναικών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο καρκίνος των ωοθηκών διαγνώστηκε σε 21.880 με 13.850 θανάτους από καρκίνο κατά το έτος 2012. Τόσο η επίπτωση όσο και η θνησιμότητα μειώνονται στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης παρατηρούνται στη Βόρεια Αμερική και στις ευρωπαϊκές χώρες που υπερβαίνουν τις 10 περιπτώσεις/100.000 κατοίκους. Χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στη Νότια Αμερική (7,7 περιπτώσεις/100.000) και Νότια Ασία (7,5 ανά 100.000) (Dowdy et al., 2012).

Η μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου των ωοθηκών παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 55-65 ετών. Στην πραγματικότητα, η συχνότητα της νόσου αυξάνεται διαρκώς σε όλη τη διάρκεια της ζωής, μέχρι την ηλικία των 80 ετών. Ο κίνδυνος αυξάνει σημαντικά μετά την ηλικία αυτή και μετά την εμμηνόπαυση γίνεται 1/3. Λιγότερες από 1 στις 100 περιπτώσεις αφορούν σε γυναίκες μικρότερες των 20 ετών. Στις νεαρές αυτές ηλικίες οι όγκοι της ωοθήκης προέρχονται κατά τα 2/3 από τα γεννητικά κύτταρα (Cho, & Shin, 2009).

4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

4.1.Μηχανισμοί καρκινογένεσης

- **Η θεωρία της ωοθυλακιορρηξίας.** Διατυπώθηκε από τον Fathalla το 1972. Κατ' αυτήν, ο τραυματισμός του επιθηλίου που συνεπάγεται η ωοθυλακιορρηξία και οι διαδικασίες επούλωσης που ακολουθούν,

ευνοούν τη δημιουργία των προϋποθέσεων για την δράση των μηχανισμών καρκινογένεσης και την ανάπτυξη μεταλλάξεων. Η ωοθυλακιορρηξία σχετίζεται επίσης με το σχηματισμό κυτταρικών εγκλείστων τα οποία με τη μορφή μικρών κύστεων ανευρίσκονται υποεπιθηλιακά, στο στρώμα της ωοθήκης. Το επιθήλιο των κύστεων αυτών μπορεί να υποστεί μεταπλασία και ακολούθως να παρουσιάσει δυσπλασία και καρκίνο. Θεωρείται ότι οι παράγοντες που ελαττώνουν (κυήσεις και αντισυλληπτικό δισκίο) ή αυξάνουν (καθυστερημένη εμμηνόπαυση) τον αριθμό των ωοθυλακιορρηξιών, επιδρούν αρνητικά ή θετικά στον κίνδυνο ανάπτυξης επιθηλιακών καρκίνων ωοθήκης (Cho, & Shin, 2009).

- **Η θεωρία των γοναδοτροφινών.** Μελέτες σε πειραματόζωα και επιδημιολογικές παρατηρήσεις υποστηρίζουν την άποψη ότι η μεγάλη αύξηση των γοναδοτροφινών στην κυκλοφορία, ευνοεί τη δημιουργία μεταλλάξεων στο επιθήλιο της ωοθήκης (Cho, & Shin, 2009).
- **Η θεωρία των στεροειδών ορμονών.** Η παρουσία υποδοχέων των ανδρογόνων, οιστρογόνων και προγεστερόνης στο επιθήλιο της ωοθήκης και μια ποικιλία επιδημιολογικών παρατηρήσεων, δεδομένων, οδήγησε ορισμένους ερευνητές στην υπόθεση ότι η δράση των στεροειδών αυτών μπορεί να αυξάνει (ανδρογόνα) ή να ελαττώνει (προγεστερόνη) τον κίνδυνο ανάπτυξης επιθηλιακών καρκίνων ωοθήκης (Cho, & Shin, 2009).

4.2.Παράγοντες κίνδυνου

Άσχετα από το βαθμό αξιοπιστίας της κάθε μιας από τις παραπάνω θεωρίες, οι σύγχρονες απόψεις για το ρόλο των σημαντικότερων παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο των ωοθηκών, μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Κληρονομικότητα	Αντισυλληπτικό δισκίο
Καθυστερημένη εμμηνόπαυση	Τεκνοποίηση
Ορμονοθεραπεία υποκατάστασης	Υστερεκτομή
Στείρωση	Απολίνωση σαλπίγγων
	Θηλασμός
	Ακεταμινοφαίνη
	Φενρετινίδη

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών

- Τεκνοποίηση: Η προστατευτική δράση της έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες. Γυναίκες με παιδιά έχουν 45% ελαττωμένο κίνδυνο για τη νόσο, σε σύγκριση με άτεκνες. Κάθε τοκετός υπολογίζεται ότι προσφέρει προστασία κατά 13-19%.
- Αντισυλληπτικό δισκίο: η χορήγησή του δρα προστατευτικά, ελαττώνοντας το σχετικό κίνδυνο κατά 30-60%. Η διάρκεια λήψης του σχετίζεται επίσης με το βαθμό προστασίας. Η μείωση του κινδύνου υπολογίζεται σε 11% για λήψη επί ένα έτος και φτάνει στο 50% για λήψη 5 ή περισσότερων ετών.
- Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης: Παρ' όλο που έχει αναφερθεί κάποια μικρή προστατευτική επίδραση σε γυναίκες με καθυστερημένη εμμηναρχή, τα δεδομένα που υπάρχουν δεν θεωρούνται ικανά για να τη βεβαιώσουν. Η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με μικρή αύξηση του κινδύνου σε ορισμένες Ευρωπαϊκές μελέτες.
- Η υστερεκτομή με διατήρηση των ωοθηκών σχετίζεται με ελάττωση του κινδύνου κατά 33-36%. Σημαντική επίσης προστασία προσφέρει η απολίνωση των σαλπίγγων (Green, 2017).

- Βασιζόμενοι σε αυτές τις θεωρίες καρκινογένεσης, οι προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών όταν είναι ακόμα περιορισμένος στην ωοθήκη, καθώς και στην ανάπτυξη νέων χημειοθεραπευτικών σχημάτων. Δυστυχώς αυτές οι προσπάθειες δεν έχουν αποδώσει δεδομένου ότι η επιβίωση των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών δεν έχει αλλάξει τα τελευταία 50 χρόνια. Αυτό εξηγείται με βάση το γεγονός ότι οι θεωρίες της ιστογένεσης πάνω στις οποίες βασίζονται αυτές οι προσπάθειες είναι ελλιπείς (Green, 2017).

5.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για την κατανόηση αυτών των όγκων είναι ότι πρόκειται για μια πάθηση η οποία παρουσιάζεται με ένα σύνολο διαφορετικών καρκίνων με μεγάλες διαφορές στην κλινικοπαθολογική εικόνα και συμπεριφορά. Βασιζόμενοι σε μια σειρά μορφολογικών και

μοριακών γενετικών μελετών, προτάθηκε ένα δυαδικό μοντέλο που κατηγοριοποιεί τους διάφορους τύπους ωοθηκικού καρκίνου σε δυο ομάδες: Τύπου I και Τύπου II (Koshiyama et al., 2017).

Η ομάδα Τύπου I έχει ανώδυνη κλινική εικόνα και συνήθως παρουσιάζεται σε χαμηλό στάδιο. Αποτελείται από χαμηλού βαθμού ορώδεις, ενδομητριοειδείς, διαυγοκυτταρικούς, βλεννώδεις και μεταπλαστικούς (Brenner) τύπους καρκίνων. Αντίθετα από τις ξεκάθαρες μορφολογικές διαφορές των καρκίνων της ομάδας Τύπου I, οι μορφολογικές διαφορές στην ομάδα Τύπου II είναι λιγότερο εμφανείς και ως αποτέλεσμα υπάρχει πρόβλημα στη διάγνωση από τους παθολογοανατόμους (Koshiyama et al., 2017).

Η ομάδα Τύπου II εκφράζεται με θηλοειδή, αδenoειδή και συμπαγή στοιχεία και διαγιγνώσκεται ως υψηλού βαθμού ορώδες, ενδομητριοειδές ή αδιαφοροποίητο καρκίνωμα ανάλογα με το κυρίαρχο στοιχείο. Γενικά οι περισσότεροι παθολογοανατόμοι τους κατηγοριοποιούν ως υψηλού βαθμού ορώδεις νεοπλασίες ακόμα κι αν παρουσιάζουν ελάχιστη ομοιότητα με το σαλπιγγικού τύπου επιθήλιο (η βάση για να ορίσεις ένα καρκίνο ως ορώδη). Τα καρκινοσάρκωματα (malignant mixed mesodermal tumors), ανήκουν στην ομάδα Τύπου II επειδή παρουσιάζουν επιθηλιακά στοιχεία όμοια με τους όγκους της ομάδας Τύπου II. Οι καρκίνοι Τύπου II είναι εξαιρετικά επιθετικοί και σχεδόν πάντα διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια. Αποτελούν περίπου το 75% όλων των επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης και έχουν σχετικά όμοια μορφολογικά στοιχεία πτωχή πρόγνωση (Koshiyama et al., 2017).

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά και ο βαθμός κακοήθειας των νεοπλασμάτων της ωοθήκης παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία, η οποία εκφράζεται και με τις ιδιαιτερότητες που έχει η κλινική συμπεριφορά τους. Η περισσότερο πρακτική και σε χρήση ταξινόμησή τους είναι αυτή που στηρίζεται στην ιστογενετική τους προέλευση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ
Όγκους από το βλαστικό επιθήλιο

Όγκους από τα γεννητικά κύτταρα
Όγκους από το εξειδικευμένο (λειτουργικό) μεσέγχυμα
Όγκους από το μη λειτουργικό μεσέγχυμα
Μεταστατικούς όγκους

Πίνακας 2. Ταξινόμηση με βάση την ιστολογία

Στην ωοθήκη υπάρχουν 4 βασικά είδη ιστών με διαφορές στην προέλευση και τη λειτουργικότητα.

- Από το βλαστικό επιθήλιο προέρχονται οι επιθηλιακοί όγκοι οι οποίοι διακρίνονται σε:
 - Ορώδεις
 - Βλεννώδεις
 - Ενδομητριοειδείς
 - Μεσονεφρικοί (διαυγοκυτταρικοί)
 - Όγκοι Brenner
 - Αδιαφοροποίητα καρκινώματα
 - Καρκινοσαρκώματα και μικτοί μεσοδερματικοί όγκοι (Koshiyama et al., 2017).
- Από τα γεννητικά κύτταρα προέρχονται οι παρακάτω όγκοι:
 - δυσγερμινώματα,
 - όγκους λεκιθικού ασκού,
 - εμβρυικά καρκινώματα,
 - χοριοκαρκινώματα,
 - τερατώματα (άωρα και ώριμα) (Koshiyama et al., 2017).
- Από το εξειδικευμένο μεσέγχυμα προέρχονται:
 - ινώματα,
 - θηκώματα,
 - όγκους κυττάρων Sertoli-Leydig,

- Από το μη ειδικό μεσέγγυμα μπορούν να προέλθουν καλοήθεις αλλά και κακοήθεις όγκοι (σαρκώματα) (Koshiyama et al., 2017).

6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

Ο καρκίνος των ωοθηκών δεν διαθέτει χαρακτηριστική συμπτωματολογία ώστε να υποψιαστεί κάτι η ασθενής. Στα αρχικά στάδια

συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα. Μόνο όταν αυξηθεί σημαντικά το μέγεθος του όγκου προκαλούνται ήπια και άτυπα γαστρεντερικά ενοχλήματα. Στα προχωρημένα πλέον στάδια λόγω της μεγέθυνσης του όγκου, των ενδοπεριτοναϊκών μεταστάσεων και ασκίτη εμφανίζεται μεγάλη διάταση της κοιλίας, ανορεξία και καταβολή δυνάμεων (Ιατράκης, 2012).

Σε νόσο πρώιμου σταδίου, η ασθενής πιθανόν να εμφανίζει ακανόνιστες εμμήνους ρύσεις, υπό την προϋπόθεση ότι βρίσκεται σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία. Αν μια πυελική μάζα πιέζει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό, η ασθενής θα αναφέρει συχνουρία ή επίσχεση ούρων ή/και κοπράνων μαζί με γαστρεντερικές ενοχλήσεις. Περιστασιακά, μπορεί να αναφερθεί βάρος στο υπογάστριο και δυσπαρεύνια. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, τα συμπτώματα σχετίζονται με την παρουσία ασκίτικού υγρού και περιτοναϊκών ή εντερικών μεταστάσεων. Τα συμπτώματα είναι η διόγκωση της κοιλίας, η δυσκοιλιότητα, η ναυτία, η ανορεξία και η απώλεια σωματικού βάρους. Σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, μπορεί να παρατηρηθεί κολπική αιμορραγία (Αντσακλής, 2008).

7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

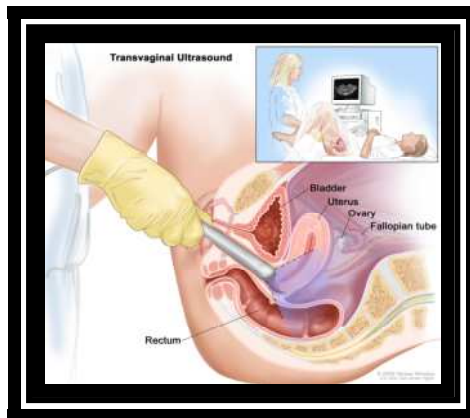
Η διαφορική διάγνωση εξαρτάται από την κλινική εικόνα της ασθενούς και στηρίζεται στο ιστορικό της νόσου, την ηλικία, την γυναικολογική εξέταση

και τις παρακλινικές εξετάσεις, περιλαμβάνει δε όλες τις καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις των ενδοκοιλιακών οργάνων που συνοδεύονται από ογκόμορφη εξεργασία ή/και ασκίτη. Η τελική διάγνωση τίθεται χειρουργικά. Ο στόχος της προεγχειρητικής διάγνωσης είναι διπτός. Αφ' ενός μεν να αποφευχθεί ένα μη απαραίτητο χειρουργείο αφ'ετέρου δε να εξασφαλιστούν οι κατάλληλες συνθήκες ώστε το χειρουργείο, να οδηγήσει στον επιδιωκόμενο στόχο (Smith, 2017).

