



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ**

Φοιτήτριες:

**Ράπτη Μαρία (Παλαιός Α.Μ.: 1800, νέος Α.Μ. :755)**

**Σταύρου Θεοφανία (Παλαιός Α.Μ.: 17417, νέος Α.Μ. :580)**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

**Δρ. Ζαμπίρα Ίρις**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Η παρούσα πτυχιακή εργασία «Καρκίνος των ωοθηκών και ο ρόλος του νοσηλευτήτριας» εκπονήθηκε από τις φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μαρίας Ράπη και Θεοφανίας Σταύρου, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Δρ. Ίρις Ζαμπίρα. Για την επιτυχή ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα Νοσηλευτικής, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους με στήριξαν. Πρωτίστως, τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες στην καθηγήτρια μας, της οποίας η καθοδήγηση υπήρξε καίρια και αποτελεσματική για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.*

# ΕΠΙΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	10
3.1. Βασικοί ορισμοί	10
3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου των ωθηκών	11
3.3. Ανατομία και φυσιολογία των ωθηκών	11
3.4. Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου των ωθηκών	13
3.5. Ταξινόμηση του καρκίνου των ωθηκών	16
3.6. Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωθηκών	17
3.7. Κλινική εικόνα του καρκίνου των ωθηκών	18
3.8. Επιπλοκές του καρκίνου των ωθηκών	19
3.9. Διάγνωση του καρκίνου των ωθηκών	19
3.9.1. Απεικονιστικός έλεγχος	19
3.9.2. Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων - Αξονική Τομογραφία (Positron Emission Tomography – Computed Tomography -PET/CT)	20
3.9.3. Βιοδείκτες	21
3.10. Διαφορική διάγνωση του καρκίνου των ωθηκών	21
3.11. Θεραπεία του καρκίνου των ωθηκών	22
3.11.1. Χειρουργική επέμβαση	23
3.11.2. Χημειοθεραπεία	23
3.11.3. Στοχευμένες θεραπείες	24
3.11.4. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου των Ωθηκών	25
3.11.5. Η παρηγορητική φροντίδα στον καρκίνο των ωθηκών	25
3.12. Πρόληψη του καρκίνου των ωθηκών-Ανίχνευση του γενικού πληθυσμού	26
3.13. Πρόγνωση και επιβίωση	28
3.14. Το πλαίσιο νοσηλευτική φροντίδας σε ασθενή με καρκίνο των ωθηκών	29

3.15. Νοσηλευτική εκτίμηση της ασθενούς	30
3.15.1. Νοσηλευτικό ιστορικό	30
3.15.2. Φυσική εξέταση	32
3.16. Προεγχειρητική φροντίδα-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	33
3.16.1. Προεγχειρητική συμβουλευτική ενημέρωση και διδασκαλία	33
3.16.2. Τελικός προεγχειρητικός έλεγχος	34
3.17. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	35
3.17.1. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικής υποθερμίας-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	36
3.17.2. Αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	37
3.17.3. Φροντίδα της ουροδόχου κύστης- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	38
3.17.4. Παροχετεύσεις τραύματος- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	38
3.17.5.Κινητοποίηση και φυσιοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	39
3.18. Χημειοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο ωοθηκών-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	39
3.18.1. Βασικές αρχές της χημειοθεραπείας	39
3.18.2. Νοσηλευτικές διεργασίες στη χορήγηση της χημειοθεραπείας	40
3.18.3. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	41
3.18.3.1. Ουδετεροπενία προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	41
3.18.3.2. Ναυτία και έμετος προκαλούμενα από τη χημειοθεραπεία – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	42
3.18.3.3. Διάρροια που προκαλείται από χημειοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	43
3.18.3.4. Αλωπεκίαση που προκαλείται από χημειοθεραπεία – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	44
3.18.3.5. Στοματίτιδα που προκαλείται από χημειοθεραπεία – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	44
3.19. Ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών	45
3.20. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΕΡΕΥΝΑ	49
4.1 Το είδος της έρευνας	49
4.2 Περιγραφή δείγματος	49
4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	49

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	50
4.5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ	54
5.1 Ανάλυση των δεδομένων	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στη σύγχρονη εποχή οι διάφορες μορφές καρκίνου των γεννητικών οργάνων της γυναίκας μπορούν να ανιχνευθούν και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Ωστόσο ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια εξαίρεση, καθώς δεν ανιχνεύεται έγκαιρα και συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν τεκμηριωμένη παρουσίαση της νόσου και του ρόλου των νοσηλευτών, με την αναζήτηση, την κριτική επεξεργασία και την παρουσίαση των δεδομένων της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα καθώς και επιστημονικά συγγράμματα δημοσιευμένα στην ελληνική γλώσσα.

**Αποτελέσματα:** Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί ένα νόσημα που παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες στην αντιμετώπιση και στη φροντίδας της άρρωστης γυναίκας, ιδιαίτερα όταν ανιχνεύεται σε προχωρημένα στάδια. Η αντιμετώπιση απαιτεί συνδυασμό της χειρουργικής θεραπείας και της χημειοθεραπείας, ενώ τελευταία εφαρμόζονται νεότερες στοχευμένες θεραπείες. Ωστόσο σε κάθε περίπτωση αυτές οι παρεμβάσεις αλλά και η ίδια η νόσος μπορούν να δημιουργήσουν μια σειρά από επιπλοκές που επηρεάζουν τη σωματική, ψυχο-συναισθηματική και κοινωνική υπόσταση της ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς ο ορθός σχεδιασμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας έχουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των συμπτωμάτων και της διαχείρισης της νόσου αλλά και στην προαγωγή της ποιότητας ζωής και της ευεξίας της ασθενούς. Τέλος ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής του ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί ένα νόσημα που απαιτεί έναν συνεχή αγώνα από την ασθενή και τους οικείους της, τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να συνδράμει σημαντικά στην πρόληψη, την αντιμετώπιση, τη διαχείριση της νόσου και να στηρίζει τις ασθενείς σε όλα τα στάδια της νόσου.

**Λέξεις-κλειδιά:** καρκίνος ωοθηκών, νοσηλευτική, παρηγορητική φροντίδα.

# ABSTRACT

**Introduction:** In modern times, various forms of cancer of the female genitalia can be detected and treated effectively. However, ovarian cancer is an exception, as it is not detected in time and is associated with increased morbidity and mortality.

**Aim:** The purpose of this thesis was a documented the presentation of the disease and the nurse's role, based on search, critical elaboration, and presentation of updated data.

**Methodology:** A review of the Greek and international bibliography in the electronic databases PubMed, Cinahl, Cochrane was carried out. The material of the study was selected articles published mainly in the last decade in English and Greek as well as scientific books published in Greek.

**Results:** Ovarian cancer is a disease that presents significant difficulties in the treatment and care of the sick woman, especially when it is detected in advanced stages. Treatment requires a combination of surgery and chemotherapy, while lately new targeted therapies being used. Nevertheless, these interventions create a series of complications that can affect women on physical, psycho-emotional, and social level. In any case, the role of nursing care is considered important, as proper planning and implementation of nursing care play an important role in improving symptoms and promoting the patient's quality of life and well-being. Finally, the role of nursing care in the context of palliative care and end life care is described.

**Conclusions:** Ovarian cancer is a disease that requires constant struggle by the patient, doctors, nurses, and caregivers. Nursing science can go in with prevention, treatment, management of the disease and support patients at all stages of the disease.

**Keywords:** ovarian cancer, nursing, palliative care.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρόνο εκατομμύρια ασθένειες περιγράφονται παγκοσμίως, ωστόσο ο καρκίνος φαίνεται να αποτελεί την κυρίαρχη μάστιγα της ανθρωπότητας. Από την άλλη, υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι η επιβίωση από τον καρκίνο μπορεί να βελτιωθεί με την έγκαιρη διάγνωση, η οποία είναι δυνητικά εφικτή μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης των συμπτωματικών ατόμων. Αυτό ισχύει για έναν σημαντικό αριθμό καρκίνων, συμπεριλαμβανομένων των περισσότερων γυναικολογικών καρκίνων (Richards, 2009).