8.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

8.1.Έγχρωμη doppler υπερηχογραφία

Η Doppler υπερηχογραφία επιτρέπει την απεικόνιση της ροής αίματος μέσα και γύρω από έναν όγκο. Ο στόχος της εξέτασης είναι να αυξήσει την ειδικότητα του ενδοκολπικού υπερηχογραφήματος. Ο ρόλος της Doppler υπερηχογραφίας στην εκτίμηση των εξαρτηματικών όγκων παραμένει αμφιλεγόμενος, δεδομένου ότι το εύρος τιμών των ανωτέρω δεικτών υπερκαλύπτεται σημαντικά τόσο στις καλοήθεις, όσο και στις κακοήθεις μάζες (Ιατράκης, 2012).



Εικόνα 5. Διακολπικός υπέρηχος για έλεγχο των ωοθηκών

8.2.Αξονική και μαγνητική τομογραφία

Η αξονική, μαγνητική και PET τομογραφία, δεν συστήνονται για την αρχική εκτίμηση των εξαρτηματικών όγκων, λόγω υψηλού κόστους και πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ειδικές περιπτώσεις. Ωστόσο η MRI συχνά είναι χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση των πυελικών όγκων που δεν έχουν εξαρτηματική προέλευση, όπως τα ινομυώματα. Αυτή τη στιγμή η καλύτερη χρήση της αξονικής τομογραφίας αποτελεί η εκτίμηση της κοιλιάς για μεταστάσεις όταν υπάρχει υποψία για καρκίνο από το ενδοκολπικό υπερηχογράφημα ή από τους καρκινικούς δείκτες. Η αξονική τομογραφία μπορεί να ανιχνεύσει με ακρίβεια επιπλοϊκές μεταστάσεις, περιτοναϊκές εμφυτεύσεις, διόγκωση πυελικών και παρασπονικών λεμφαδένων, ηπατικές μεταστάσεις και αποφρακτική ουροπάθεια. Εξάλλου μπορεί να υποδείξει την θέση άλλης πρωτοπαθούς εστίας, όπως το έντερο ή το πάγκρεας (Φωτίου, 2009).



Εικόνα 6. Αξονική τομογραφία

8.3.Ορολογικοί δείκτες

Στην προσπάθεια να ανακαλυφθεί ο καρκίνος των ωοθηκών πολύ πριν εμφανιστεί με κλινικά σημεία ή συμπτώματα - ακόμη και στο στάδιο του πρώιμου ωοθηκικού καρκίνου - χρησιμοποιούνται οι καρκινικοί δείκτες. Αυτοί είναι χημικές ουσίες - ποικίλης προελεύσεως και σύστασης - που παράγονται κατά κύριο λόγο από επιθηλιακά νεοπλασματικά κύτταρα. Για τον ωοθηκικό καρκίνο χρησιμοποιούνται κυρίως το ωοθηκικό αντιγόνο CA-125, η β υποομάδα της χοριακής γοναδοτροπίνης (β-HCG), το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP) και το TAG 72. Το μονοκλωνικό αντίσωμα OC-125 που είναι ειδικό για το αντιγόνο CA -125 (το οποίο εκκρίνεται από τους περισσότερους μη βλεννοπαραγωγούς επιθηλιακούς όγκους της ωοθήκης) αποτελεί τον πιο χρήσιμο δείκτη (Smith, 2017).

9.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

Η σταδιοποίηση των ωοθηκών καθορίζεται με βάση τις αρχές του συστήματος TNM (Tumor, Nodes, Metastasis) και προτείνεται από την International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Prat, 2014).

ΣΤΑΔΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΕΠΙΒΙΩΣΗ
Στάδιο I	Νόσος μόνο στις ωοθήκες (Ia, Ib, Ic)	60 – 100%

Στάδιο II	Νόσος στη μία ή τις δύο ωοθήκες με επέκταση στην πύελο (IIa, IIb, IIc)	60 – 80%
Στάδιο III	Νόσος στη μία ή τις δύο ωοθήκες αλλά με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις εκτός πυέλου και/ή θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες (IIIa, IIIb, IIIc)	20 – 60%
Στάδιο IV	Νόσος στη μία ή τις δύο ωοθήκες με μακρυσμένες μεταστάσεις, πλευριτική συλλογή αλλά με θετική κυτταρολογική, παρεγχυματική ηπατική μετάσταση	10 – 40%

Πίνακας 3. Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών

10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

10.1.Χειρουργική θεραπεία

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η εξαίρεση του ή των όγκων των ωοθηκών, της μήτρας (ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα), του επιπλόου (επιπλοεκτομή) καθώς και της σκωληκοειδούς αποφύσεως

(σκληροεκτομή). Δύο είναι οι αρχές που κυριαρχούν στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών, η σταδιοποίηση και η ογκομείωση:

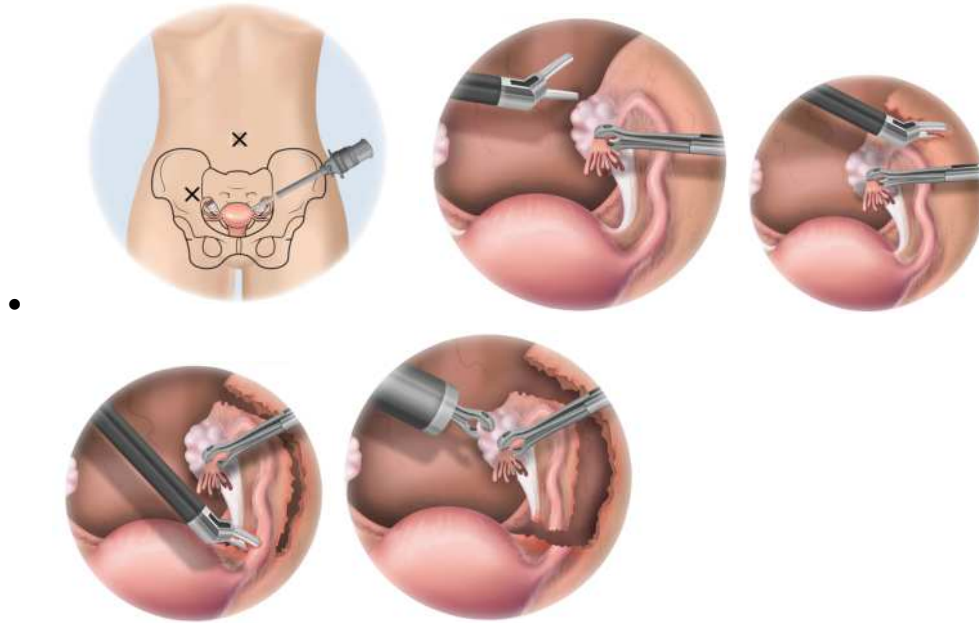
- **Η χειρουργική επέμβαση σταδιοποίησης** γίνεται στα αρχικά στάδια και έχει σαν στόχο να καταταγεί η ασθενής στο πραγματικό στάδιο στο οποίο ανήκει, και όχι σε αυτό που μακροσκοπικά φαίνεται ότι ανήκει. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να ληφθούν βιοψίες από όλα εκείνα τα σημεία που πιθανόν υπάρχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις. Γνωρίζοντας το πραγματικό στάδιο της νόσου, γνωρίζουμε αφ' ενός την πρόγνωση της και αφ' ετέρου μπορούμε να επιλέξουμε την κατάλληλη μετεγχειρητική αγωγή (Green, 2017).
- **Η χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης** γίνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου και μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής. Η πρωτογενής χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης (Debulking) περιλαμβάνει μία εκτεταμένη και επίπονη εγχείρηση με στόχο την εξαίρεση εκτός των ωοθηκικών όγκων, της μήτρας, του επιπλόου και των διογκωμένων πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων και όλων, εάν είναι δυνατόν, των μακροσκοπικών εστιών της νόσου (Green, 2017).

10.2.Λαπαροσκοπική Χειρουργική

Σύμφωνα με τις οδηγίες του American College of Obstetricians and Gynecologists, η λαπαροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς σκοπούς σε ασθενή με χαμηλό κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών και για την απομάκρυνση κυστικών μαζών, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται όλα τα ακόλουθα κριτήρια:

- Η μάζα είναι 10 cm ή μικρότερη, όπως φαίνεται από ένα ηχογράφημα
- Η μάζα έχει ένα ξεχωριστό περίγραμμα και δεν διαθέτει συμπαγή μέρη
- Δεν υπάρχει σχετικός ασκίτης
- Το επίπεδο CA125 στον ορό είναι φυσιολογικό (<35 U / mL)

- Ο ασθενής δεν έχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών (Zeppernick & Meinhold-Heerlein, 2014).



Εικόνα 7.Λαπαροσκοπική ωοθηκεκτομή

Ως μέρος της αρχικής θεραπείας του επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών, μπορεί να πραγματοποιηθεί η λαπαροσκοπική χειρουργική για νόσους πρώιμου σταδίου όταν δεν υπάρχει καμία ασθένεια ορατή έξω από τις ωοθήκες. Η χρήση της σε πιο προχωρημένες ασθένειες, όταν η εξάπλωση είναι ορατή εκτός των ωοθηκών, είναι περιορισμένη. Η λαπαροσκόπηση έχει επίσης το ρόλο της δεύτερης εκτίμησης και της σταδιοποίησης (Zeppernick & Meinhold-Heerlein, 2014).

10.3.Χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μια χημειο-ευαίσθητη ασθένεια. Επομένως η χημειοθεραπεία είναι μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους της συστηματικής θεραπείας. Το πρότυπο χημειοθεραπείας αποτελείται από συνδυασμό πακλιταξέλης και καρβοπλατίνης, τα οποία χορηγούνται

ενδοφλεβίως κάθε 3 εβδομάδες, σε 3 ή 4 κύκλους θεραπείας ανάλογα το στάδιο της νόσου. Η χημειοθεραπεία για προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών (στάδιο IC-IV) περιλαμβάνει 6 κύκλους με συνδυασμούς φαρμάκων όπως, πακλιταξέλη και καρβοπλατίνη ή πακλιταξέλη και σισπλατίνη (Coleman et al., 2013).

Σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα νόσο, εφαρμόζεται χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής μετά την αρχική χημειοθεραπεία. Περίπου το 80% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών θα υποτροπιάσει μετά την πρώτη χημειοθεραπεία. Οι θεραπευτικές επιλογές για θεραπεία δεύτερης γραμμής περιλαμβάνουν συνδυασμούς ένωσης λευκοχρύσου ή και πακλιταξέλη, γεμισιταβίνη, ετοποσίδη ή Doxorubicin. Συνήθως εφαρμόζονται 6 κύκλοι χημειοθεραπείας μέσα σε 3 εβδομάδες (Coleman et al., 2013).

10.4.Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει δοκιμαστεί στον καρκίνο των ωοθηκών ως μοναδική θεραπευτική αγωγή ή ως μέρος μιας συνδυασμένης προσέγγισης, τόσο σε πρώιμες όσο και σε προχωρημένες μορφές της νόσου. Η ακτινοβολία σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών εφαρμόζεται είτε σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα ή είτε μόνο στη λεκάνη. Αν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα, τότε θα ακτινοβοληθεί μόνο η πύελος. Ακτινοθεραπεία ολόκληρη της κοιλιάς θα εφαρμοσθεί στις περιπτώσεις που η νεοπλασία έχει ξεφύγει από τα όρια της πυέλου και έχει επεκταθεί στο περιτόναιο. Ο καλύτερος τρόπος χορήγησης της ακτινοβολίας είναι με τα περιστρεφόμενα πεδία, δηλαδή χορήγηση της μισής δόσης σε ένα πρόσθιο και της υπόλοιπης σε ένα οπίσθιο πεδίο. Με τον παραπάνω τρόπο γίνεται καλύτερη ακτινοβολήσις της νεοπλασίας αλλά και οι δερματικές βλάβες της περιοχής περιορίζονται στο ελάχιστο. Για την εξωτερική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών χρησιμοποιείται συνήθως το κοβάλτιο. Τα αποτελέσματα της ακτινοβολίας, όταν η βλάβη περιορίζεται στην πύελο,

κρίνονται ως ικανοποιητικά. Αντίθετα, εάν πρόκειται για νόσο, που έχει επεκταθεί και ανήκει στο III και IV στάδιο, τα ακτινοθεραπευτικά αποτελέσματα είναι πενιχρά (Coleman et al., 2013).