Ωστόσο φαίνεται ότι ο καρκίνος των ωοθηκών δεν εντάσσεται στα παραπάνω δεδομένα. Ο συγκεκριμένος καρκίνος παρουσιάζει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, που οφείλονται στη μη ειδική φύση των συμπτωμάτων και στην απουσία ειδικού προσυμπτωματικού ελέγχου, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν ιατρική βοήθεια, όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια (Buys et al., 2011).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών χρειάζονται ενημέρωση και υποστήριξη. Ειδικά αναφέρεται ότι ο κλινικός νοσηλευτή-τρια λειτουργεί ως ο επαγγελματίας υγείας με βασικό ρόλο στα παραπάνω. Είναι ο επαγγελματίας υγείας που εξασφαλίζει επικοινωνία και πληροφόρηση, παρέχει υποστήριξη και ολιστική φροντίδα, σε αυτή τη μοναδική πορεία του καρκίνου μιας γυναίκας. Η αξία αυτού του ρόλου δεν μπορεί να υποτιμηθεί (Rooth, 2014).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται εισαγωγικά στοιχεία και η δομή της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με το θέμα. Ειδικότερα παρουσιάζονται βασικά στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου, η αιτιολογία και οι παράγοντες κινδύνου, η ταξινόμηση και η σταδιοποίηση της νόσου, η κλινική εικόνα, η διάγνωση και ο απεικονιστικός έλεγχος καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές. Το ίδιο κεφάλαιο συνεχίζει με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο των ωοθηκών. Αυτές περιγράφονται σε υποκεφάλαια, που παρουσιάζουν τη νοσηλευτική



εκτίμηση του ασθενούς, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις επιπλοκές της χημειοθεραπείας και τις ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα δεδομένα της έρευνας και στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δεδομένα της έρευνας σε σχέση με τα γενικότερα βιβλιογραφικά δεδομένα. Τέλος στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας και η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας σε κάθε περίπτωση καρκίνου θεωρείται θεμελιώδης και η συνεισφορά του στην επιβίωση του ασθενούς, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ή ακόμα και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών και στην παρηγορητική φροντίδα, θεωρούνται σαφώς τεκμηριωμένα.

Η παρούσα εργασία, με βάση τα παραπάνω δεδομένα, έχει σαν σκοπό να παρουσιάσει με τρόπο τεκμηριωμένο, όλα τα στοιχεία που υποστηρίζουν την παραπάνω θέση. Ο ασθενής με καρκίνο των ωοθηκών από τη στιγμή της διάγνωσης, ως τη θεραπεία ή το τέλος της ζωής βιώνει μια αβεβαιότητα, έχει συνεχώς το φόβο του καρκίνου και χρειάζεται συμπαράσταση και φροντίδα. Όλα αυτά καλύπτονται από την ορθή νοσηλευτική φροντίδα και πρακτική.

Επίσης η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό να αναδείξει το ρόλο της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών. Παρουσιάζονται λεπτομερώς όλα τα στοιχεία της νόσου και οι τομείς νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτή η εργασία αποτελεί μια τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά παρουσίαση όλων των δεδομένων της νόσου, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστημονικότητας και της τεκμηρίωσης.

Τέλος αυτή η εργασία έχει σαν στόχο να προβάλλει το σημαντικό ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας και να κινητοποιήσει τους συναδέλφους φοιτητές και νοσηλευτές, στην αποδοχή αυτού του μοναδικού ρόλου της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκίνου. Αυτή η φροντίδα ιδανικά πρέπει να ορίζεται από τη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς και από το πνεύμα της ολιστικής φροντίδας, με την κάλυψη των φυσικών, σωματικών, κοινωνικών και ψυχο-συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 3.1. Βασικοί ορισμοί

Ο όρος νεόπλασμα ή όγκος αναφέρεται σε μια δυνητικά αυξανόμενη μάζα μη φυσιολογικών κυττάρων. Όσο αυτή η μάζα παραμένει έγκλειστη, περιοριζόμενη, με σαφή όρια, λαμβάνει τον όρο καλοήθης νεόπλασμα. Ωστόσο αν τα καρκινικά κύτταρα αναπτυχθούν έξω από σαφή όρια και επεκταθούν προς τους γειτονικούς ιστούς, τότε ο όγκος ορίζεται ως κακοήθης και αναφέρεται ως καρκίνος. Στη συνέχεια, αν τα καρκινικά κύτταρα εισέλθουν στην κυκλοφορία ροή του αίματος ή στα λεμφικά αγγεία, μπορούν να μεταφερθούν σε μια άλλη θέση, δημιουργώντας έτσι έναν δευτερογενή όγκο. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται μετάσταση. Υπάρχουν περισσότερα από διακόσια διαφορετικά είδη καρκίνου που μπορούν να αναπτυχθούν στο ανθρώπινο σώμα (Friedman, 2012).

Ο καρκίνος, σε επίπεδο παθοφυσιολογίας, χαρακτηρίζεται από (Merkle, 2011):

- Μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων, ως αποτέλεσμα κυτταρικών ή και γενετικών μεταβολών.
- Έλλειψη ελεγχόμενης ανάπτυξης και κυτταρικής διαίρεσης που οδηγεί στο σχηματισμό των όγκων και της εισβολής ιστών σε γειτονικούς ιστούς.
- Ικανότητα εξάπλωσης (μετάσταση) σε απομακρυσμένες περιοχές και γένεση δευτερογενώς όγκων.
- Εισβολή των καρκινικών κυττάρων σε οποιονδήποτε ιστό του σώματος.
- Αποφυγή του φυσικού κυτταρικού θανάτου (απόπτωση).

Ειδικότερα ο καρκίνος των ωοθηκών περιλαμβάνει μια ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ωοθήκες, σε επίπεδο ιστολογίας, αποτελούνται από διαφοροποιημένους ιστούς, που επιτελούν πολλαπλές ορμονικές και αναπαραγωγικές λειτουργίες. Έτσι σε κάθε κυτταρική ομάδα μπορεί να αναπτυχθεί καρκινογένεση, με διαφορετικά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, ανάλογα την κυτταρική προέλευση (επιθηλιακοί όγκοι, όγκοι των βλαστικών κυττάρων και μεσεγχυματικοί όγκοι) (Lugani et al., 2016).

### **3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου των ωοθηκών**

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο έβδομος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος στις γυναίκες. Η αύξηση του πληθυσμού, οι αυξημένοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο, οι λιγότερες εγκυμοσύνες και η μειωμένη διάρκεια της γαλουχίας, οδήγησαν σε ανοδική τάση στη συχνότητα εμφάνισης γυναικολογικού καρκίνου σε όλο τον κόσμο (Sorik et al., 2015). Η σχετική συχνότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών είναι 1 στις 75 γυναίκες και η πιθανότητα θανάτου αφορά 1 στις 100 γυναίκες (Reid et al., 2017).

Σύμφωνα με το Global Cancer Observatory του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, το 2018, εντοπίστηκαν 295.414 κρούσματα καρκίνου των ωοθηκών, αντιπροσωπεύοντας το 3,4% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες (Torre et al., 2018). Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη (11,4 ανά 100.000 γυναίκες και 6.0 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα) (Bray et al., 2018). Παρόλο που η Κίνα έχει σχετικά χαμηλό ποσοστό επίπτωσης (4,1 ανά 100.000 γυναίκες), ο μεγάλος πληθυσμός μεταφράζεται σε περίπου 52.100 νέες περιπτώσεις και 22.500 σχετικούς θανάτους, όπως καταγράφηκε στο έτος 2015 (Chen et al., 2016).

Επίσης, σύμφωνα με το Global Cancer Observatory του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, το 2018 καταγράφηκαν 184.799 θάνατοι, που οφείλονταν στον καρκίνο των ωοθηκών, αντιπροσωπεύοντας το 4,4% της συνολικής θνησιμότητας μεταξύ των γυναικών με καρκίνο (Bray et al., 2018). Τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας παρατηρούνται στην Ασία και κυρίως στην Ινδία. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων γυναικών (Malvezzi et al., 2016).

### **3.3. Ανατομία και φυσιολογία των ωοθηκών**

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται στα έξω γεννητικά όργανα και στα έσω γεννητικά όργανα. Στα έξω γεννητικά όργανα περιγράφεται το αιδοίο, που αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου, τους βαρθολίνειους αδένες και τους παραουρηθρικούς αδένες. Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα περιγράφονται ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Ειδικότερα (Lowdermilk et al., 2013):

- Ο κόλπος συνιστά μια σωληνοειδής ινομυώδης δομή, που συνδέει τα έξω με τα έξω γεννητικά όργανα. Ο κόλπος λειτουργεί ως δίοδος για την αποβολή του αίματος της έμμηνου ρύσης, ως όργανο συνουσίας και ως μέρος του γεννητικού σωλήνα κατά τον κοιλικό τοκετό (Lowdermilk et al., 2013).
- Η μήτρα παρουσιάζει σχήμα αχλαδιού και είναι υπεύθυνη για μια ποικιλία λειτουργιών όπως η κύηση (εγκυμοσύνη), η εμμηνόρροια και ο τοκετός. Η μήτρα βρίσκεται στη γυναικεία λεκάνη αμέσως πίσω από την ουροδόχο κύστη και εμπρός από το ορθό. Η μήτρα διαιρείται σε τρία βασικά ανατομικά τμήματα: την κεφαλή, το σώμα και τον τράχηλο. Ανατομικά αποτελείται από τρία στρώματα ιστού που περιγράφονται ως εξής: το ενδομήτριο, που συνιστά την εσωτερική επένδυση, το μυομήτριο και το περιμήτριο, το λεπτό εξωτερικό στρώμα που αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα (Alimi et al., 2018).
- Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί περιγράφονται ως κυλινδρικές δομές με μήκος 8-14 εκ. και διάμετρο 1 εκ., που συνδέουν τις ωοθήκες με τη μήτρα (Briceag et al., 2015).
- Οι ωοθήκες περιγράφονται ως δομές σε σχήμα αμυγδάλου, που βρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας, με μήκος περίπου 2-5εκ., πλάτος 1,5-3εκ. και το βάρος 5-10γρ. Οι ωοθήκες βρίσκονται μία σε κάθε πλευρά, στα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου, σε μια εσοχή που ονομάζεται ωοθηκικός βόθρος. Κάθε ωοθήκη συνάπτεται με τη μήτρα με μία ταινία συνδετικού ιστού. Οι ωοθήκες αποτελούνται από δύο μοίρες: την μυελώδη εσωτερικά και τη φλοιώδη εξωτερικά. Στη φλοιώδη μοίρα βρίσκονται τα ωοθυλάκια στα διάφορα στάδια εξέλιξής τους (αρχέγονα, πρωτογενή, δευτερογενή, ώριμα, ωχρά και λευκά σωματία) (Zhu et al., 2016).

Σε σχέση με τη φυσιολογία, περιγράφονται δύο κύριες λειτουργίες των ωοθηκών. Η πρώτη λειτουργία των ωοθηκών είναι η παραγωγή ορμονών, η οποία αλλάζει κατά την εφηβεία. Οι ωοθήκες εκκρίνουν τις ορμόνες του φύλου, συμπεριλαμβανομένων των οιστρογόνων, της τεστοστερόνης, της αναστολίνης και της προγεστερόνης, σε απάντηση στα αυξανόμενα επίπεδα ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης (Gonadotropin-releasing hormone-GnRH). Αυτή η δραστηριότητα δημιουργεί τον άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθήκης. Ειδικότερα η γοναδοτροπίνη εκκρίνεται από τον υποθάλαμο, η οποία δρα στα κύτταρα της πρόσθιας υπόφυσης. Η πρόσθια υπόφυση παράγει στη συνέχεια την ορμόνη διέγερσης των

ωοθυλακίων (Follicle-Stimulating Hormone-FSH) και την ωχρινοτρόπο ορμόνη (Luteinizing Hormone-LH), ορμόνες που είναι υπεύθυνες για την καταμήνια ωρίμανση των ωοθυλακίων, ξεκινώντας την διαδικασία της ωοθυλακιορρηξίας (Richards & Pangas, 2010).

Δεύτερον, οι ωοθήκες περιέχουν τα ωάρια ή ωοκύτταρα. Εντός του φλοιού των ωοθηκών περιέχονται τα ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ανώριμο ωάριο. Κάθε μήνα 1-2 ωοθυλάκια διεγείρονται από τις ορμόνες FSH και LH προς ωρίμανση. Τα ώριμα ωοθυλάκια περιγράφονται ως γραφιανά ωοθυλάκια (Graaf follicles), τα οποία παράγουν οιστρογόνα, που διεγείρουν την ανάπτυξη του ενδομητρίου. Κάθε μήνα, στη μέση περίπου του έμμηνου κύκλου, το ώριμο ωοθυλάκιο αποβάλλει ένα ωοκύτταρο, γεγονός που περιγράφεται ως ωοθυλακιορρηξία. Το ραγέν ωοθυλάκιο σχηματίζει μια δομή, που καλείται ωχρό σωματίο. Αυτό με τη σειρά του παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη, για να ενισχύσει το ενδομήτριο μέχρι να γίνει η σύλληψη. Αν δεν πραγματοποιηθεί η σύλληψη, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται και αποβάλλεται με την έμμηνο ρύση (Mihm et al., 2011).

Οι ωοθήκες, σε επίπεδο εμβρυογένεσης, προέρχονται από πολλαπλές εμβρυϊκές δομές. Ως αποτέλεσμα της σύνθετης εμβρυολογικής ανάπτυξής τους, οι ωοθήκες αποτελούνται από διάφορους κυτταρικούς τύπους που εξυπηρετούν ειδικές δομικές, ορμονικές ή αναπαραγωγικές λειτουργίες, όπως περιγράφονται παραπάνω. Επιπλέον, κάθε τύπος κυττάρου μπορεί να εξελιχθεί σε ένα σαφώς διαφορετικό νεόπλασμα. Για το λόγο αυτό παρατηρείται έντονη ποικιλομορφία στις νεοπλασματικές διεργασίες των ωοθηκών (Erickson et al., 2013).

### **3.4. Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου των ωοθηκών**

Διάφοροι τροποποιήσιμοι και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών, όπως η αύξηση της ηλικίας, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, οι γενετικές μεταλλάξεις (π.χ. BRCA1/ BRCA2), η παχυσαρκία, η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης ή ακόμα ο αυξημένος αριθμός κύκλων ωορρηξίας κατά τη διάρκεια της ζωής (Wentzensen et al., 2016).

Οι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου δείχνουν σημαντική ετερογένεια μεταξύ των υποτύπων του καρκίνου των ωοθηκών. Περίπου το 20% καρκίνων των ωοθηκών

συνδέονται με το οικογενειακό ιστορικό, με την παρουσία καρκίνου σε συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού. Οι κληρονομικές μεταλλάξεις σχετίζονται με το 5 -15% όλων των καρκινωμάτων των ωοθηκών. Τα συνηθέστερα γενετικά σύνδρομα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τον κληρονομικό καρκίνο μαστού και ωοθηκών (δηλ. BRCA1 και BRCA2) και τα σύνδρομα Lynch και Peutz-Jeghers (Hampel et al., 2015).

Ειδικότερα, ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών είναι μια ασθένεια που σχετίζεται με την ηλικία και θεωρείται κυρίως ως μια μετεμμηνοπαυσιακή ασθένεια. Η συχνότητα εμφάνισης αυτού του καρκίνου καταγράφεται αυξημένη στις γυναίκες άνω των 65 ετών (Chornokur et al., 2013). Η σχέση μεταξύ της ηλικίας και της έκβασης του καρκίνου των ωοθηκών είναι αβέβαιη (Arora et al., 2018). Πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η νεαρή ηλικία καρκίνου των ωοθηκών συσχετίζεται με τη βελτιωμένη έκβαση, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία στην ασθένεια αυτή συνδέεται με πιο προχωρημένη νόσο και κατά συνέπεια με χαμηλότερη επιβίωση (Momenimovahed et al., 2019).

Στον παράγοντα κληρονομικότητα και οικογενειακό ιστορικό περιγράφεται η σχέση του καρκίνου με τη μετάλλαξη των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 (Breast Cancer Susceptibility Gene). Τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 είναι δυο ξεχωριστά γονίδια που αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικά χρωμοσώματα. Αυτά τα γονίδια θεωρούνται ως γονίδια καταστολής των όγκων. Έχει αποδειχθεί ότι τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό οικογενούς καρκίνου των ωοθηκών και του μαστού (O'Donovan & Livingston, 2010). Έτσι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο των ωοθηκών είναι το θετικό οικογενειακό ιστορικό σχετικά με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών αυξάνεται περίπου κατά 50% στις γυναίκες που έχουν πρώτου βαθμού συγγενή με ιστορικό καρκίνο των ωοθηκών. Αντίστοιχα ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών αυξάνεται περίπου κατά 10% όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό σε συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού (Torre et al., 2018).

Η επιδημιολογική έρευνα έχει σαφώς εμπλέξει τους ορμονικούς και αναπαραγωγικούς παράγοντες στην παθογένεση του καρκίνου των ωοθηκών. Η πρώτη προσέγγιση αναφέρεται στην έννοια της «συνεχούς ωορρηξίας». Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής μιας γυναίκας, η ωορρηξία εμφανίζεται επανειλημμένα, γεγονός που προκαλεί επαναλαμβανόμενη βλάβη- τραύμα στο επιθήλιο των ωοθηκών, προκαλώντας τελικά κυτταρική βλάβη στο κυτταρικό DNA. Τα επιθηλιακά κύτταρα

που έχουν υποστεί βλάβη στο DNA είναι πολύ ευαίσθητα στην αλλαγή, πράγμα που διευκολύνει την μετάλλαξη και την καρκινογένεση (Kurman & Shih, 2010).

Αυτή η θεωρία είναι συνεπής με επιδημιολογικά δεδομένα όπου ο αριθμός κύκλων ωορρηξίας σχετίζεται με τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών. Η αδυναμία αυτής της θεωρίας είναι ότι δεν μπορεί να εξηγήσει την παθογένεση όλων των ιστολογικών τύπων του καρκίνου των ωοθηκών. Επιπλέον, αυτή η θεωρία έρχεται σε αντίθεση με το γεγονός ότι σε ασθενείς με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, που παρουσιάζουν μείωση στον αριθμό των κύκλων ωορρηξίας, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών είναι υψηλότερος (McCluggage, 2011).