11.ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

Παρόλο που το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης για τον καρκίνο των ωοθηκών έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια, η πρόγνωση του καρκίνου αυτού παραμένει χαμηλή συνολικά. Η πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι στενά συνδεδεμένη με το στάδιο της διάγνωσης όπως

καθορίζεται σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης που αναπτύχθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής (FIGO). Τα ποσοστά επιβίωσης 5 ετών για το επιθηλιακό καρκίνωμα των ωοθηκών κατά το στάδιο FIGO έχουν ως εξής:

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΟ
Στάδιο IA - 87%
Στάδιο IB - 71%
Στάδιο IC - 79%
Στάδιο IIA - 67%
Στάδιο IIB - 55%
Στάδιο IIC - 57%
Στάδιο IIIA - 41%
Στάδιο IIIB - 25%
Στάδιο IIIC - 23%
Στάδιο IV - 11%
Συνολικό ποσοστό επιβίωσης - 46%

Πίνακας 4. Πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών κατά στάδιο

Β' ΜΕΡΟΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη λήψη του ιστορικού

Κατά τη διάρκεια αυτής της αρχικής φάσης της νοσηλευτικής διαδικασίας συλλέγονται τα ακόλουθα σημαντικά δεδομένα που αφορούν τον ασθενή.

- Ιστορικό της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των σημείων και των συμπτωμάτων που τον οδήγησαν στην αναζήτηση φροντίδας υγείας
- Άλλες συνυπάρχουσες νόσοι, όπως σακχαρώδης διαβήτης
- Τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα του καρκίνου, όπως πόνος ή κατάθλιψη
- Κατανόηση του θεραπευτικού σχεδίου
- Προσδοκίες από το θεραπευτικό σχέδιο
- Λειτουργικοί περιορισμοί λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας
- Επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής
- Αξιόπιστα συστήματα υποστήριξης ή άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς
- Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών (Lemone & Burke, 2014).

1.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη φυσική εξέταση

Από τη στιγμή που η ασθενής θα εισαχθεί στο νοσοκομείο θα γίνει μια πλήρης φυσική εξέταση, έτσι ώστε να καταγραφούν τα αρχικά ευρήματα, τα οποία και θα αποτελέσουν τη βάση έναντι της οποίας θα αξιολογηθούν ενδεχόμενες μεταβολές που θα παρατηρηθούν αργότερα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να καταγραφεί η κατάσταση της θρέψης του ασθενούς χρησιμοποιώντας ανθρωπομετρικές μετρήσεις (π.χ. σωματότροπος, ύψος, βάρος, αναλογία λίπους, μυϊκή μάζα), να αξιολογηθούν τα εργαστηριακά δεδομένα και να καταγραφούν οποιαδήποτε ειδικά σημεία και συμπτώματα. Είναι επίσης σημαντικό να αξιολογηθεί η κατάσταση ενυδάτωσης της ασθενούς, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύεται να προσλάβει τροφή και υγρά ή όταν παρουσιάζει εμετούς (Lemone & Burke, 2014).

Τα προβλήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και την θεραπεία του μπορούν να εκλαμβάνονται ως θετικά ή αρνητικά. Αυτά ερμηνεύονται ως σημείο προόδου της νόσου, αποτυχίας της θεραπείας ή επικείμενου θανάτου. Τα νοήματα που αποδίδονται στα σχετιζόμενα με τον καρκίνο συμπτώματα και ο τρόπος ανταπόκρισης και αντιμετώπισής τους εξατομικεύονται. Τα συμπτώματα επηρεάζονται από την προσωπική ζωή του ατόμου και το ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο κάτω από το οποίο αναπτύχθηκε το νόημα της νόσου. Το φύλο, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι αντιλήψεις για την υγεία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας δυνητικά συμμετέχουν είτε στον περιορισμό είτε στην επιδείνωση των προβλημάτων που προέρχονται από τον καρκίνο (Λαβδανίτη & Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).

Οι νοσηλευτές βοηθούν σε σημαντικό βαθμό τους ανθρώπους να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τα προβλήματά τους με συνέπεια να τα διαχειριστούν ευκολότερα οι ίδιοι. Η νοσηλευτική εξειδίκευση δεν βρίσκεται στην ενημέρωση των ατόμων τι είναι εκείνο που τους στεναχωρεί, αλλά στη συνεργασία μαζί τους για τη διευκρίνιση της συνολικής εμπειρίας τους. Η κατανόηση του νοήματος των προβλημάτων για ένα άτομο, αποτελεί σημαντική πηγή υποστήριξης και ανακούφισης, ακόμα και στην περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ίαση (Λαβδανίτη & Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).

2.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

2.1.Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην προεγχειρητική φροντίδα

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια επεμβατική διαδικασία που πραγματοποιείται προκειμένου να διαγνωσθεί ή να αντιμετωπισθεί μια παθολογική κατάσταση, κάκωση ή ανατομική ανωμαλία. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής. Καλύπτει και τις τρεις φάσεις της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς: την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική. Η προεγχειρητική φάση αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν η ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα. Η διεγχειρητική φάση αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής θα βρεθεί στο χειρουργείο και τελειώνει με τη μεταφορά του στη μονάδα μετα-αναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς αίθουσα ανάνηψης. Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς από τη χειρουργική επέμβαση (Lemone & Burke, 2014).

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μια φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωρισθούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο τρόπος εκτίμησης της ασθενούς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθορίζονται ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από τη φύση της χειρουργικής επέμβασης (είτε πρόκειται για μείζονα είτε για ελάσσονα) η ασθενής και η οικογένεια του θα νιώσουν άγχος. Η ένταση του άγχους τους δεν είναι κατ' ανάγκη ανάλογη με το μέγεθος και τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης (Lemone & Burke, 2014).

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει η ασθενής άρρωστος είναι:

- Φόβος της νάρκωσης
- Ο φόβος του πόνου και του θανάτου.
- Φόβος αποχωρισμού
- Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου (Αθανάτου, 2011).

Πριν το χειρουργείο ελέγχεται ότι η ασθενής είναι νηστική και λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της. Για την αποφυγή λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι της ασθενούς με το ονοματεπώνυμο της και την κλινική στην οποία ανήκει. Αν υπάρχουν, αφαιρούνται τα κοσμήματα, οι οδοντοστοιχίες και οι φακοί επαφής. Ελέγχεται ότι τα νύχια της ασθενούς δεν είναι βαμμένα (της έχουν δοθεί σχετικές οδηγίες από την προηγούμενη μέρα). Ελέγχεται η πληρότητα του φακέλου της ασθενούς. Το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου μπορεί να γίνει 1 -2 ώρες πριν από την επέμβαση (αν αυτή πρόκειται να καθυστερήσει, το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου γίνεται στην αίθουσα προετοιμασίας του χειρουργείου). Η ασθενής ενδύεται για το χειρουργείο με ειδικά ρούχα, σκούφια και εσώρουχο μιας χρήσης. Η ασθενής φορά επίσης αντιθρομβωτικές κάλτσες (αν χρειάζεται). Φυσικά, η ασθενής εμψυχώνεται μέχρι την ώρα της μεταφοράς της στο χειρουργείο. Μισή ώρα περίπου πριν από την προγραμματισμένη ώρα του χειρουργείου, γίνεται προνάρκωση της ασθενούς (Ιατράκης, 2010).

2.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο νοσηλευτής –τρια μετά την επιστροφή της ασθενούς από το χειρουργείο σχεδιάζει ένα πλάνο φροντίδας που έχει σαν σκοπό την παρακολούθηση της ασθενούς, την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών και την ταχεία μετεγχειρητική αποκατάσταση. Ειδικότερα:

- Αναζητά σημάδια αιμορραγίας. Η αιμορραγία είναι πιο συχνή μετά από διακολπική υστερεκτομή παρά μετά από κοιλιακή υστερεκτομή.

- Ελέγχονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία κάθε 4 ώρες, μετρώνται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Αυτά τα δεδομένα είναι σημαντικοί δείκτες της αιμοδυναμικής κατάστασης και των επιπλοκών.
- Ελέγχεται η ασθενής για επιπλοκές, όπως λοίμωξη, ειλεό, σοκ ή αιμορραγία, θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή.
- Ελέγχονται και εκτιμώνται τα κολπικά υγρά και βοηθιέται η γυναίκα στην υγιεινή του περινέου.
- Ελέγχεται το χειρουργικό τραύμα και γίνεται σε ακρόαση της κοιλίας για εντερικούς ήχους σε κάθε βάρδια.
- Προτρέπεται, διδάσκεται και βοηθιέται η ασθενής για αλλαγή θέσης, βήχα, βαθιές αναπνοές και για έγκαιρη κινητοποίηση (Lemone & Burke, 2014).

3.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

Η φυσική/σωματική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο στοχεύει στη διασφάλιση της άνεσης, τη διατήρηση της μέγιστης λειτουργικότητας και την πρόληψη των επιπλοκών. Περιλαμβάνει την εκμάθηση νέων μεθόδων για την προσωπική υγιεινή, το μπάνιο, την τουαλέτα, τη μετακίνηση, την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία, τη διατροφή, την περιποίηση των τραυμάτων, την πρόληψη λοιμώξεων, καθώς επίσης και χρήσιμες πρακτικές συμβουλές για την αλλαγή στην εικόνα σώματος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

Η διατήρηση επαρκούς διατροφικού επιπέδου είναι πολύ σημαντική υποστήριξη για τον ασθενή. Συνήθη προβλήματα όπως η δυσφαγία, η ανορεξία, η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια απασχολούν τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Συστήνονται εξατομικευμένες υπερθερμιδικές δίαιτες πλούσιες σε βιταμίνες, οι οποίες με επαρκή ενυδάτωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σίτιση από το στόμα, την παρεντερική και διεντερική οδό για την πρόληψη ή αντιμετώπιση της καχεξίας επηρεάζοντας γενικότερα την έκβαση (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

Η αναγνώριση και διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου και της θεραπείας της άπτεται στα νοσηλευτικά καθήκοντα. Συνήθη συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς στην χημειοθεραπεία είναι ο πόνος, η ναυτία, ο έμετος, η καχεξία, η κόπωση, προβλήματα στο δέρμα και τους βλεννογόνους, η δύσπνοια, η δυσκοιλιότητα, η σύγχυση. Για την επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων απαιτούνται αφενός γνώσεις για τη διαχείριση τους και αφετέρου τήρηση των αρχών αντιμετώπισης των προβλημάτων (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

4.ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

Η ανακουφιστική θεραπεία περιλαμβάνει μια σειρά μέτρων που σκοπεύουν στην ανακούφιση του ανθρώπου που πάσχει από μια βαριά και επιδεινούμενη νόσο. Η θεραπεία αποσκοπεί κυρίως σε:

- Συμπτωματική ανακούφιση της ασθενούς.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα της ζωής πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε κάθε σχεδιασμό της αντιμετώπισης συστηματικής νόσου.
- Προσαρμογή του περιβάλλοντος της ασθενούς παίρνοντας υπόψη τις προηγούμενες συνήθειες και εμπειρίες της.
- Προσπάθεια για την κατά το δυνατόν εξασφάλιση της αυτονομίας της ασθενούς (Ιατράκης, 2010).

Η ανακουφιστική φροντίδα εστιάζει κυρίως στους ασθενείς τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας και γενικότερα σε ασθενείς με μικρό ποσοστό επιβίωσης μέχρι και την περίοδο πένθους. Σαν παρεμβάσεις σε έναν ασθενή τελικού σταδίου μπορούν να αναφερθούν οι παρακάτω:

- Σωματικές ανάγκες/σχετιζόμενες με συμπτώματα: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στην ανακούφιση/διαχείριση του άλγους, της κόπωσης, της ανορεξίας, της δυσκοιλιότητας, της αϋπνίας, της δύσπνοιας, της απώλειας σωματικού βάρους, της έλλειψης ενέργειας (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).
- Ψυχολογικές/συναισθηματικές ανάγκες: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στη μείωση της ανησυχίας, της νευρικότητας, του φόβου για το μέλλον, στη βελτίωση των πιθανών αλλαγών στην εμφάνιση, στην ελάττωση του αισθήματος της απώλειας ελέγχου, της εξάρτησης από άλλους και διαχείριση των περιορισμών τους οποίους θέτει η νόσος, στη μείωση των ανησυχιών και του φόβου για διασπορά της νόσου, στη διαχείριση των φόβων που έχει η οικογένεια για τον ασθενή (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).
- Κοινωνικές ανάγκες: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στην ελάττωση της εξάρτησης από άλλους, στη μείωση της κοινωνικής

απομόνωσης, στη διατήρηση του ελέγχου στις καθημερινές τους δραστηριότητες, στην κοινωνική αποδοχή στην κοινότητα (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).

- Οικονομικές ανάγκες: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στη ρύθμιση των εξόδων για αγορά ιατρικών προμηθειών και άλλων υλικών, στη μείωση των περιορισμών για εργασία, στην εξασφάλιση άλλων οικονομικών πηγών (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).
- Ανάγκες Θρησκευτικές/πνευματικότητας: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στην ένωση με ανώτερη δύναμη/Θεό, στην επιθυμία να προσευχηθεί κάποιος μαζί τους, να τους επισκέπτεται ένας ιερέας στο νοσοκομείο (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).
- Ανάγκες πληροφόρησης/επικοινωνίας: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στις πληροφορίες οι οποίες θα μειώσουν το άγχος και τη σύγχυση που προκαλεί στον ασθενή η πρόγνωση της νόσου, στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον και στην κοινότητα, στους τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, στην πλήρη ενημέρωση για το αποτέλεσμα των εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).
- Ανάγκες Πρακτικές/καθημερινότητας: οι νοσηλευτικές πρακτικές αποβλέπουν στη φροντίδα των παιδιών κατά τις θεραπείες, στη μετακίνηση από και προς το νοσοκομείο, στην εύκολη πρόσβαση στις ογκολογικές κλινικές, στη βελτίωση των περιορισμών στη δραστηριότητα, στην ταχύτερη διαχείριση και καλύτερες υπηρεσίες εντός του νοσοκομείου (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).