Μια δεύτερη προσέγγιση περιγράφεται από τη θεωρία της σαλπινγκικής προέλευσης. Οι περισσότεροι ερευνητές πίστευαν ότι ο καρκίνος των ωοθηκών προέρχεται από την ίδια την ωοθήκη. Επομένως, λίγοι προσπάθησαν να αναζητήσουν πρόδρομες καρκινικές αλλοιώσεις σε άλλες περιοχές του γεννητικού συστήματος. Σε σχετικές μελέτες περιγράφηκε ότι η επιθηλιακή δυσπλασία βρέθηκε σε υψηλή συχνότητα στις σάλπιγγες των γυναικών με μεταλλάξεις γονιδίων BRCA1/ 2 που υποβλήθηκαν σε προφυλακτική σαλπινγιο-ωοθηκεκτομή. Άλλες μελέτες βρήκαν παρόμοια ιστολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου των ωοθηκών στο περιτοναϊκό υγρό, σε καρκινικές καταστάσεις που δεν είχαν σχέση με τις ωοθήκες. Με βάση αυτές τις μελέτες, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι σάλπιγγες πιθανότατα είναι η θέση των προδρόμων δυσπλασιών, οι οποίες τελικά εξαπλώνονται στις γειτονικές ωοθήκες (Erickson et al., 2013).

Τέλος στη βιβλιογραφία αναφέρεται η θεωρία των δύο οδών. Αυτή η θεωρία προτάθηκε αρχικά από τους Kurman και Shih το 2004, οι οποίοι προσπάθησαν να ενσωματώσουν τα ιστολογικά, κλινικά και γενετικά ευρήματα του καρκίνου των ωοθηκών. Έτσι διαχώρισαν τον καρκίνο των ωοθηκών σε 2 τύπους, τον τύπο I και τον τύπο II. Ο καρκίνος των ωοθηκών τύπου I αποτελείται από νεοπλάσματα χαμηλής διαφοροποίησης, που προκύπτουν σταδιακά από οριακούς όγκους. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται χαμηλού βαθμού ορώδη, ενδομητριοειδή, βλεννώδη, διαυγο-κυτταρικά καρκινώματα και οι κακοήθεις όγκους Brenner. Ο καρκίνος των ωοθηκών τύπου II αποτελείται από υψηλής διαφοροποίησης ιστολογικούς τύπους. Οι όγκοι τύπου II περιλαμβάνουν υψηλού βαθμού ορώδη και ενδομητριοειδή καρκινώματα, κακοήθεις μικτούς μεσοδερμικούς όγκους και αδιαφοροποίητους



όγκους. Έτσι σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι πρόδρομες αλλοιώσεις πιστεύεται ότι προέρχονται από τον καρκίνο των ωοθηκών τύπου I. Σε αυτές τις αλλοιώσεις, ο καρκίνος των ωοθηκών αναπτύσσεται αργά, τείνει να είναι καλοήθης και συνήθως επηρεάζει μόνο τη μία ωοθήκη (Kurman & Shih, 2004).

Σε αντίθεση με τον καρκίνο των ωοθηκών τύπου I, οι πρόδρομες βλάβες του καρκίνου των ωοθηκών τύπου II τείνουν να αναπτύσσονται πιο επιθετικά, είναι γενετικά ασταθείς και συνήθως διαγιγνώσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο. Η πλειονότητα των καρκίνων των ωοθηκών τύπου II παρουσιάζουν μεταλλάξεις γονιδίων. Οι πρόδρομοι καρκινικοί τύποι μπορεί να προέρχονται από τις σάλπιγγες. Γενικά, αυτή η θεωρία θεωρείται πιο έγκυρη στην ερμηνεία της παθογένειας του καρκίνου των ωοθηκών (Koshiyama et al., 2014).

Από την άλλη, πολλοί τροποποιήσιμοι παράγοντες έχει θεωρηθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο ή μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών. Γενικά, ο καρκίνος των ωοθηκών έχει συσχετιστεί με τις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερο αριθμό κύκλων ωορρηξίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Webb & Jordan, 2017). Ως εκ τούτου, παράγοντες που σχετίζονται με τη μείωση της ικανότητας της γυναίκας για ωορρηξία έχουν συνδεθεί με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών. Για παράδειγμα, τόσο η πρόωμη εμμηναρχή, όσο και η εμμηνόπαυση σε προχωρημένη ηλικία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών (Gong et al., 2013).

Ομοίως, οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, έχουν χαμηλότερο κίνδυνο από τις άτεκνες γυναίκες, με αναφερόμενη μείωση του κινδύνου κατά 10-20% σε σχέση για κάθε επιπλέον κύηση. Επίσης μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν χαμηλότερο κίνδυνο σε σύγκριση με αυτές που δεν θηλάζουν (Wentzensen et al., 2016). Τέλος περιγράφεται ότι η χρήση ορμονών (οιστρογόνων και προγεστερόνης), ως από του στόματος αντισυλληπτικά, έχει συσχετισθεί έντονα με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών (Jatoi et al., 2015).

### **3.5. Ταξινόμηση του καρκίνου των ωοθηκών**

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μία νόσος κατά την οποία παρατηρείται μετάλλαξη των φυσιολογικών κυττάρων των ωοθηκών, γεγονός που οδηγεί στην γένεση των όγκων. Ιστολογικά καταγράφονται περισσότεροι από 30 διαφορετικοί

τύποι καρκίνου των ωοθηκών, που κατατάσσονται ανάλογα με τον κυτταρικό τύπο στον οποίο αρχίζει η κακοήθεια. Σε γενικές γραμμές ο καρκίνος των ωοθηκών ταξινομείται σε δυο μεγάλες κατηγορίες (Γεωργαδάκη & Ζουμπουρλής, 2016).

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι όγκοι που προέρχονται από τα κύτταρα της επιφάνειας της ωοθήκης (επιθηλιακός καρκίνος). Υπάρχει ποικιλία ιστολογικών τύπων των επιθηλιακών όγκων των ωοθηκών, με πιο συχνούς τους ορώδεις επιθηλιακούς όγκους, τους βλενώδεις επιθηλιακούς όγκους και τους ενδομητριοειδείς όγκους. Σπανιότεροι ιστολογικοί τύποι είναι οι όγκοι Brenner, οι διαυγοκυτταρικοί, οι αδιαφοροποίητοι και οι αταξινόμητοι όγκοι (Ιατράκης, 2015). Πρέπει να σημειωθεί ότι περίπου το 80-90% των καρκίνων των ωοθηκών αναφέρεται σε επιθηλιακούς καρκίνους (Γεωργαδάκη & Ζουμπουρλής, 2016).

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι όγκοι που προέρχονται από ιστούς εντός της ωοθήκης (μη επιθηλιακός καρκίνος). Σε αυτή την κατηγορία περιγράφονται οι όγκοι των γεννητικών κυττάρων (ανώριμο τεράτωμα, δυσγερμίνωμα, χοριοκαρκίνωμα, γοναδοβλάστωμα, εμβρυικός όγκος και όγκος του λεκιθικού ασκού) και οι στρωματικοί όγκοι (κοκκιοστρωματικοί όγκοι, όγκοι των κυττάρων Sertoli-Leydig, στεροειδείς όγκοι και διάφοροι άλλοι). Τέλος ειδική κατηγορία αποτελούν οι μεταστατικοί όγκοι, που συνήθως προέρχονται από το γαστρεντερικό σωλήνα το μαστό ή τη μήτρα (Ιατράκης, 2015).

### **3.6. Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών**

Η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών και βασίζεται στο σύστημα TNM (Tumor-Node-Metastasis) και στην σταδιοποίηση που προτάθηκε από την International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Ανάλογα λοιπόν με τον εντοπισμό του όγκου (T), με την ύπαρξη ή μη διήθησης λεμφαδένων (N) και μετάστασης (M) ο καρκίνος των ωοθηκών μπορεί να σταθεροποιηθεί σε τέσσερα στάδια τα οποία περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί (Berek et al., 2018):

<b>Πίνακας 1: Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών (Berek et al., 2018)</b>	
<b>Στάδιο I:</b> Ο όγκος περιορίζεται στην ωοθήκη (ή ωοθήκες).	T1-N0-M0
<b>Στάδιο II:</b> Ο όγκος επεκτείνεται στη μία ή και τις δύο ωοθήκες ή σάλπιγγες με επέκταση στην πύελο (κάτω από το πυελικό χείλος) ή εντοπίζεται περιτοναϊκός καρκίνος.	T2-N0-M0
<b>Στάδιο III:</b> Ο όγκος περιλαμβάνει τη μία ή και τις δύο ωοθήκες ή σάλπιγγες ή περιτοναϊκός καρκίνος με κυτταρολογικά ή ιστολογικά επιβεβαιωμένη εξάπλωση στο περιτόναιο έξω από τη λεκάνη ή/ και μετάσταση στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες.	T1 / T2-N1-M0
<b>Στάδιο IV:</b> Ανευρίσκονται απομακρυσμένες μεταστάσεις εκτός από περιτοναϊκές μεταστάσεις. Παρεγχυματικές μεταστάσεις και μεταστάσεις σε εξω-κοιλιακά όργανα (συμπεριλαμβανομένων των βουβωνικών λεμφαδένων και των λεμφαδένων έξω από την κοιλιακή κοιλότητα).	Οποιοσδήποτε T, Οποιοδήποτε N, M1

### 3.7. Κλινική εικόνα του καρκίνου των ωοθηκών

Γενικά, ο καρκίνος των ωοθηκών αποκαλύπτεται σε προχωρημένα στάδια. Στα αρχικά στάδια οι ενοχλήσεις δεν είναι έντονες και συγχέονται με ενοχλήματα που προέρχονται από το γαστρεντερικό σύστημα ή με καταστάσεις που παραπλανητικά εμφανίζονται να προέρχονται από το ουροποιητικό σύστημα. Έτσι η γυναίκα μπορεί να παρουσιάζει γαστρεντερικά συμπτώματα, όπως κοιλιακό ή πυελικό πόνο και περιοδική δυσκοιλιότητα και διάρροια. Εξαιτίας των συμπτωμάτων αυτών οι ασθενείς διερευνώνται και αντιμετωπίζονται για καταστάσεις όπως γαστρικά έλκη, κολίτιδα, ηπατική νόσο ή ασθένεια της χοληδόχου κύστης. Η κλινική εικόνα στα προχωρημένα στάδια μπορεί να περιλαμβάνει ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή των δυνάμεων και αναιμία (Brain et al., 2014).