5.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές μελέτες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την ανάπτυξη screening tests για τον καρκίνο ωοθήκης. Τα διαγνωστικά αυτά tests έχουν σκοπό να ανακαλύπτουν εγκαίρως καρκίνους όταν είναι ακόμα εντοπισμένοι στην ωοθήκη, βελτιώνοντας έτσι τα ποσοστά της θεραπείας και μειώνοντας την θνησιμότητα. Οι σημερινές δυνατότητες για screening των γυναικών συμπεριλαμβάνουν τη γυναικολογική εξέταση, το διακολπικό υπερηχογράφημα και τη μέτρηση στον ορό του CA125 (Peddireddi & Kanipakapatnam, 2015).

Οι νεοπλασίες Τύπου I (χαμηλού βαθμού ορώδες, ενδομητριοειδές, διαυγοκυτταρικό και βλεννώδες) αναπτύσσονται και φθάνουν σε μεγάλο μέγεθος όταν είναι ακόμα στα όρια της ωοθήκης. Ανευρίσκονται εύκολα με την πυελική εξέταση και/ή το διακολπικό υπέρηχογράφημα. Αποτελούν, όμως, μόνο το 25% των περιπτώσεων και είναι υπεύθυνοι για το 10% των θανάτων από ωοθηκικό καρκίνο. Για αυτό θα μπορούσε να ειπωθεί πως η ανάπτυξη μιας μεθόδου screening δεν είναι επείγουσα ανάγκη για τους Τύπου I καρκίνους (Peddireddi & Kanipakapatnam, 2015).

Από την άλλη μεριά, η ανακάλυψη ότι το μεγαλύτερο μέρος των καρκίνων Τύπου II (υψηλόβαθμος ορώδης και αδιαφοροποίητος καθώς και καρκινοσάρκωμα) προέρχονται έξω από την ωοθήκη υπογραμμίζει την ανάγκη για μια προσέγγιση screening για την εντόπιση αυτών των καρκίνων όταν περιορίζονται ακόμα στην ωοθήκη. Επιπλέον, οι Τύπου II αποτελούν το 75% των περιπτώσεων και είναι υπεύθυνοι για το 90% των θανάτων από ωοθηκικό καρκίνο. Δυστυχώς, οι Τύπου II σπάνια περιορίζονται μόνο στην ωοθήκη (Peddireddi & Kanipakapatnam, 2015).

5.1.Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην πρόληψη της νόσου πριν από τη βιολογική της εμφάνιση, επομένως βασίζεται στην αποφυγή παραγόντων κινδύνου και στην αύξηση των προστατευτικών παραγόντων. Οι σχετικές μελέτες δεν έχουν συσχετίσει τον καρκίνο των ωοθηκών με κάποιον

επιβαρυντικό παράγοντα, όπως τις διατροφικές συνήθειες, τη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών ή την έκθεση σε ακτινοβολία.

Ο καρκίνος των ωοθηκών συσχετίστηκε με παράγοντες όπως:

- Η επίδραση της συνδυασμένης χρήσης ορμονικών αντισυλληπτικών με τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών έχει συζητηθεί εδώ και πολύ καιρό. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον για μια περίοδο ορμονικά αντισυλληπτικά από το στόμα είχαν συνολικά μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών, ο οποίος παραμένει τουλάχιστον 20 χρόνια μετά την παύση της θεραπείας (Cortesi, et al., 2013).
- Οι γυναίκες που δεν είχαν ποτέ παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Σε αυτό το πεδίο υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για όσες γυναίκες έκαναν χρήση φαρμάκων γονιμότητας. Φαίνεται ότι η χρήση φαρμάκων για τη γονιμότητα δεν συμβάλλει σημαντικά στον κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών μεταξύ της πλειοψηφίας των γυναικών (Cortesi, et al., 2013).
- Τέλος, ο κίνδυνος καρκίνου των ωοθηκών μειώνεται στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αμφίπλευρη απολίνωση σαλπίγγων ή υστερεκτομή, πιθανώς επειδή αυτές οι χειρουργικές παρεμβάσεις δεν επιτρέπουν στους καρκινογόνους παράγοντες να εισέλθουν στο σώμα από τον κόλπο και να φτάσουν στις ωοθήκες (Cortesi, et al., 2013).
- Η ενδομητρίωση αποτελεί έναν άλλο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τον επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών. Η αυτοαναφερόμενη ενδομητρίωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο χαμηλού βαθμού κακοήθεις και ενδομητρίώδεις καρκίνους των ωοθηκών (Cortesi, et al., 2013).
- Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου παραμένει το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών. Μέχρι και το 10% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να έχουν κληρονομήσει μια γενετική μετάλλαξη που τους τοποθετεί σε ομάδα αυξημένου κινδύνου. Μεταλλάξεις στα γονίδια ευαισθησίας του καρκίνου του

μαστού και των ωοθηκών BRCA1 και BRCA2 προσδίδουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης για καρκίνο των ωοθηκών. Τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 είναι γονίδια καταστολής όγκων που εμπλέκονται σε πολλές κυτταρικές λειτουργίες για την πρόληψη της καρκινογένεσης (Cortesi, et al., 2013).

- Ορισμένες γυναίκες έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών λόγω κληρονομικών παθήσεων, που σχετίζονται με το σύνδρομο BRCA και το σύνδρομο Lynch. Έτσι, όταν μια γυναίκα είναι ύποπτη για μια από αυτές τις μορφές κληρονομικού ή οικογενειακού καρκίνου του μαστού και / ή των ωοθηκών, πρέπει η νοσηλεύτρια να την παραπέμψει σε ειδικό κέντρο που ειδικεύεται στην γενετική του καρκίνου, για παροχή συμβουλών για τον προσδιορισμό, τον ορισμό και τη διαχείριση του κινδύνου (Cortesi, et al., 2013).

5.2. Δευτερογενής πρόληψη για καρκίνο των ωοθηκών

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στη διάγνωση και τη θεραπεία της υπάρχουσας ασθένειας στα αρχικά στάδια πριν προκαλέσει σημαντική και έντονη νοσηρότητα. Η γλυκοπρωτεΐνη CA125 είναι ο πλέον μελετημένος δείκτης όγκου, μόνος ή και σε συνδυασμό με άλλους βιοδείκτες, για τον έλεγχο καρκίνου των ωοθηκών. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι ψευδοί επίπεδα CA125 μπορεί να εμφανιστούν σε γυναίκες με καλοήθεις καταστάσεις, όπως εμμηνόρροια, καλοήθεις κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση και πυελική φλεγμονώδη νόσο, καθώς και σε άλλες κακοήθειες, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων του μαστού, του πνεύμονα, του ενδομητρίου και του παγκρέατος. Έτσι, σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να παρουσιαστεί εσφαλμένη θετική εξέταση και ενδεχομένως να οδηγήσει σε περιττές χειρουργικές επεμβάσεις και στα επακόλουθα προβλήματα νοσηρότητας και κόστους (Cortesi, et al., 2013).

6. ΨΥΧΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΤΡΙΑΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην περίπτωση του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο τελικού σταδίου είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει τον άρρωστο και το περιβάλλον του και να συμβάλλει θετικά στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς απαιτείται από το νοσηλευτή:

- Τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.
- Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.
- Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.
- Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.
- Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μία καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευση του μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτοποίηση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση (Αθανάτου, 2011).

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό τη διερεύνηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα που αφορούν τον καρκίνο των ωοθηκών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά την τελευταία πενταετία στην αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η έρευνα σχετίστηκε με ζητήματα όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η παρηγορητική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών στην οποία αναφέρεται και η νοσηλευτική φροντίδα. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες αυτής της μορφής του καρκίνου και τη μάχη της επιστημονικής κοινότητας για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, με μόνο όπλο πλέον την παρηγορητική φροντίδα των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Οι θεραπευτικές επιλογές αναφέρονται πλέον σε προηγμένες τεχνικές, όπως η γενετική και τα μονοκλωνικά αντισώματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: καρκίνος, ωοθήκες, διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία, παρηγορητική φροντίδα.

Utsumi F., Kajiyama H., Niimi K., Sekiya R., Sakata J., Suzuki S., Shibata K., Mizuno M., Kikkawa F. (2017). Clinical significance and

predicting indicators of post-cancer-treatment survival in terminally ill patients with ovarian cancer. J Obstet Gynaecol Res.;43(2):365-370.

Abstract

AIM:

Women with ovarian cancer (OC) often experience relapse and receive further repetitive chemotherapy. The objective of this study was to overview the remaining survival time after the final chemotherapy and to examine influential clinicopathologic indicators in those patients.

METHODS:

The medical charts of deceased OC patients who had died of the disease between 2003 and 2012 were retrospectively reviewed. We investigated post-cancer-treatment survival (PCS) defined as the interval between the date of the final chemotherapy and death.

RESULTS:

In all, 77 patients were enrolled. Three patients (3.9%) had received chemotherapy in the last 2 weeks. Eight (10.4%), 28 (36.4%), and 44 (57.2%) patients had received chemotherapy in the last 30, 60, and 90 days, respectively. There were no differences in either survival after recurrence or overall survival between the shorter (<75 days) and longer (≥75 days) PCS groups. On the other hand, patients in the shorter PCS group had significantly fewer chances of referral to a hospice or home-care than those in the latter group ($P = 0.035$). In multivariable analysis, a poorer performance status, an elevated white blood cell count, and a higher C-reactive protein value were significantly correlated with a shorter PCS ($P = 0.004$, 0.006 and 0.027 , respectively).

CONCLUSION:

Half of the patients received chemotherapy within 75 days of death and we did not identify any survival benefit in patients who received chemotherapy near the end of life. We should provide information to patients about their

prognosis and discuss the timing of withdrawal from chemotherapy from the early stage of their recurrence.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Κλινική σημασία και πρόβλεψη δεικτών της επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Οι γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών εμφανίζουν συχνά υποτροπή και λαμβάνουν περαιτέρω επαναλαμβανόμενη χημειοθεραπεία. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η επισκόπηση του εναπομένοντος χρόνου επιβίωσης μετά την τελική χημειοθεραπεία και η εξέταση των επιδημιολογικών κλινικοπαθολογικών δεικτών σε αυτούς τους ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αναθεωρήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που είχαν πεθάνει από την ασθένεια μεταξύ 2003 και 2012. Διερευνήσαμε την επιβίωση μετά την τελευταία θεραπεία που ορίζεται ως το διάστημα μεταξύ της ημερομηνίας της τελικής χημειοθεραπείας και του θανάτου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Συνολικά, συμμετείχαν 77 ασθενείς. Τρεις ασθενείς (3,9%) έλαβαν χημειοθεραπεία τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Οκτώ (10,4%), 28 (36,4%) και 44 (57,2%) ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία τις τελευταίες 30, 60 και 90 ημέρες αντίστοιχα. Δεν υπήρξαν διαφορές είτε στην επιβίωση μετά την υποτροπή, είτε στη συνολική επιβίωση μεταξύ των μικρότερων (<75 ημερών) και των μεγαλύτερων (≥ 75 ημερών) ομάδων. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς της μικρότερης ομάδας είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να απευθυνθούν σε ένα νοσοκομείο ή σε κατ' οίκον φροντίδα από αυτούς της τελευταίας ομάδας ($P = 0,035$). Σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών, μια ασθενέστερη κατάσταση απόδοσης, αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων και υψηλότερη τιμή C-αντιδραστικής πρωτεΐνης συσχετίστηκαν σημαντικά με μικρότερο PCS ($P = 0,004$, $0,006$ και $0,027$ αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Οι μισοί από τους ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία εντός 75 ημερών από το θάνατο τους, δεν είχαν όφελος επιβίωσης. Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση και να συζητείται το χρονικό σημείο της απόσυρσης από τη χημειοθεραπεία.

Warren JL., Harlan LC., Trimble EL., Stevens J., Grimes M., Cronin KA. (2017). Trends in the receipt of guideline care and survival for

women with ovarian cancer: A population-based study. *Gynecol Oncol.*,2(21):345-56.

Abstract

BACKGROUND:

We assessed trends in the receipt of guideline care and 2-year cause-specific survival for women diagnosed with ovarian cancer.

METHODS:

This retrospective cohort analysis used National Cancer Institute's Patterns of Care studies data for women diagnosed with ovarian cancer in 2002 and 2011 (weighted n=6427). Data included patient characteristics, treatment type, and provider characteristics. We used logistic regression to evaluate the association of year of diagnosis with receipt of guideline surgery, multiagent chemotherapy, or both. Two-year cause-specific survival, 2002-2013, was assessed using SEER data.

RESULTS:

The adjusted rate of women who received stage-appropriate surgery, 48%, was unchanged from 2002 to 2011. Gynecologic oncologist (GO) consultations increased from 43% (2002) to 78% (2011). GO consultation was a significant predictor for receipt of guideline care, although only 40% of women who saw a GO received guideline surgery and chemotherapy. The percent of women who received guideline surgery and chemotherapy increased significantly from 32% in 2002 to 37% in 2011. From 2002 to 2011, 2-year cause-specific ovarian cancer survival was unchanged for Stages I-III cancers, with slight improvement for Stage IV cancers.