### **3.8. Επιπλοκές του καρκίνου των ωοθηκών**

Ο καρκίνος των ωοθηκών από την ώρα της διάγνωσης, ως την τελική κατάληξη, δημιουργεί μια σειρά από συμπτώματα, που σχετίζονται τόσο με την ίδια τη νόσο, όσο και με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μπορεί να ειπωθεί ότι οι επιπλοκές ξεκινούν με τη διάγνωση και συνεχίζεται μέχρι το τέλος της ζωής. Το πιο κοινό πρόβλημα που προκύπτει από τη διάγνωση έως την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι η κόπωση. Από την άλλη ο κοιλιακός και ο πυελικός πόνος συνδέονται τόσο με τη θεραπεία όσο και με την ίδια την ασθένεια. Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να συνδέεται με άλλα γαστρεντερικά συμπτώματα, όπως ο μετεωρισμός, η ναυτία και ο έμετος, η δυσκοιλιότητα, η ανορεξία και η διάρροια (Price et al., 2013).

Σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας, η απόφραξη του εντέρου μπορεί να συμβεί λόγω συμπίεσης του όγκου στο έντερο ή λόγω μειωμένης περισταλτικότητας. Επιπλέον, όταν οι ασθενείς γίνονται ανθεκτικοί στη χημειοθεραπεία, ο ασκίτης μπορεί να επιστρέψει. Η χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια μαλλιών, ουδετεροπενία και θρομβοπενία, καθώς και συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας και απώλειας μνήμης (Urbano-Ruiz et al., 2013).

### **3.9. Διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών**

Η διαγνωστική απεικόνιση είναι ζωτικής σημασίας για τη διάγνωση των όγκων των ωοθηκών. Οι κύριοι ρόλοι της διαγνωστικής απεικόνισης είναι ο χαρακτηρισμός της μάζας των ωοθηκών, ο προσδιορισμός της έκτασης της νόσου προεγχειρητικά, η πρόβλεψη της ανιχνευσιμότητας του όγκου και η αξιολόγηση της απόκρισης στη χημειοθεραπεία (Kang et al., 2018).

Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά πρωτόκολλα βασίζονται σε μια συνδυασμένη προσέγγιση στη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών: στα κλινικά συμπτώματα της νόσου, στην απεικόνιση με σύγχρονα απεικονιστικά μέσα και στην αξιολόγηση καρκινικών δεικτών του αίματος (Bharwani et al., 2011).

#### *3.9.1. Απεικονιστικός έλεγχος*

Η υπερηχογραφία είναι γρήγορη, ευπροσάρμοστη, φθηνή μέθοδος, που δεν συνεπάγεται ιονίζουσα ακτινοβολία και ως εκ τούτου είναι συνήθως η αρχική

προτιμώμενη μέθοδος για την ανίχνευση και τον χαρακτηρισμό μίας μάζας. Η υπερηχογραφία είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα για να δημιουργήσει μια εικόνα των εξεταζόμενων οργάνων. Συνήθως είναι η πρώτη διαγνωστική εξέταση που πραγματοποιείται για την αξιολόγηση της μάζας των ωοθηκών και δεν εκθέτει τους ασθενείς σε ακτινοβολία. Η διαδικασία μπορεί να γίνει είτε διαδερμικά, είτε διακολπικά με ειδικό υπέρηχο, με τον δεύτερο να παρουσιάζει περισσότερες λεπτομέρειες. Ο υπερηχογράφος μπορεί να δώσει μια εκτίμηση του μεγέθους της μάζας, καθώς και να καθορίσει εάν πρόκειται για μια απλή κύστη ή έναν συμπαγή σχηματισμό. Οι απλές κύστεις είναι συνήθως καλοήθεις. Μια πολύπλοκη κύστη μπορεί να είναι καλοήθης, αλλά προκαλεί ανησυχία για την ύπαρξη καρκινώματος, εάν περιέχει οζίδια ή εκβολές (Twickler & Moschos, 2010).

Η αξονική τομογραφία (CT – Computed Tomography) χρησιμοποιεί μια σειρά από ακτίνες X για να δημιουργήσει μια εικόνα οργάνων ή συστημάτων. Η αξονική τομογραφία έχει περιορισμένες δυνατότητες στη διάγνωση των στερεών όγκων και στην αξιολόγηση των όγκων των ωοθηκών. Από την άλλη η μαγνητική τομογραφία (MRI - Magnetic Resonance Imaging), απεικονίζει λεπτομερέστερα τους ιστούς της κοιλίας και παρέχει πληροφορίες για την ιστολογική φύση σε μερικούς μόνο τύπους όγκων (Forstner et al., 2012).

### *3.9.2. Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων - Αξονική Τομογραφία [Positron Emission Tomography – Computed Tomography (PET/CT)]*

Το PET/CT scan είναι μια εξέταση απεικόνισης της πυρηνικής ιατρικής που χρησιμοποιεί μια μικρή ποσότητα ραδιενεργού υλικού, για να προσδιορίσει την έκταση της νόσου ή το αποτέλεσμα της θεραπείας στις περιπτώσεις του καρκίνου. Η εξέταση πραγματοποιείται με χορήγηση του ραδιοφαρμάκου <sup>18</sup>F-FDG (18-φθοριο-δεοξυγλυκόζη). Η ουσία αυτή είναι ανάλογη της γλυκόζης. Μετά τη χορήγηση της συσσωρεύεται εντόνως στα κύτταρα με αυξημένο μεταβολισμό, όπως τα καρκινικά κύτταρα. Έτσι με την απεικόνιση της μεταβολικής δραστηριότητας, επιτυγχάνεται η απεικόνιση των καρκινικών κύτταρων (Brady et al., 2008). Το PET/CT scan στον καρκίνο των ωοθηκών χρησιμοποιείται στην σταδιοποίηση, στην αξιολόγηση της θεραπείας και στη διερεύνηση της υποτροπής της νόσου (Kemppainen et al., 2019).

### 3.9.3. Βιοδείκτες

Το CA 125 (Καρκινικό αντιγόνο 125 -Cancer Antigen 125) είναι ο βιοδείκτης που χρησιμοποιείται συχνότερα στις αλλοιώσεις των ωοθηκών. Το ανώτερο όριο είναι 35 U/mL σε ασθενείς πριν και μετά την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, αυτή η μέτρηση δεν είναι πολύ ευαίσθητη στις πρώιμες φάσεις του καρκίνου των ωοθηκών, καθώς η αύξηση αυτού του δείκτη συσχετίζεται με μερικούς τύπους καρκίνου των ωοθηκών. Επιπλέον, αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό μπορούν να παρατηρηθούν σε άλλες φυσιολογικές ή παθολογικές καταστάσεις (εμμηνόρροια, εγκυμοσύνη, ενδομητρίωση, φλεγμονώδεις νόσοι του περιτοναίου). Στην πράξη, το CA125 δεν προσφέρει υψηλού επιπέδου ειδικότητα για τη νόσο. Για το λόγο αυτό, αξιολογήθηκαν νέοι βιοδείκτες σε μια προσπάθεια βελτίωσης της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου των ωοθηκών (Dochez et al., 2019).

Ως νεότερος βιοδείκτης, περιγράφεται ο βιοδείκτης HE4 (Human Epididymis Protein 4- πρωτεΐνη της ανθρώπινης επιδιδυμίδας 4). Αυτός ο βιοδείκτης εκφράζεται ασθενώς στους επιθηλιακούς ιστούς των αναπαραγωγικών οργάνων, αλλά υπερεκφράζεται σε όγκους των ωοθηκών, ιδιαίτερα στον ενδομητριοειδή καρκίνο των ωοθηκών. Τα επίπεδα του δείκτη HE4 πρέπει πάντα να ερμηνεύονται σύμφωνα με την εργαστηριακή μεθοδολογία που χρησιμοποιείται, για το λόγο αυτό το εύρος των φυσιολογικών τιμών ποικίλλει (Dochez et al., 2019).

### 3.10. Διαφορική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών

Η αρχική προσέγγιση προβλέπει τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών από τις κύστες των ωοθηκών. Οι ωοθηκικές κύστες αναπτύσσονται από τη νεογνική έως την μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο, αλλά οι περισσότερες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Με τη χρήση της υπερηχογραφίας τα τελευταία χρόνια, η διάγνωση των κύστεων των ωοθηκών καθίσταται εύκολη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτές οι λειτουργικές μάζες των ωοθηκών είναι αυτοπεριοριζόμενες και επιλύονται μέσα στη διάρκεια ενός κανονικού εμμηνόρροϊκού κύκλου. Σε σπάνιες περιπτώσεις, επιμένουν περισσότερο ή μεγαλώνουν (Suh-Burgmann & Kinney, 2016).

Η δεύτερη διαγνωστική προσέγγιση αναφέρεται στις μάζες των εξαρτημάτων (εξάρτημα: σάλπιγγα και σύστοιχη ωοθήκη). Οι μάζες αυτές παρουσιάζουν

διαγνωστικό δίλημμα. Ωστόσο, χωρίς την ιστοπαθολογική διάγνωση των ιστών, αποκλείεται γενικά η οριστική διάγνωση. Δεδομένου ότι οι ωοθήκες παράγουν φυσιολογικές κύστες σε εμμηνορρυσιακές γυναίκες, η πιθανότητα μιας καλοήθους διαδικασίας είναι υψηλότερη. Αντίθετα, η παρουσία μίας μάζας σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αυξάνει τον κίνδυνο μιας παθολογικής αιτιολογίας (Coleman et al., 2016).

Άλλα προβλήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι τα ακόλουθα (Biggs & Marks, 2016):

- Κύστες ωοθηκών
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Ενδομητρίωση
- Καλοήθεις όγκοι των ωοθηκών
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Έκτοπη (σαλπγγική) εγκυμοσύνη.

### **3.11. Θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών**

Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών τον περασμένο αιώνα βασίστηκε περισσότερο σε παρατηρήσεις και δοκιμές, παρά σε έναν αντικειμενικό και τεκμηριωμένο τρόπο. Ωστόσο, η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών έχει ωριμάσει τα τελευταία 20 χρόνια. Βασίζεται σε μια τεκμηριωμένη προσέγγιση, που ενσωματώνει τη βέλτιστη χειρουργική και συστηματική θεραπεία, που ενδείκνυται για κάθε υπότυπο του καρκίνου των ωοθηκών. Έτσι οι αποφάσεις περί θεραπείας βασίζονται στο στάδιο της ασθένειας και στη βιολογία των καρκινικών κυττάρων, την προηγούμενη θεραπεία και τη συνοσηρότητα (Rosendhal et al., 2016).

Η νόσος του πρώιμου σταδίου θεραπεύεται στο 90% των γυναικών, ακόμη και στους πιο επιθετικούς ιστολογικούς υποτύπους, υπογραμμίζοντας τη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και την εξειδικευμένη θεραπεία. Δυστυχώς, η πλειοψηφία των γυναικών εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται καθυστερημένα, γεγονός που εξαντλεί την

αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας και των στοχευμένων παραγόντων (Banerjee & Kaye, 2013).

### *3.11.1. Χειρουργική επέμβαση*

Η τυπική χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωθηκεκτομή, περιτοναϊκές πλύσεις, επιθεώρηση όλων των κοιλιακών οργάνων και των περιτοναϊκών επιφανειών, δειγματοληψία ύποπτων περιοχών για λήψη τεμαχίων προς βιοψία και παρα-αορτική λεμφαδενεκτομή. Κατά τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται το σύστημα σταδιοποίησης για τον καρκίνο των ωοθηκών σύμφωνα με την International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), με σκοπό τον προσδιορισμό του σταδίου της νόσου, τον σχεδιασμό της παραπέρα διαχείρισης και τον καθορισμό της επιβίωσης της ασθενούς (Martín-Cameán et al., 2016). Η έκταση της επέμβασης εξαρτάται από τη θέση και την έκταση της νόσου, την εμπειρία του γιατρού, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τις υπάρχουσες συνοσηρότητες (Narasimhulu et al., 2015).

Εάν υπάρχει ισχυρή υποψία για κακοήθεια, η ανοικτή λαπαροτομή είναι γενικά ενδεικνυόμενη. Η λαπαροσκόπηση μπορεί να είναι πιο κατάλληλη εάν υπάρχει υποψία για καλοήγη νόσο (Berek et al., 2018). Η λαπαροσκοπική προσέγγιση συνιστά μια χειρουργική μέθοδο, που αποσκοπεί τη μικρότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, σε σχέση με την ανοικτή λαπαροτομή. Ο χρόνος της χειρουργικής επέμβασης είναι μεγαλύτερος με την λαπαροσκοπική προσέγγιση, σε σχέση με την ανοικτή λαπαροτομή, αλλά οι ασθενείς επωφελούνται από το σχηματισμό λιγότερων συμφύσεων, τη βραχύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και την ταχύτερη ανάρρωση. Αυτά τα οφέλη επιτρέπουν στην ασθενή να ξεκινήσει χημειοθεραπεία νωρίτερα. Επίσης η λαπαροσκοπική προσέγγιση είναι προτιμότερη, όταν επιθυμείται η συντήρηση της γονιμότητας λόγω χαμηλότερη κινδύνου σχηματισμού συμφύσεων (Zapardiel & Morrow, 2011).

### *3.11.2. Χημειοθεραπεία*

Οι πρώτες προσπάθειες χημειοθεραπείας του καρκίνου των ωοθηκών διερεύνησαν τη χορήγηση αλκυλιωτικών παραγόντων με σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία οφέλους για τις ασθενείς. Ωστόσο στη συνέχεια σημαντικά ορόσημα στη χημειοθεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών ήταν η εισαγωγή της πλατίνας και της



πακλιταξέλης. Αυτά τα ορόσημα βελτίωσαν σημαντικά τα αποτελέσματα σε γυναίκες με προχωρημένη νόσο και η συνδυασμένη χρήση τους, αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας τα τελευταία 20 με 30 χρόνια, σε σημαντικές κλινικές δοκιμές σε παγκόσμιο επίπεδο (Lheureux et al., 2019).

Η χημειοθεραπεία χορηγείται μετά από χειρουργική επέμβαση, για την εξάλειψη τυχόν υπολειμματικών καρκινικών ιστών. Έτσι μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία με ενδοφλέβια σχήματα πλατίνας/ταξάνης, κάθε 21 ημέρες, για έξι κύκλους (χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής). Σε ασθενείς με στάδιο IA/ IB η χημειοθεραπεία μπορεί να παραλειφθεί. Σε προχωρημένα στάδια (III/ IV), η πλήρης αφαίρεση των καρκινικών ιστών συχνά δεν είναι δυνατή. Ο συνηθέστερος λόγος είναι η επέκταση των καρκινικών ιστών προς το μεσεντέριο, το λεπτό έντερο και το ήπαρ. Οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται αρχικά σε επικουρική χημειοθεραπεία (neoadjuvant). Μετά από τρεις κύκλους χημειοθεραπείας, εάν υπάρξει απόκριση στη θεραπεία, μπορεί να πραγματοποιηθεί η χειρουργική επέμβαση και στη συνέχεια η χημειοθεραπεία συνεχίζεται μέχρι έξι κύκλους (Cortez et al., 2018).

Εναλλακτικά η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία σχετίζεται με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από την ενδοφλέβια χημειοθεραπεία και δεν βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν ο καρκίνος έχει επεκταθεί προς το περιτόναιο (Armstrong & Walker, 2019).

### *3.11.3. Στοχευμένες θεραπείες*

Οι στοχευμένες θεραπείες είναι θεραπείες που παρεμβαίνουν σε συγκεκριμένα βήματα στην ανάπτυξη του καρκίνου. Δεδομένου ότι απευθύνονται ειδικά σε καρκινικά κύτταρα, στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν λιγότερες παρενέργειες από τη συστηματική χημειοθεραπεία. Οι θεραπείες που έχουν εφαρμοστεί στον καρκίνο των ωοθηκών περιλαμβάνουν τους αναστολείς αγγειογένεσης και τους αναστολείς PARP (Poly(ADP)Ribose Polymerases). Ειδικότερα, οι όγκοι πρέπει να δημιουργήσουν νέα αιμοφόρα αγγεία για να αναπτυχθούν και να εξαπλωθούν. Οι αναστολείς αγγειογένεσης αναστέλλουν αυτή τη διαδικασία, ουσιαστικά στερώντας από τον όγκο την παροχή αίματος και κατά συνέπεια θρεπτικών συστατικών. Το Avastin (bevacizumab) μπορεί μερικές φορές να επιβραδύνει την ανάπτυξη του

καρκίνου των ωοθηκών αλλά μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες όπως αιμορραγία, θρόμβους αίματος και βλάβες στο έντερο. Όσον αφορά τους αναστολείς PARP, ο πρώτος αναστολέας PARP εγκρίθηκε για τον καρκίνο των ωοθηκών το 2015. Η PARP είναι μία πρωτεΐνη, η οποία είναι υπεύθυνη για την επισκευή των βλαβών του DNA, που επέρχονται φυσιολογικά στα καρκινικά κύτταρα. Οι αναστολείς του ενζύμου PARP ενδέχεται να εμποδίζουν την επισκευή αυτή, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας. Διαθέσιμα φάρμακα αυτής της κατηγορίας αναφέρονται τα εξής: Lynparza (Olaparib), Rubraca (Rucapraib) και Zejula (Niraparib) (Mccann, 2018).