CONCLUSION:

Receipt of guideline care has improved modestly from 2002-2011 for women with ovarian cancer. Current treatment is far below clinical recommendations and may explain limited improvement in 2-year cause-specific survival. Most women consulted a GO in 2011 yet did not receive guideline care. There needs to be a better understanding of the decision-making process about

treatment during the consultation with GOs and other factors precluding receipt of guideline care.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Τάσεις στην καθοδήγηση της φροντίδας μέσω κατευθυντήριων γραμμών και επιβίωση των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών: Μια μελέτη βασισμένη στον πληθυσμό.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Σκοπός είναι να αξιολογηθούν οι τάσεις στην εφαρμογή της φροντίδας μέσω κατευθυντήριων γραμμών και διερεύνηση της 2ετούς επιβίωσης για τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αυτή η αναδρομική ανάλυση κοόρτης έκανε χρήση των δεδομένων του National Cancer Institute's Patterns για τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών, το 2002 και το 2011 (σταθμισμένες $n = 6427$). Τα στοιχεία περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τον τύπο της θεραπείας, και τα χαρακτηριστικά του παρόχου. Χρησιμοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση για να αξιολογηθεί η συσχέτιση του έτους της διάγνωσης με την χειρουργική επέμβαση, την εφαρμογή διαφόρων γραμμών χημειοθεραπείας, ή και τα δύο. Αξιολογήθηκαν δύο χρόνια αιτίας και επιβίωσης, 2002-2013, με τη χρήση δεδομένων SEER.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από το προσαρμοσμένο ποσοστό των γυναικών που έλαβαν ανάλογα με το στάδιο, χειρουργική θεραπεία, το 48%, παρέμεινε αμετάβλητο από το 2002 έως το 2011. Οι επισκέψεις σε ογκολόγο-γυναικολόγο αυξήθηκαν από 43% (2002) έως 78% (2011). Οι επισκέψεις σε ογκολόγο-γυναικολόγο ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εφαρμογή φροντίδας σύμφωνα με την κατευθυντήρια γραμμή, αν και μόνο το 40% των γυναικών που είδε ογκολόγο-γυναικολόγο έλαβε χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία κατά την κατευθυντήρια οδηγία. Το ποσοστό των γυναικών που έλαβαν χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία κατά την

κατευθυντήρια οδηγία αυξήθηκε σημαντικά από 32% το 2002 σε 37% το 2011. Από το 2002 έως το 2011, η διετής επιβίωση του καρκίνου των ωοθηκών ήταν αμετάβλητη για στάδια καρκίνου I-III, με ελαφρά βελτίωση για το στάδιο IV.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η εφαρμογή της φροντίδας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες έχει βελτιωθεί ελαφρώς το 2011 σε σχέση με το 2002 για τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών. Η τρέχουσα θεραπεία είναι πολύ πιο κάτω από τις κλινικές συστάσεις και μπορεί να εξηγήσει την περιορισμένη βελτίωση 2ετούς επιβίωσης. Περισσότερες γυναίκες είχαν επίσκεψη σε ογκολόγο-γυναικολόγο το 2011 αλλά δεν είχαν λάβει καμιά οδηγία κατά τις κατευθυντήριες γραμμές. Πρέπει να υπάρξει καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, κατά τη διάρκεια επισκέψεων σε ογκολόγο – γυναικολόγο και άλλους παράγοντες, που αποκλείουν τη λήψη της φροντίδας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές.

Grunewald T., Ledermann JA. (2017). Targeted Therapies for Ovarian Cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 8(1): S1521-6934.

Abstract

Epithelial ovarian cancer has the highest mortality rate of all gynaecological malignancies. Most women present with advanced disease and develop a recurrence after radical surgery and chemotherapy. Improving the results of first- or subsequent-line chemotherapy has been slow, and novel approaches to systemic treatment are needed. Ovarian cancer is a heterogeneous disease with complex molecular and genetic changes. Understanding these better will provide information on the mechanisms of resistance and opportunities to target therapy more rationally, exploiting specific changes in the tumour. Here we reviewed targeted approaches to therapy, focussing on targeting angiogenesis and inhibition of DNA repair, 2 areas that show promising activity. Additionally, we reviewed studies that are underway, targeting the cell cycle, signalling pathways and immunotherapeutic strategies. Many of these innovative approaches already demonstrate promising activity in ovarian cancer and have the potential to improve the outcome in women with ovarian cancer.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Στοχευμένες θεραπείες για τον καρκίνο των ωοθηκών.

Περίληψη

Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας όλων των γυναικολογικών κακοηθειών. Οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζονται με προχωρημένη νόσο και θα αναπτύξουν πιθανώς υποτροπή μετά από ριζική χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία. Η βελτίωση των αποτελεσμάτων της πρώτης γραμμής και της δεύτερης γραμμής χημειοθεραπείας είναι αμφίβολη, και προτείνονται κάποιες καινοτόμες προσεγγίσεις για τη θεραπεία. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μια ετερογενής νόσος με σύνθετες μοριακές και γενετικές αλλαγές. Η κατανόηση αυτών θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους μηχανισμούς αντίστασης και ευκαιρίες

να εφαρμοστεί στοχευμένη θεραπεία πιο ορθολογικά, αξιοποιώντας συγκεκριμένες αλλαγές στον όγκο. Στο συγκεκριμένο άρθρο αναφέρονται στοχοθετημένες προσεγγίσεις στη θεραπεία, εστιάζοντας στη στόχευση της αγγειογένεσης και στην αναστολή της επιδιόρθωσης του DNA, δύο περιοχές που παρουσιάζουν υποσχόμενη δραστηριότητα. Επιπλέον, εξετάζονται μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη, με στόχο τον κυτταρικό κύκλο και ανοσοθεραπευτικές στρατηγικές σηματοδότησης. Πολλές από αυτές τις καινοτόμες προσεγγίσεις έχουν ήδη δείξει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στον καρκίνο των ωοθηκών και έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν το αποτέλεσμα στις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών.

Hay CM., Courtney-Brooks M., Lefkowitz C., Hagan TL., Edwards RP., Donovan HS. (2016). Symptom management in women with recurrent ovarian cancer: Do patients and clinicians agree on what symptoms are most important? Gynecol Oncol.;143(2):367-370.

Abstract

OBJECTIVE:

We sought to compare symptoms identified as a priority by patients with recurrent ovarian cancer to symptoms most frequently documented by their clinicians, and examine the association between clinician documentation of symptoms and subsequent clinical intervention.

METHODS:

Single-institution, retrospective chart review of patients enrolled in WRITE Symptoms Study (GOG 259), a randomized controlled trial of internet-based recurrent ovarian cancer symptom management. As part of the trial, women completed the Symptom Representation Questionnaire for 28 symptoms and selected 3 priority symptoms (PS). We compared patient-reported PS to clinician documentation of symptoms and interventions over the time period corresponding to study enrollment.

RESULTS:

At least one PS was documented in 92% of patients. Of 150 PS reported by patients, 53% were never documented by clinicians; these symptoms tended to be less directly related to disease or treatment status. Symptoms not identified by patients as PS were frequently documented by clinicians; these symptoms tended to relate to physiologic effects of disease and treatment toxicity. 58% of patients had at least one PS intervention. PS intervened for were documented at 2.58 visits vs 0.50 visits for PS not receiving intervention ($p \leq 0.0001$).

CONCLUSIONS:

Discordance was identified between symptoms reported by patients as important and symptoms documented by clinicians. Symptoms more frequently documented were also more frequently intervened for. Our study

illustrates the need to improve identification of symptoms important to patients, and suggests that improving communication between patients and clinicians could increase intervention rates to enhance quality of life in women with recurrent ovarian cancer.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Διαχείριση συμπτωμάτων σε γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών: Οι ασθενείς και οι κλινικοί γιατροί συμφωνούν σε ποια συμπτώματα είναι πιο σημαντικά;

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Επιδιώξαμε να συγκρίνουμε τα συμπτώματα που εντοπίστηκαν σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών, σε σχέση με τα συμπτώματα που τεκμηριώνονται συχνότερα από τους κλινικούς ιατρούς τους και να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της τεκμηρίωσης των κλινικών συμπτωμάτων και της μετέπειτα κλινικής παρέμβασης.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη, σε ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη WRITE Symptoms Study (GOG 259), μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για τη διαχείριση των συμπτωμάτων του καρκίνου των ωοθηκών με βάση το Διαδίκτυο. Ως μέρος της δοκιμής, οι γυναίκες ολοκλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Αντιπροσώπευσης Συμπτωμάτων για 28 συμπτώματα και επέλεξαν 3 συμπτώματα προτεραιότητας. Συγκρίναμε τα συμπτώματα προτεραιότητας που αναφέρθηκαν από την ασθενή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα προτεραιότητας είχε τεκμηριωθεί στο 92% των ασθενών. Στα 150 συμπτώματα προτεραιότητας που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς, το 53% δεν τεκμηριώθηκε ποτέ από τους κλινικούς ιατρούς. Αυτά τα συμπτώματα τείνουν να σχετίζονται λιγότερο άμεσα με την ασθένεια ή την κατάσταση της θεραπείας. Τα συμπτώματα που δεν αναγνωρίστηκαν από τους ασθενείς ως συμπτώματα προτεραιότητας ήταν συχνά τεκμηριωμένα από τους κλινικούς ιατρούς. Αυτά τα συμπτώματα τείνουν να σχετίζονται με τις

φυσιολογικές επιδράσεις της νόσου και την τοξικότητα της θεραπείας. Το 58% των ασθενών είχε τουλάχιστον μία παρέμβαση για τα συμπτώματα προτεραιότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Μια ανακολουθία εντοπίστηκε ανάμεσα στα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ως σημαντικά και τα συμπτώματα που τεκμηριώθηκαν από τους κλινικούς ιατρούς. Η μελέτη μας δείχνει την ανάγκη βελτίωσης της αναγνώρισης των συμπτωμάτων που είναι σημαντικά για τους ασθενείς και προτείνει ότι η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και κλινικών θα μπορούσε να αυξήσει τα ποσοστά παρέμβασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών.

Seven M., Sahin E., Yilmaz S., Akyuz A. (2016). Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. J Clin Nurs. 25(21-22):3152-3159.

Abstract

AIMS AND OBJECTIVES:

To identify gynaecologic cancer patients' palliative care needs using the three levels of needs questionnaire.

BACKGROUND:

Measuring both the burden of symptoms and patient-reported palliative care needs is valuable to improve cancer care. Data representing the palliative care needs of cancer patients in Turkey remain limited.

DESIGN:

A cross-sectional descriptive study.

METHODS:

A total of 134 cancer patients were included in the study at an oncology hospital in Turkey. A data collection form, a short-form medical outcomes health survey, and the three levels of needs questionnaire were used to collect data.

RESULTS:

The mean age of participants was 59 ± 8.76 , of 69.4% were diagnosed with ovarian cancer and 52.2% had stage-3-4 cancer. Of patients, 69.3% had no desire for sexual intimacy, 33.5% expressed feeling as though they burden their families and 28.4% feel lonely at some level. The most prevalent problems were tiredness, to feel depressed and problems performing physical activities. The most frequent unmet needs were tiredness (60.5%), feel depressed (47.4%) and lack of appetite (38.5%).

CONCLUSIONS:

Gynaecologic cancer patients have relatively high prevalence of symptoms and unmet palliative care needs. Health professions mostly were unable to recognise and properly manage tiredness, depression as well as lack of appetite as an integral part of quality cancer care.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:

Nurses trained in palliative care are needed to evaluate and meet cancer patients' needs regularly to improve quality of palliative care. Nurses should examine the underlying reasons for most prevalent problems and give nursing care accordingly.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Παρηγορητικές ανάγκες φροντίδας ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ:

Ο εντοπισμός των αναγκών παρηγορητικής φροντίδας των γυναικολογικών παραγόντων του καρκίνου, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια των τριών επιπέδων αναγκών.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η μέτρηση τόσο του βάρους των συμπτωμάτων όσο και των αναφερόμενων αναγκών των ασθενών για παρηγορητική φροντίδα είναι πολύτιμη για τη βελτίωση της φροντίδας του καρκίνου. Τα δεδομένα που αντιπροσωπεύουν τις ανάγκες της παρηγορητικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο στην Τουρκία παραμένουν περιορισμένες.

ΣΧΕΔΙΟ:

Μια περιγραφική μελέτη σε εγκάρσια τομή.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Συνολικά 134 ασθενείς με καρκίνο συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη σε νοσοκομείο ογκολογίας στην Τουρκία. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα έντυπο συλλογής δεδομένων, μια σύντομη έρευνα υγείας για τα ιατρικά αποτελέσματα και το ερωτηματολόγιο των τριών επιπέδων αναγκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 59 ± 8 . (76 ως 69). 4% διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών και 52 (2%) είχαν καρκίνο σταδίου 3-4. Από τους ασθενείς, 69 (3%) δεν είχαν επιθυμία για σεξουαλική

οικειότητα, 33 (5%) εξέφρασαν την αίσθηση ότι επιβαρύνουν τις οικογένειές τους και το 28 (4%) αισθάνονται μοναξιά. Τα πιο διαδεδομένα προβλήματα ήταν η κούραση, η αίσθηση της κατάθλιψης και τα προβλήματα εκτέλεσης σωματικών δραστηριοτήτων. Οι συχνότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν η κόπωση (60,5%), το αίσθημα κατάθλιψης (47,4%) και έλλειψη όρεξης (38,5%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι γυναικολογικοί ασθενείς με καρκίνο έχουν σχετικά υψηλό επιπολασμό συμπτωμάτων και ανεπιθύμητες ανακουφιστικές ανάγκες. Τα επαγγέλματα υγείας δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν σωστά την κούραση, την κατάθλιψη καθώς και την έλλειψη όρεξης ως αναπόσπαστο μέρος της ποιοτικής φροντίδας του καρκίνου.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ:

Οι νοσηλευτές που εκπαιδεύονται στην παρηγορητική φροντίδα χρειάζονται για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται τακτικά στις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο για να βελτιώνουν την ποιότητα της παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξετάσουν τους λόγους στους οποίους οφείλονται τα πλέον επικρατέστερα προβλήματα και να παρέχουν ανάλογα νοσηλευτική φροντίδα.