#### *3.11.4. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών*

Παρά τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μια ακτινο-ευαίσθητη κακοήθεια, η χρήση της ακτινοβολίας ως θεραπευτικό τρόπο στη σύγχρονη εποχή είναι περιορισμένη. Επειδή ο καρκίνος των ωοθηκών σπάνια περιορίζεται στην πύελο, η ακτινοβολία ολόκληρης της κοιλιακής χώρας, είναι σε μεγάλο βαθμό αναποτελεσματική μέθοδος. Η εφαρμογή χαμηλών δόσεων ακτινοβολίας, με σκοπό την προστασία του εντέρου, των νεφρών και του ήπατος, έχουν το μειονέκτημα ότι δεν είναι αναποτελεσματικές στην εξάλειψη της υπολειμματικής νόσου στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα κακή θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Επιπλέον, η τοξικότητα της ακτινοθεραπείας είναι υψηλή. Τα υψηλά ποσοστά οξείας και όψιμης τοξικότητας, ιδιαίτερα του γαστρεντερικού, οδήγησαν στην εγκατάλειψη της ακτινοβολίας στην αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας (Fields et al., 2017).

#### *3.11.5. Η παρηγορητική φροντίδα στον καρκίνο των ωοθηκών*

Η παρηγορητική φροντίδα ορίζεται ως εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης, που παρέχεται σε άτομα με σοβαρές ασθένειες, με σκοπό την παροχή ανακούφισης από τα συμπτώματα και το άγχος μιας ασθένειας και με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των αγαπημένων τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρηγορητική φροντίδα παρέχεται σε οποιαδήποτε ηλικία και στάδιο ασθένειας και μπορεί να παρέχεται μαζί με θεραπευτική αγωγή (Bruera & Hui, 2010).

Παρά τις τεράστιες εξελίξεις στη χειρουργική επέμβαση, την πρωτογενή χημειοθεραπεία και τις νέες θεραπείες για υποτροπιάζουσες ασθένειες, η διάγνωση του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών παραμένει χωρίς θεραπεία, στις περισσότερες

περιπτώσεις. Επιπλέον, ο καρκίνος προκαλεί συμπτώματα, αλλά η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει ακόμη πιο σημαντικά προβλήματα, μεταξύ άλλων νευροπάθεια, ναυτία, κόπωση, ανορεξία και πόνο (Rosenbaum- Duska, 2016).

Η έγκαιρη ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη θεραπεία των γυναικών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών, θεωρείται ότι επιτρέπει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις την παράταση της ζωής. Αυτό βασίζεται στη θέση, ότι η προσέγγιση της παρηγορητικής φροντίδας στον ασθενή είναι μια ολιστική προσέγγιση, που περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου, αλλά και της οικογένειας ή των φροντιστών (Hardiman, 2014).

Οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας χωρίζονται σε πρωτοβάθμια παρηγορητική φροντίδα και ειδικές υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας. Στην περίπτωση του καρκίνου των ωοθηκών, η πρωτοβάθμια παρηγορητική φροντίδα αναφέρεται στη διαχείριση συμπτωμάτων και στην ευθυγράμμιση των επιλογών της θεραπείας με τους στόχους των ασθενών. Αντίθετα, η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα παρέχεται από μια ομάδα ειδικών επιστημόνων υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών παρηγορητικής φροντίδας, κοινωνικού λειτουργού, διατροφολόγων, θεραπευτών αποκατάστασης. Η ομάδα εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας στοχεύει να αντιμετωπίσει όλους τους τομείς της παρηγορητικής φροντίδας, όχι μόνο των φυσικών αλλά και των συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών πτυχών της φροντίδας (Bakitas et al., 2013).

### **3.12. Πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών-Ανίχνευση του γενικού πληθυσμού**

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η πρόωπη ανίχνευση είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο για τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο των ωοθηκών. Έτσι εκτιμάται ότι εάν το 75% των περιπτώσεων καρκίνου των ωοθηκών (αντί του σημερινού 25%) ανιχνευθεί στο στάδιο I ή II της νόσου, ο αριθμός των θανάτων από αυτή την ασθένεια θα μειωθεί κατά το ήμισυ (van Nagell & Pavlik, 2012).

Ο διαγνωστικός έλεγχος ορίζεται ως η εφαρμογή μιας δοκιμασίας ή ενός συνδυασμού δοκιμασιών σε έναν ασυμπτωματικό πληθυσμό, σε μια προσπάθεια ανίχνευσης μιας νόσου, σε ένα προγενέστερο και θεραπεύσιμο στάδιο. Ένας πληθυσμός που θεωρητικά μπορεί ωφεληθεί από τον πρώιμο έλεγχο θα πρέπει να έχει ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Επίσης το πρόβλημα υγείας πρέπει να έχει ένα

σημαντικό προκλινικό στάδιο, το οποίο προσφέρει περισσότερες θεραπευτικές επιλογές σε σχέση με τη νόσο σε προχωρημένο στάδιο (Goff et al., 2007).

Ο διακολπικός υπέρηχος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος σχεδόν κάθε αλγορίθμου διαλογής καρκίνου των ωοθηκών, είτε χρησιμοποιείται ως αρχική εξέταση διαλογής είτε ως δευτερογενής δοκιμασία σε γυναίκες με αυξημένο προφίλ καρκινικών βιοδεικτών. Ο διακολπικός υπέρηχος παράγει ακριβείς εικόνες των ωοθηκών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση πρώιμων μεταβολών στη μορφολογία και τον όγκο των ωοθηκών (van Nagell & Hoff, 2014).

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα που αναφέρονται στην εφαρμογή της μεθόδου αυτής, φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία ότι ο διακολπικός δεν έχει επαρκή ευαισθησία για να δικαιολογεί τη χρήση του στον έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Ειδικότερα αναφέρεται ότι ο διακολπικός υπέρηχος μπορεί να ανιχνεύσει μόνο όγκους που προκαλούν σημαντική αύξηση του μεγέθους των ωοθηκών και όχι μικρούς αρχόμενους όγκους (Elder et al., 2013).

Επιπλέον, σημαντικό θεωρείται το ζήτημα αν όντως όλοι οι όγκοι των ωοθηκών προέρχονται από τις ωοθήκες και όχι από τις γειτονικές πυελικές θέσεις όπως οι σάλπιγγες ή το περιτόναιο. Επιπλέον ο διακολπικός υπέρηχος μπορεί να παρουσιάσει ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Αυτό επειδή δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ των κακοηθών από τους καλοήθεις όγκους, όπως οι κύστες και τα ινομύωματα, τα οποία εντοπίζονται συχνά σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Fleischer et al., 2008).

Οι πρακτικές καταλήγουν ότι ο διακολπικός υπέρηχος δεν αποτελεί μέθοδο διαλογής πρώτης γραμμής, αλλά μπορεί να χρησιμοποιείται ως δευτερεύον εργαλείο διαλογής μετά από τον έλεγχο των καρκινικών δεικτών. Ως εκ τούτου, διάφοροι διαγνωστικοί αλγόριθμοι, χρησιμοποιούν τον διακολπικό υπέρηχο ως δευτερογενή εξέταση σε γυναίκες που χαρακτηρίζονται υψηλού κίνδυνου με βάση το προφίλ βιοδεικτών τους. Παρόλο που ο διακολπικός υπέρηχος έχει περιορισμούς ως μέθοδος ανίχνευσης για τον καρκίνο των ωοθηκών, παραμένει αναπόσπαστο μέρος όλων των δοκιμών διαλογής (Kamal et al., 2018)

Συμπληρωματικά, καρκινικοί δείκτες που ανιχνεύονται στον ορό του αίματος, όπως το καρκινικό αντιγόνο 125 (CA125-Cancer Antigen 125), μπορεί να εφαρμοστούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού. Η έκφραση του CA125

είναι αυξημένη κατά 85% στους ορώδεις όγκους, κατά 65% στους ενδομητριοειδείς όγκους, κατά 40% διαυγοκυτταρικούς όγκους, κατά 36% στους αδιαφοροποίητους όγκους και κατά 12% στους βλεννώδεις όγκους των ωοθηκών. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχει γίνει ο πιο διαδεδομένος βιοδείκτης ανίχνευσης του καρκίνου των ωοθηκών. Η χρησιμότητα του CA125 στη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών έχει αξιολογηθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών (Nowak et al., 2015).