Hay CM., Lefkowitz C., Crowley-Matoka M., Bakitas MA., Clark LH., Duska LR., Urban RR., Creasy SL., Schenker Y. (2017). Strategies for Introducing Outpatient Specialty Palliative Care in Gynecologic Oncology. J Oncol Pract.; 1:JOP2017020818.

Abstract

PURPOSE:

Concern that patients will react negatively to the idea of palliative care is cited as a barrier to timely referral. Strategies to successfully introduce specialty palliative care to patients have not been well described. We sought to understand how gynecologic oncologists introduce outpatient specialty palliative care.

METHODS:

We conducted a national qualitative interview study at six geographically diverse academic cancer centers with well-established palliative care clinics between September 2015 and March 2016. Thirty-four gynecologic oncologists participated in semistructured telephone interviews focusing on attitudes, experiences, and practices related to outpatient palliative care. A multidisciplinary team analyzed interview transcripts using constant comparative methods.

RESULTS:

Mean participant age was 47 years (standard deviation, 10 years). Mean interview length was 25 minutes (standard deviation, 7 minutes). Gynecologic oncologists described the following three main strategies for introducing outpatient specialty palliative care: focus initial palliative care referral on symptom management to dissociate palliative care from end-of-life care and facilitate early relationship building with palliative care clinicians; use a strong physician-patient relationship and patient trust to increase acceptance of referral; and explain and normalize palliative care referral to address negative associations and decrease patient fear of abandonment. These strategies aim to decrease negative patient associations and encourage acceptance of early referral to palliative care specialists.

CONCLUSION:

Gynecologic oncologists have developed strategies for introducing palliative care services to alleviate patient concerns. These strategies provide groundwork for developing system-wide best practice approaches to the presentation of palliative care referral.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Στρατηγικές για την Εισαγωγή της Παρηγορητικής Φροντίδας στην Γυναικολογική Ογκολογία.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Η ανησυχία ότι οι ασθενείς θα αντιδράσουν αρνητικά στην ιδέα της παρηγορητικής φροντίδας αναφέρεται ως εμπόδιο για την έγκαιρη παραπομπή για παρηγορητική φροντίδα. Οι στρατηγικές για την επιτυχή εισαγωγή της ειδικής παρηγορητικής φροντίδας στους ασθενείς δεν έχουν περιγραφεί επαρκώς. Προσπαθήσαμε να κατανοήσουμε πώς οι γυναικολογικοί ογκολόγοι εισάγουν την εξωνοσοκομειακή φροντίδα παρηγορητικής ειδικότητας.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Πραγματοποιήσαμε μια εθνική μελέτη με ποιοτική συνέντευξη σε έξι γεωγραφικά διαφορετικά ακαδημαϊκά κέντρα του καρκίνου με κλινικές παρηγορητικής φροντίδας, μεταξύ Σεπτεμβρίου 2015 και Μαρτίου 2016. Συνολικά 34 γυναικολόγοι-ογκολόγοι συμμετείχαν σε ημιδομημένες τηλεφωνικές συνεντεύξεις με επίκεντρο τις στάσεις, τις εμπειρίες και τις πρακτικές που σχετίζονται με εξωτερικά ιατρεία της παρηγορητικής Φροντίδας. Μια διεπιστημονική ομάδα ανέλυσε τη συνέντευξη χρησιμοποιώντας συγκριτικές μεθόδους για την ανάπτυξη επαγωγικά και να τελειοποιήσει ένα πλαίσιο κωδικοποίησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 47 έτη (τυπική απόκλιση, 10 έτη). Ο μέσος χρόνος της συνέντευξης ήταν 25 λεπτά (τυπική απόκλιση, 7 λεπτά). Οι γυναικολόγοι-ογκολόγοι περιγράφουν τρεις κύριες στρατηγικές για την εφαρμογή της παρηγορητικής φροντίδας: παροχή αρχικής παρηγορητικής

φροντίδας σχετικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων, διαχωρισμός της παρηγορητικής φροντίδας από τη φροντίδα στο τέλος της ζωής και έγκαιρη οικοδόμηση σχέσεων με τους κλινικούς ιατρούς ανακουφιστικής φροντίδας. Θεωρούν χρήσιμη την οικοδόμηση μιας ισχυρής σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς για να αυξήσουν την αποδοχή της παραπομπής. Επίσης θεωρούν ότι απαιτείται να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συσχετίσεις και να μειώσουν τον φόβο του ασθενούς για εγκατάλειψη. Αυτές οι στρατηγικές αποσκοπούν στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων των ασθενών και στην ενθάρρυνση της έγκαιρης παραπομπής σε ειδικούς της Παρηγορητικής Αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Οι γυναικολόγοι- ογκολόγοι έχουν αναπτύξει στρατηγικές για την εισαγωγή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας για να ανακουφίσουν τους ασθενείς με καρκίνο. Αυτές οι στρατηγικές παρέχουν τη βάση για την ανάπτυξη προσεγγίσεων βέλτιστης πρακτικής σε ολόκληρο το σύστημα για την παραπομπή σε δομές παρηγορητικής περίθαλψης.

Andrews L., Mutch DG. (2017). Hereditary Ovarian Cancer and Risk Reduction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2(12):521-537.

Abstract

Mutations in BRCA1 and BRCA2 account for hereditary breast and ovarian cancer syndrome in a majority of families and 14% of epithelial ovarian cancer cases. Despite next-generation sequencing, other identified genes (Lynch Syndrome, RAD51C, RAD51D, and BRIP1) account for only a small proportion of cases. The risk of ovarian cancer by age 70 is approximately 40% for BRCA1 and 18% for BRCA2. Most of these cancers are high-grade serous cancers that predominantly arise in the fimbriae of the fallopian tube. Ovarian screening does not improve outcomes, so women at high risk are recommended to undergo risk-reducing salpingo-oophorectomy around the age of 40, followed by hormone replacement therapy (HRT). Specimens should be carefully examined for occult malignancy. Genetic testing should only be performed after careful counseling, particularly if testing involves the testing of panels of genes that may identify unsuspected disease predisposition or confusing variants of uncertain significance.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Κληρονομικός Καρκίνος των ωοθηκών και μείωση του κινδύνου.

Περίληψη

Οι μεταλλάξεις των BRCA1 και BRCA2 αντιπροσωπεύουν τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού και καρκίνο των ωοθηκών στην πλειοψηφία των οικογενειών και το 14% των επιθηλιακών περιπτώσεων καρκίνου των ωοθηκών. Παρά την ανίχνευση γονιδίων, τα άλλα ταυτοποιημένα γονίδια (σύνδρομο Lynch, RAD51C, RAD51D, και BRIP1) αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων. Ο κίνδυνος του καρκίνου των ωοθηκών στην ηλικία των 70 είναι περίπου 40% για BRCA 1 και 18% για BRCA2. Οι περισσότεροι από αυτούς τους καρκίνους είναι υψηλής διαφοροποίησης ορώδεις καρκίνοι που προκύπτουν κυρίως στους κροσσούς της σάλπιγγας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος των ωοθηκών δεν βελτιώνει τα αποτελέσματα, και έτσι οι γυναίκες με υψηλό κίνδυνο συνιστώνται να υποβληθούν σε

σαλπγγωοθηκεκτομή για ελάττωση του κινδύνου, γύρω από την ηλικία των 40, που ακολουθείται από θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT). Τα δείγματα θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για πιθανή υποκρύπτουσα κακοήθεια. Ο γενετικός έλεγχος θα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προσεκτική συμβουλευτική, αφού προσδιοριστεί ανυποψίαστη προδιάθεση ασθένειας.

Koshiyama M., Matsumura N., Konishi I. (2017). Subtypes of Ovarian Cancer and Ovarian Cancer Screening. Diagnostics (Basel), 2;7(1):200-221.

Abstract

Ovarian cancer is the foremost cause of gynecological cancer death in the developed world, as it is usually diagnosed at an advanced stage. In this paper we discuss current issues, the efficacy and problems associated with ovarian cancer screening, and compare the characteristics of ovarian cancer subtypes. There are two types of ovarian cancer: Type I carcinomas, which are slow-growing, indolent neoplasms thought to arise from a precursor lesion, which are relatively common in Asia; and Type II carcinomas, which are clinically aggressive neoplasms that can develop de novo from serous tubal intraepithelial carcinomas (STIC) and/or ovarian surface epithelium and are common in Europe and the USA. One of the most famous studies on the subject reported that annual screening using CA125/transvaginal sonography (TVS) did not reduce the ovarian cancer mortality rate in the USA. In contrast, a recent study in the UK showed an overall average mortality reduction of 20% in the screening group. Another two studies further reported that the screening was associated with decreased stage at detection. Theoretically, annual screening using CA125/TVS could easily detect precursor lesions and could be more effective in Asia than in Europe and the USA. The detection of Type II ovarian carcinoma at an early stage remains an unresolved issue. The resolving power of CA125 or TVS screening alone is unlikely to be successful at resolving STICs. Biomarkers for the early detection of Type II carcinomas such as STICs need to be developed.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υποτύποι του καρκίνου των ωοθηκών και ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η κύρια αιτία των γυναικολογικών θανάτων από καρκίνο στον ανεπτυγμένο κόσμο, καθώς συνήθως διαγιγνώσκεται σε

προχωρημένο στάδιο. Σε αυτή την εργασία συζητούνται τα τρέχοντα ζητήματα, η αποτελεσματικότητα και τα προβλήματα που σχετίζονται με τον έλεγχο του καρκίνου των ωοθηκών, και συγκρίνονται τα χαρακτηριστικά των υποτύπων καρκίνου των ωοθηκών. Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου των ωοθηκών: καρκινώματα τύπου I, τα οποία είναι αργής ανάπτυξης νεοπλάσματα, που πιστεύεται ότι προέρχονται από μια πρόδρομο βλάβη, η οποία είναι σχετικά συχνή στην Ασία και τα καρκινώματα τύπου II, τα οποία είναι κλινικά επιθετικά νεοπλασμάτα που μπορούν να αναπτύξουν ορώδη σαλπιγγικά ενδοεπιθηλιακά καρκινώματα (STIC) και / ή επιφανειακό καρκίνο στο επιθήλιο των ωοθηκών και είναι κοινά στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Μια από τις πιο διάσημες μελέτες ανέφερε ότι η ετήσια εξέταση με τη χρήση CA125 και διακολπικού υπερηχογραφήματος (TVS) δεν μείωσε το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο των ωοθηκών στις ΗΠΑ. Αντίθετα, μια πρόσφατη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε μια συνολική μέση μείωση της θνησιμότητας κατά 20% στην ομάδα ελέγχου. Θεωρητικά, ο ετήσιος έλεγχος με τη χρήση CA125 / TVS θα μπορούσε εύκολα να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις και θα μπορούσε να είναι πιο αποτελεσματικός στην Ασία από ό, τι στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Η ανίχνευση καρκίνου των ωοθηκών τύπου II σε πρώιμο στάδιο παραμένει ένα άλυτο πρόβλημα. Η αναλυτική ικανότητα του CA125 ή του διακολπικού υπερηχογραφήματος είναι απίθανο να είναι επιτυχής στην ανίχνευση των οριακών μορφών καρκίνου των ωοθηκών. Πρέπει να αναπτυχθούν βιοδείκτες για την έγκαιρη διάγνωση των τύπων II καρκινωμάτων.

Ore RM, Baldwin L, Woolum D, Elliott E, Wijers C, Chen CY, Miller RW, DeSimone CP, Ueland FR, Kryscio RJ, Nagell JR, Pavlik EJ. (2017). Symptoms Relevant to Surveillance for Ovarian Cancer. Diagnostics (Basel), 20;7(1):18-43.

Abstract

To examine how frequently and confidently healthy women report symptoms during surveillance for ovarian cancer. A symptoms questionnaire was administered to 24,526 women over multiple visits accounting for 70,734 reports. 17,623 women completed the symptoms questionnaire more than one time. Reporting ovarian cancer symptoms was ~245 higher than ovarian cancer incidence. The positive predictive value (0.073%) for identifying ovarian cancer based on symptoms alone would predict one malignancy for 1368 cases taken to surgery due to reported symptoms. Confidence on the first questionnaire (83.3%) decreased to 74% when more than five questionnaires were completed. Age-related decreases in confidence were significant ($p < 0.0001$). Women reporting at least one symptom expressed more confidence ($41,984/52,379 = 80.2\%$) than women reporting no symptoms ($11,882/18,355 = 64.7\%$), $p < 0.0001$. Confidence was unrelated to history of hormone replacement therapy or abnormal ultrasound findings ($p = 0.30$ and 0.89). The frequency of symptoms relevant to ovarian cancer was much higher than the occurrence of ovarian cancer.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Συμπτώματα σχετικά με την επιτήρηση του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσουμε πόσο συχνά και πόσο εμπιστευτικά υγιείς γυναίκες αναφέρουν τα συμπτώματα για τον καρκίνο των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της μελέτης. Ένα ερωτηματολόγιο με τα συμπτώματα χορηγήθηκε σε 24.526 γυναίκες μετά από πολλαπλές επισκέψεις, που αντιπροσωπεύουν 70.734 αναφορές. 17.623 γυναίκες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για συμπτώματα για περισσότερο από ένα χρόνο. Αναφορά

συμπτωμάτων σχετικών με τον καρκίνο των ωοθηκών ήταν ~ 245 υψηλότερη από ό, τι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Η θετική προγνωστική αξία (0,073%) για τον εντοπισμό του καρκίνου των ωοθηκών με βάση μόνο τα συμπτώματα ήταν θετική σε 1368 περιπτώσεις. Η εμπιστοσύνη στο πρώτο ερωτηματολόγιο (83,3%) μειώθηκε στο 74% όταν είχαν ολοκληρωθεί περισσότερο από πέντε ερωτηματολόγια. Η σχετιζόμενη με την ηλικία μείωση της εμπιστοσύνης ήταν σημαντική ($p < 0,0001$). Οι γυναίκες αναφέρουν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα που εκφράζεται με περισσότερη εμπιστοσύνη ($41.984 / 52.379 = 80,2\%$) από ό, τι οι γυναίκες που αναφέρουν κανένα σύμπτωμα ($11.882 / 18.355 = 64,7\%$), $p < 0,0001$. Η εμπιστοσύνη ήταν άσχετη με το ιστορικό της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης ή παθολογικά ευρήματα υπερήχων ($p = 0,30$ και $0,89$). Τελικά η συχνότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο των ωοθηκών ήταν πολύ υψηλότερη από την εμφάνιση του καρκίνου των ωοθηκών.

Tucker PE., Cohen PA. (2017). Review Article: Sexuality and Risk-Reducing Salpingo-oophorectomy. Int J Gynecol Cancer, 34:34-45

Abstract

INTRODUCTION:

Women with familial cancer syndromes such as hereditary breast and ovarian cancer syndrome (BRCA1 and BRCA2) and Lynch syndrome are at a significantly increased risk of developing ovarian cancer and are advised to undergo prophylactic removal of their ovaries and fallopian tubes at age 35 to 40 years, after childbearing is complete.

METHODS:

A comprehensive literature search of studies on risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO), sexuality, and associated issues was conducted in MEDLINE databases.

RESULTS:

Risk-reducing salpingo-oophorectomy can significantly impact on a woman's psychological and sexual well-being, with women wishing they had received more information about this prior to undergoing surgery. The most commonly reported sexual symptoms experienced are vaginal dryness and reduced libido. Women who are premenopausal at the time of surgery may experience a greater decline in sexual function, with menopausal hormone therapy improving but not alleviating sexual symptoms. Pharmacological treatments including testosterone patches and flibanserin are available but have limited safety data in this group.

CONCLUSIONS:

Despite the high rates of sexual difficulties after RRSO, patient satisfaction with the decision to undergo surgery remains high. Preoperative counseling with women who are considering RRSO should include discussion of its potential sexual effects and the limitations of menopausal hormone therapy in managing symptoms of surgical menopause.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Άρθρο ανασκόπησης : Σεξουαλικότητα και μείωση του κινδύνου με την σαλπινγγοωθηκεκτομή.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Οι γυναίκες με οικογενή σύνδρομο καρκίνου όπως κληρονομικό καρκίνο μαστού και σύνδρομο καρκίνου ωοθηκών (BRCA1 και BRCA2) και το σύνδρομο Lynch βρίσκονται σε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου των ωοθηκών και συνιστάται να υποβληθούν σε προφυλακτική αφαίρεση των ωοθηκών τους και των σαλπίγγων στην ηλικία των 35 με 40 χρόνια, μετά την ολοκλήρωση της τεκνοποίησης.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική έρευνα των μελετών για τη μείωση του κινδύνου μετά από σαλπινγγοωθηκεκτομή (RRSO), τη σεξουαλικότητα, και των συναφών θεμάτων διεξήχθη στις βάσεις δεδομένων MEDLINE.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η σαλπινγγοωθηκεκτομή με σκοπό τη μείωση του κινδύνου καρκίνου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική και σεξουαλική ευεξία της γυναίκας. Οι γυναίκες που επιθυμούν μια τέτοια επέμβαση είχαν λάβει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Τα πιο συχνά αναφερόμενα σεξουαλικά συμπτώματα που βιώνουν είναι η κολπική ξηρότητα και η μειωμένη λίμπιντο. Οι γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση κατά το χρόνο της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερη μείωση στην σεξουαλική λειτουργία, αλλά όχι ανακούφιση από τα σεξουαλικά συμπτώματα. Οι φαρμακολογικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των επιθεμάτων τεστοστερόνης και flibanserin είναι διαθέσιμες, αλλά υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την ασφάλεια σε αυτή την ομάδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Παρά τα υψηλά ποσοστά σεξουαλικών δυσκολιών μετά από σαλπινγγοωθηκεκτομή, η ικανοποίηση του ασθενούς με την απόφαση να

υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η προεγχειρητική παροχή συμβουλών σε γυναίκες που σκέφτονται να υποβληθούν σε σαλπινγγοωθηκεκτομή θα πρέπει να περιλαμβάνει συζήτηση των πιθανών σεξουαλικών παρενεργειών και τους περιορισμούς της ορμονικής θεραπείας της εμμηνόπαυσης στη διαχείριση των συμπτωμάτων της χειρουργικής εμμηνόπαυσης.

**Jessmon P., Boulanger T., Zhou W., Patwardhan P. (2017).
Epidemiology and treatment patterns of epithelial ovarian cancer.
Expert Rev Anticancer Ther., 22:1-11.**

Abstract

INTRODUCTION:

While ovarian cancer (OC) is relatively rare, it remains one of the most fatal cancers. Lack of robust screening methods for eOC lead to detection of most cases at advanced stages, and most patients relapse following initial treatment. Areas covered: This review summarizes epidemiology and treatment patterns of epithelial ovarian cancer (eOC). MEDLINE, EMBASE, conference proceedings, and the Cochrane Library were searched using key terms and Medical Subject Headings for ovarian cancer, treatment patterns, and epidemiology to identify articles published from 2005-2015. Expert commentary: To improve early detection, future studies should focus on the identification of biomarkers that can detect asymptomatic disease. Following diagnosis and eventual relapse, response to first-line platinum appears to guide physicians' choice of subsequent therapies, but we do not understand what patients ultimately receive or its relationship to categories of response to first-line platinum. Improved understanding of later-line treatment patterns, by initial response to platinum, could correlate with overall outcomes among relapsed patients and promote development of more effective treatment guidelines. Novel treatment approaches, such as immunotherapies, would fulfill a need for an effective strategy against advanced stages of OC that results in fewer toxic side effects.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Επιδημιολογικά και θεραπευτικά μοτίβα του επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ενώ ο καρκίνος των ωοθηκών (OC) είναι σχετικά σπάνιος, παραμένει μία από τις πιο θανατηφόρες μορφές καρκίνου. Η έλλειψη ισχυρής μεθόδου διάγνωσης

για τον καρκίνο των ωοθηκών οδηγεί σε ανίχνευση στις περισσότερες περιπτώσεις σε προχωρημένα στάδια, και οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή μετά την αρχική θεραπεία. Τομείς που καλύπτονται: Η ανασκόπηση αυτή συνοψίζει τα επιδημιολογικά και θεραπευτικά μοτίβα του επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών. Έγινε αναζήτηση σε MEDLINE, EMBASE, πρακτικά συνεδρίων, και στη Cochrane Library χρησιμοποιώντας βασικούς όρους για τον καρκίνο των ωοθηκών, τα σχέδια θεραπείας και την επιδημιολογία, με σκοπό τον εντοπισμό άρθρων που δημοσιεύθηκαν από τα έτη 2005-2015. Σχόλιο Εμπειρογνώμονα: Για να βελτιωθεί η έγκαιρη διάγνωση, οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ταυτοποίηση βιοδεικτών που μπορεί να ανιχνεύσουν την ασυμπτωματική νόσο. Μετά τη διάγνωση και την ενδεχόμενη υποτροπή, η θεραπεία πρώτης γραμμής με πλατίνα φαίνεται να καθοδηγεί την επιλογή των γιατρών για τις μετέπειτα θεραπείες. Η βελτιωμένη κατανόηση των μοντέλων θεραπείας μετά την αρχική απάντηση στην πλατίνα, θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη συνολική έκβαση και την υποτροπή των ασθενών και να προωθήσει την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας. Οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η ανοσοθεραπεία, θα καλύψουν μια ανάγκη για μια αποτελεσματική στρατηγική για την καταπολέμηση της νόσου σε προχωρημένα στάδια και που θα έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες τοξικές παρενέργειες.

Leandersson P., Granåsen G., Borgfeldt C. (2017). Ovarian Cancer Surgery - A Population-based Registry Study. Anticancer Res., 7(4):1837-1845.

Abstract

BACKGROUND/AIM:

To evaluate ovarian cancer surgery in tertiary centers (TC) and regional hospitals (RH).

PATIENTS AND METHODS:

Data from the GynOp registry on patients undergoing surgery for ovarian cancer or borderline tumor from 2013 to 2015 were analyzed.

RESULTS:

Four TC and 21 RH reported 1,108 cases of surgery with curative intent, 770 cases (69.5%) in TC and 338 cases (30.5%) in RH. Out of 458 patients with International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) stage IIIC-IV disease 396 (86.5%) had surgery in TC. We found differences in selection for primary debulking surgery (PDS) (45% to 93%, $p<0.001$) and PDS achieving no residual tumor (36% to 70%, $p<0.001$) between the four TC. Major complications, re-admissions and re-operation rates did not differ between TC and RH.

CONCLUSION:

Tertiary centers perform more extensive surgery compared to regional hospitals without increased frequency of major complications. Tertiary centers display significant differences among patient selection for PDS, as well as achieving no residual tumor.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Χειρουργική του καρκίνου των ωοθηκών – Μια πληθυσμιακή μελέτη.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ / ΣΚΟΠΟΣ:

Να γίνει η αξιολόγηση της χειρουργικής επέμβασης του καρκίνου των ωοθηκών σε τριτοβάθμια κέντρα και τα περιφερειακά νοσοκομεία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αναλύθηκαν τα δεδομένα από το μητρώο GynOp σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο των ωοθηκών ή οριακούς όγκους τα έτη 2013-2015.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Συνολικά 4 τριτοβάθμια κέντρα και 21 περιφερειακά νοσοκομεία ανέφεραν 1.108 περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης, τα οποία αναλυτικότερα ήταν 770 περιπτώσεις (69,5%) σε τριτοβάθμια κέντρα και 338 περιπτώσεις (30,5%) σε περιφερειακά νοσοκομεία. Από τους 458 ασθενείς που κατατάχθηκαν κατά το πρότυπο της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολογίας και Μαιευτικής (FIGO) στο στάδιο IIIC-IV, οι 396 (86,5%) είχαν χειρουργική επέμβαση σε περιφερειακά νοσοκομεία. Βρέθηκαν διαφορές στην επιλογή για την πρωτογενή χειρουργική σταδιοποίηση (PDS) (45% έως 93%, $p < 0,001$) και PDS όγκου (36% έως 70%, $p < 0,001$) μεταξύ των τεσσάρων περιφερειακών νοσοκομείων. Οι σημαντικές επιπλοκές, οι εκ νέου εισαγωγές και τα ποσοστά επανεγχείρισης δεν διέφεραν μεταξύ τριτοβάθμιων και περιφερειακών νοσοκομείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Τα Τριτοβάθμια κέντρα εκτελούν πιο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με περιφερειακά νοσοκομεία χωρίς αύξηση της συχνότητας των μειζόνων επιπλοκών. Τα Τριτοβάθμια κέντρα εμφανίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της επιλογής των ασθενών για πρωτογενή χειρουργική σταδιοποίηση, καθώς και στην ανίχνευση υπολειμματική όγκου.

Shimada T. Saito T., Shimokawa M. Shimamoto K., Matsushita S., Yamaguchi S., Ariyoshi K. Okadome M. (2017). Improvement in the prognosis of ovarian cancer in the era before addition of molecular targeting therapy. Jpn J Clin Oncol., 24:1-5.

Abstract

Objective:

The prognosis of ovarian cancer has improved because of platinum- and taxane-containing chemotherapy. We investigated the 5-year disease-specific overall survival and prognostic factors of patients with advanced ovarian cancer to elucidate the change in clinical course of ovarian cancer with the advance of chemotherapy for patients who developed relapse in the era before the addition of molecular targeting therapy.

Methods:

We reviewed the clinical course of 134 patients with advanced ovarian cancer (FIGO Stage III and IV) treated in the past 11 years (1999-2010). We classified the patients into two groups: those who had been diagnosed with ovarian cancer from 1999 to 2005 (Group A) and those who had been diagnosed from 2006 to 2010 (Group B). We compared the 5-year disease-specific overall survival and median survival rates between these two groups. We also investigated the prognostic factors of 104 patients who developed relapse.

Results:

The 5-year disease-specific overall survival rate was significantly higher in Group B than A (67.0% vs. 38.6%; $P = 0.032$). Chemotherapy containing pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride, non-clear cell adenocarcinoma and intestinal resection were independent prognostic factors.

Conclusions:

The induction of new chemotherapeutic drugs and the increased variation of second- or third-line chemotherapy affected the improvement in overall survival of patients with advanced epithelial ovarian cancer.

Βελτίωση στην πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών στην εποχή πριν από την προσθήκη της θεραπείας μοριακής στόχευσης.

Περίληψη

Σκοπός:

Η πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών έχει βελτιωθεί λόγω της χημειοθεραπείας με πλατίνα και ταξάνιο. Ερευνήσαμε την 5-ετή συνολική επιβίωση και τους προγνωστικούς παράγοντες των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών για να αποσαφηνιστεί η αλλαγή στην κλινική πορεία του καρκίνου των ωοθηκών με την εκ των προτέρων χημειοθεραπεία για ασθενείς που ανέπτυξαν υποτροπή στην εποχή πριν από την προσθήκη της στοχευμένης μοριακής θεραπείας.

Μέθοδοι:

Εξετάσαμε την κλινική πορεία 134 ασθενών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών (FIGO στάδιο III και IV) που εμφανίστηκε κατά τα τελευταία 11 χρόνια (1999-2010). Οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε δύο ομάδες: σε εκείνους που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών τα έτη 1999-2005 (Ομάδα Α) και σε εκείνους που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών τα έτη 2006-2010 (Ομάδα Β). Συγκρίναμε τα συνολικά ποσοστά 5ετούς επιβίωσης και τη διάμεση επιβίωση μεταξύ αυτών των δύο ομάδων. Ερευνήσαμε επίσης τους προγνωστικούς παράγοντες των 104 ασθενών που ανέπτυξαν υποτροπή.

Αποτελέσματα:

Το συνολικό ποσοστό 5-έτους επιβίωσης ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα Β από την ομάδα Α (67,0% έναντι 38,6%? $P = 0,032$). Η χημειοθεραπεία που περιέχει πεγκυλιωμένη λιποσωματική υδροχλωρική δοξορουβικίνη, μη ξεκάθαρο αδenoκαρκίνωμα και εντερική εκτομή ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες.

Συμπεράσματα:

Η επαγωγή νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και η αυξημένη διακύμανση των δεύτερης ή τρίτης γραμμής χημειοθεραπείας επηρέασε την βελτίωση στη συνολική επιβίωση των ασθενών με προχωρημένο επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών.

Trudel-Fitzgerald C., Poole EM. Idahl A., Lundin E., Sood AK., Kawachi I., Kubzansky LD., Tworoger SS. (2017). The Association of Work Characteristics With Ovarian Cancer Risk and Mortality. Psychosom Med., 13(3):123-34.

Abstract

OBJECTIVE:

Ovarian cancer (OvCA) is a leading cause of cancer death for women. Depression and social isolation have been associated with a higher OvCA risk and poorer survival, but other forms of chronic psychosocial stress, including work-related characteristics, remain understudied.

METHODS:

Women from three prospective cohorts (Nurses' Health Study (NHS), n=31,754; Nurses' Health Study II (NHSII), n=74,260; Northern Sweden Health and Disease Study (NSHDS); nested case-control study=196) completed a job questionnaire, assessing demand and control at work, social support provided by coworkers and supervisor, and job security. Multivariate Cox and conditional logistic regression models estimated hazard ratios (HR; NHS/NHSII) and odd ratios (OR; NSHDS) of OvCA risk and mortality among cases. Random coefficient models were used for meta-analyses.

RESULTS:

There were 396 OvCA cases and 186 deaths during follow-up. Overall, job strain, strain chronicity, social support and job security were not significantly associated with OvCA risk. When considered individually, compared to low levels, only moderate levels of demand were associated with a reduced OvCA relative risk (pooled RR=0.66; CI=0.49,0.90). Social support provided by the coworker or the supervisor did not moderate the association of job strain with either OvCA risk or overall mortality.

CONCLUSION:

We did not observe clear associations between work characteristics and OvCA incidence or mortality, but further research with diverse populations is warranted.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της εργασίας και του κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών και της θνησιμότητας.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών και φτωχότερη επιβίωση, αλλά και άλλες μορφές χρόνιου ψυχοκοινωνικού στρες, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την εργασία, παραμένουν λίγο μελετημένα.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι γυναίκες από τρεις υποψήφιες ομάδες (Nurses' Health Study (NHS), n=31,754; Nurses' Health Study II (NHSII), n=74,260; Northern Sweden Health and Disease Study (NSHDS) συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την εργασία, που είχε στοιχεία σχετικά με την εκτίμηση της ζήτησης και τον έλεγχο στην εργασία, την κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται από τους συνεργάτες και επόπτες και την ασφάλεια της εργασίας. Πολυμεταβλητή Cox και υπό όρους μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν (HR? NHS / NHSII) και (OR? NSHDS) για την εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών και της θνησιμότητας μεταξύ των περιπτώσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Υπήρχαν 396 περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών και 186 θάνατοι κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Συνολικά, η παράμετρος εργασία, η παράμετρος χρονιότητα, η κοινωνική στήριξη και η ασφάλεια της εργασίας δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με ανάπτυξη κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών. Η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται από τον συνάδελφο ή τον επιβλέπων δεν μετριάζουν είτε την ανάπτυξη κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών ή τη συνολική θνησιμότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Δεν παρατηρήθηκαν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ χαρακτηριστικών εργασίας και ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών ή της θνησιμότητα, αλλά περαιτέρω έρευνα με διαφορετικούς πληθυσμούς είναι δικαιολογημένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος των ωοθηκών παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες, αφού αναφέρεται από όλες τις βιβλιογραφικές πηγές ότι το μεγάλο ζήτημα είναι η καθυστερημένη διάγνωση, λόγω της απουσίας συμπτωμάτων στα αρχικά στάδια της νόσου. Η έρευνα έχει δυο στόχους: ο πρώτος στόχος είναι η έγκαιρη διάγνωση και σκοπός της ερευνητικής προσπάθειας είναι η ανέρευση βιοδεικτών, που θα θέτουν έγκαιρα τη διάγνωση της νόσου, χωρίς όμως αυτό να είναι εφικτό μέχρι τώρα. Ο δεύτερος στόχος αφορά την θεραπευτική προσέγγιση της νόσου με την χρήση νέων μεθόδων, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα, η γενετική και τα νέα χημειοθεραπευτικά.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών αφορά τη συνήθη φροντίδα, αλλά λόγω της βαρύτητας της νόσου, μπορεί να επεκταθεί στην παρηγορητική και ανακουφιστική φροντίδα. Οι νοσηλεύτριες που εκπαιδεύονται στην παρηγορητική φροντίδα χρειάζονται για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται τακτικά στις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο για να βελτιώνουν την ποιότητα της παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να εντοπίζουν τα συνηθέστερα προβλήματα και να παρέχουν ανάλογα νοσηλευτική φροντίδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Τα όργανα της πυέλου στη γυναίκα	8
Εικόνα 2. Τα όργανα του συστήματος αναπαραγωγής της γυναίκας	9
Εικόνα 3. Το εσωτερικό των ωοθηκών	10
Εικόνα 4. Οι γεννητικοί κύκλοι της γυναίκας	12
Εικόνα 5. Διακολπικός υπέρηχος για έλεγχο των ωοθηκών	22
Εικόνα 6. Αξονική τομογραφία	23
Εικόνα 7.Λαπαροσκοπική ωοθηκεκτομή	26

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών	15
Πίνακας 2. Ταξινόμηση με βάση την ιστολογία	18
Πίνακας 3. Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών	24
Πίνακας 4. Πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών κατά στάδιο	29

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αθανάτου, Ε. (2011). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*. Ιδιωτική έκδοση
- Αντσακλής, Α. (2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Ιατράκης, Γ. (2010). *Γυναικολογική νοσηλευτική Φροντίδα*. Εκδόσεις: Δεσμός
- Ιατράκης, Γ. (2012). *Βιβλίο Γυναικολογίας*. Εκδόσεις: Δεσμός
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Αδαμακίδου Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα-Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ
- Κωνσταντινίδης, Θ.Ι., Φιλαλήθης Α. (2014). Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4):421-432
- Λαβδανίτη, Μ. (2000). Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. *Νοσηλευτική*, 39(3), 225-228.
- Λαβδανίτη, Μ., Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε. (2005). Αξιολόγηση της κόπωσης σε ασθενείς με καρκίνο. *Νοσηλευτική*, 44(3), 296-305.
- Φωτίου, Σ. (2009). Επιθηλιακός καρκίνος ωοθηκών Στο: *Γυναικολογική Ογκολογία*, Φωτίου Σ. Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα.

Ξένη

- Andrews, L., Mutch, DG. (2017). Hereditary Ovarian Cancer and Risk Reduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2(12):521-537.
- Chan, JK., Teoh, D., Hu, JM., Shin, JY., Osann, K., Kapp, DS. (2011). Do clear cell ovarian carcinomas have poorer prognosis compared to other epithelial cell types? *Gynecol Oncol*; 109(3):370-6.
- Cho, KR., Shin, I.(2009). Ovarian cancer. *Annu Rev Pathol*,4:287-313.
- Coleman, RL., Monk, BJ., Sood, AK., Herzog, TJ. (2013). Latest research and clinical treatment of advanced-stage epithelial ovarian cancer. *Nat Rev Clin Oncol*;10(4): 211–224.

- Cortesi, L., Toss A., De Matteis E. (2013). *Preventive Strategies for Ovarian Cancer. Ovarian Cancer - A Clinical and Translational Update*. Edited by Iván Díaz-Padilla, ISBN 978-953-51-1030-9., Publisher: InTech.
- Dowdy, SC., Stefanek, M., Hartmann, LC. (2012). Surgical risk reduction: prophylactic salpingoophorectomy and prophylactic mastectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 191(4):1113-23.
- Green, A., (2017). *Ovarian cancer*. Available at <http://www.medscape.com /viewarticle /805168>. Accessed: June 17, 2017.
- Grunewald T., Ledermann JA. (2017). Targeted Therapies for Ovarian Cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 8(1): S1521-6934.
- Hay, CM., Courtney-Brooks, M., Lefkowitz, C., Hagan, TL., Edwards, RP., Donovan, HS. (2016). Symptom management in women with recurrent ovarian cancer: Do patients and clinicians agree on what symptoms are most important? *Gynecol Oncol*;143(2):367-370.
- Hay, CM., Lefkowitz, C., Crowley-Matoka, M., Bakitas, MA., Clark, LH., Duska, LR., Urban, RR., Creasy, SL., Schenker, Y. (2017). Strategies for Introducing Outpatient Specialty Palliative Care in Gynecologic Oncology. *J Oncol Pract*; 1:JOP2017020818.
- Jessmon, P., Boulanger, T., Zhou, W., Patwardhan, P. (2017). Epidemiology and treatment patterns of epithelial ovarian cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*, 22:1-11.
- Koshiyama, M., Matsumura, N., Konishi, I. (2017). Subtypes of Ovarian Cancer and Ovarian Cancer Screening. *Diagnostics (Basel)*, 2;7(1):200-221.
- Leandersson, P., Granåsen, G., Borgfeldt, C. (2017). Ovarian Cancer Surgery - A Population-based Registry Study. *Anticancer Res*, 7(4):1837-1845.

- Lemone, P.,Burke, K. (2014). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος 1ος . 3η έκδοση. Εκδόσεις: Λαγός.
- Ore, RM, Baldwin, L, Woolum, D, Elliott, E, Wijers, C, Chen, CY, Miller, RW, DeSimone, CP, Ueland, FR, Kryscio, RJ, Nagell, JR, Pavlik, EJ. (2017). Symptoms Relevant to Surveillance for Ovarian Cancer. *Diagnostics (Basel)*, 20;7(1):18-43.
- Peddireddi, R., Kanipakapatnam, S., (2015). Role of prevention and screening in epithelial ovarian cancer. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* ;4(4):941-946
- Prat, J. (2014). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet*;24(1):1-5.
- Seven, M., Sahin, E., Yilmaz, S., Akyuz, A. (2016). Palliative care needs of patients with gynaecologic cancer. *J Clin Nurs.* ;25(21-22):3152-3159.
- Shimada, T. Saito, T., Shimokawa, M. Shimamoto K., Matsushita, S., Yamaguchi, S., Ariyoshi, K. Okadome, M. (2017). Improvement in the prognosis of ovarian cancer in the era before addition of molecular targeting therapy. *Jpn J Clin Oncol.*, 24:1-5.
- Smith, C. (2017). A Resident's Perspective of Ovarian Cancer. *Diagnostics*, 7, 24; doi:10.3390/diagnostics7020024
- Trudel-Fitzgerald, C., Poole, EM. Idahl, A., Lundin, E., Sood, AK., Kawachi, I., Kubzansky, LD., Tworoger, SS. (2017). The Association of Work Characteristics With Ovarian Cancer Risk and Mortality. *Psychosom Med.*, 13(3):123-34.
- Tucker, PE., Cohen, PA. (2017). Review Article: Sexuality and Risk-Reducing Salpingo-oophorectomy. *Int J Gynecol Cancer*, 34:34-45
- Utsumi, F., Kajiya, H., Niimi, K., Sekiya, R., Sakata, J., Suzuki, S., Shibata, K., Mizuno, M., Kikkawa, F. (2017). Clinical significance and predicting indicators of post-cancer-treatment survival in terminally ill patients with ovarian cancer. *J Obstet Gynaecol Res.*;43(2):365-370.

- Warren, JL., Harlan, LC., Trimble, EL., Stevens, J., Grimes, M., Cronin, KA. (2017). Trends in the receipt of guideline care and survival for women with ovarian cancer: A population-based study. *Gynecol Oncol*,2(21):345-56.
- Zeppernick, F., Meinhold-Heerlein, I. (2014). The new FIGO staging system for ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer. *Arch Gynecol Obstet*.;290 (5):839-42.