Ωστόσο τα επίπεδα του CA125 είναι εντός των φυσιολογικών ορίων σε τουλάχιστον 20% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και περίπου στους μισούς ασθενείς στα πρώιμα στάδια, γεγονός που μειώνει σημαντικά την ευαισθησία αυτού του δείκτη. Επιπλέον, οι συγκεντρώσεις CA125 είναι αυξημένες σε πολλές μη κακοήθεις καταστάσεις, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ειδικότητά της. Η πιο σημαντική αιτία των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων του CA125 είναι η ενδομητρίωση (σε περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών με ενδομητριοειδείς κύστες, τα επίπεδα CA125 ξεπερνούν το φυσιολογικό εύρος). Τα επίπεδα CA125 αυξάνονται επίσης σε ασθενείς με άλλες γυναικολογικές παθήσεις (όπως ινομυομήματα της μήτρας, καλοήθεις και οριακές ωοθηκικές παθήσεις), πολλές μη γυναικολογικές παθήσεις (π.χ. ηπατική κίρρωση, συγγενή καρδιακή ανεπάρκεια) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στο 1-5% υγιών γυναικών (Gireada et al., 2016).

### **3.13. Πρόγνωση και επιβίωση**

Η νόσος παρουσιάζεται συνήθως σε μια σύντομη διαδρομή, λόγω του προχωρημένου σταδίου διάγνωσης. Λίγες περιπτώσεις (15%) διαγιγνώσκονται όταν ο όγκος περιορίζεται σε τοπικό όγκο (στάδιο I). Σε αυτές τις περιπτώσεις το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι 92%. Εντυπωσιακά, το σχετικό συνολικό 5ετές ποσοστό επιβίωσης κυμαίνεται γενικά μεταξύ 30% -40% σε ολόκληρο τον πλανήτη (Reid et al., 2017).

Η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών είναι φτωχή, καθώς περίπου το 75% των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια, όταν ο όγκος έχει εξαπλωθεί στην κοιλιά ή ακόμα και σε πιο απομακρυσμένες περιοχές. Η υποτροπή της ασθένειας έχει υψηλά ποσοστά (60 - 85% εντός πέντε ετών), παρά την επιθετική πρωτογενή θεραπεία με τη χειρουργική επέμβαση και τη συστηματική χημειοθεραπεία, που σήμερα συνδυάζεται και με

στοχευμένη θεραπεία. Μακροπρόθεσμα η επιβίωση καταγράφεται σε υψηλά ποσοστά (άνω του 85%) σε γυναίκες που διαγνώστηκαν στο αρχικό στάδιο της νόσου (Hilal et al., 2016).

Στις γυναίκες που επιβίωσαν από τον καρκίνο των ωοθηκών εντοπίστηκαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που συνδέθηκαν με αυτή την μακρόχρονη επιβίωση. Στα θετικά προγνωστικά στοιχεία καταγράφηκαν ο έγκαιρος χρόνος της πρωτογενούς θεραπείας, η ευαισθησία των καρκινικών κυττάρων στα χημικοθεραπευτικά φάρμακα, η νεαρή ηλικία και η γονιδιωματική σταθερότητα των καρκινικών κυττάρων (Dao et al., 2016).

Στα αρνητικά προγνωστικά στοιχεία περιγράφονται η επανεμφάνιση του καρκίνου. Η επανεμφάνιση του καρκίνου των ωοθηκών χαρακτηρίζεται από την περιτοναϊκή καρκινομάτωση. Σαφώς η πρόγνωση για γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών είναι φτωχή, με μέσο χρόνο επιβίωσης μικρότερο από 2 έτη (Iwase et al., 2015).

### **3.14. Το πλαίσιο νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ογκολογική νοσηλευτική αναφέρονται στην ικανοποίηση σχεδόν όλων των αναγκών της ανθρώπινης φύσης, καλύπτοντας φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές και πληροφοριακές ανάγκες, πνευματικά ή θρησκευτικά ζητήματα, οικογενειακές σχέσεις και συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις ή ακόμα πρακτικά ζητήματα (απασχόληση, κατάρτιση, προετοιμασία γευμάτων, κ.λπ.) ή άλλα ζητήματα της καθημερινής ζωής. Οι απαιτήσεις αυτές είναι παρόμοιες σε ασθενείς που έχουν μόλις έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο, σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία και επίσης σε ασθενείς μετά τη θεραπεία τους (Snowden et al., 2015). Η νοσηλευτική φροντίδα είναι εξατομικευμένη και σχεδιασμένη για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών αυτών, με προσαρμογή κάθε φορά στις απαιτήσεις που δημιουργούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία (Steele & Fitch, 2008).

Στη σύγχρονη εποχή, υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές που εφαρμόζονται στη θεραπεία του καρκίνου. Η θεραπεία εξαρτάται κάθε φορά από τον τύπο και το στάδιο της νόσου και μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, στοχευμένες θεραπείες, βιολογικές θεραπείες, ορμονικές θεραπείες ή συνδυασμούς όλων αυτών. Από την άλλη πλευρά, αυτές οι θεραπείες προκαλούν

μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως κόπωση, απώλεια όρεξης, καταστολή του μυελού των οστών (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία), ναυτία και έμετο, δυσκοιλιότητα, διάρροια, αλωπεκία, προβλήματα με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, περιφερική νευροπάθεια, αλλαγές στο δέρμα, αλλοίωση της εικόνας του σώματος και εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι το πλαίσιο φροντίδας αυτών των ασθενών είναι ιδιαίτερα περίπλοκο, με τη νοσηλευτική να διαδραματίζει βασικό ρόλο σε αυτούς τους ασθενείς (Lavdaniti, 2017).

### **3.15. Νοσηλευτική εκτίμηση της ασθενούς**

#### *3.15.1. Νοσηλευτικό ιστορικό*

Το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να έχει μια πιο οικεία και προσωπική σχέση με τους ασθενείς, σε σχέση με τους γιατρούς. Οι νοσηλευτές δεν δεσμεύονται από αυστηρά και επίσημα μοντέλα επικοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές μπορούν να επικοινωνούν με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια στιγμών φροντίδας και σε κάθε περίπτωση που οι ασθενείς νιώθουν μεγαλύτερη άνεση. Η επικοινωνία από νοσηλευτικής άποψης αναφέρεται στην καλύτερη γνωριμία με τον ασθενή και στην κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών του. Το πλαίσιο της λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού είναι το κλειδί για τη συγκέντρωση των κατάλληλων πληροφοριών (Fawcett Rhynas, 2012). Οι πληροφορίες που συλλέγονται μπορεί να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- Παρούσα νόσος. Το νοσηλευτικό ιστορικό αποτελεί το πρώτο βήμα προσέγγισης της ασθενούς και του νοσηλευτή-τριας. Σε αυτό το πρώτο βήμα γίνεται σταδιακά η αποκάλυψη της ασθένειας. Η ασθενής περιγράφει βασικά συστατικά της ασθένειας, που έχουν σχέση με σημεία και συμπτώματα. Έτσι περιγράφονται στοιχεία όπως η εμφάνιση, η θέση, η διάρκεια, τα χαρακτηριστικά, οι παράγοντες επιβράδυνσης και ανακούφισης και η χρονικότητα των σημείων και συμπτωμάτων. Συνήθως μία ασθενής θα ξεκινήσει την περιγραφή της, βασιζόμενη σε ένα σύμπτωμα ή μια ανωμαλία, μερικές φορές αυτοθεραπευμένο ή αγνοούμενο ως μη σοβαρό για κάποιο χρονικό διάστημα, το οποίο τελικά θα οδηγήσει στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό ο νοσηλευτής-τρια να μην εκφραστεί με τρόπο επικριτικό απέναντι στην ασθενή. Είναι σημαντικό να μην

νώσει η ασθενής ενοχές και συναισθηματική απόρριψη, επειδή δεν έδωσε σημασία στα συμπτώματα ή καθυστέρησε να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Το νοσηλευτικό ιστορικό στην περίθαλψη του καρκίνου είναι μια μοναδική ευκαιρία να συγκεντρωθούν όλες οι σχετικές πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου και να ληφθεί η απόφαση θεραπείας, με βάση τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς κατά τη φάση της διάγνωσης και της μελλοντικής θεραπείας (McCormack et al., 2011).

- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό. Το προηγούμενο ιατρικό περιγράφεται από την ασθενή και τεκμηριώνονται με τα κατάλληλα στοιχεία από το νοσηλευτή –τρια. Στο ιστορικό της ασθενούς περιγράφονται ασθένειες του παρελθόντος, που θεωρούνται σοβαρές και έχουν οδηγήσει στη νοσηλεία της ασθενούς ή στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Αναφέρονται χρόνια νοσήματα και φάρμακα που λαμβάνει η ασθενής, συστηματικά ή εκτάκτως ως την παρούσα συνάντηση (Rosenzweig et al., 2014).
- Οικογενειακό ιστορικό. Το οικογενειακό ιστορικό στον καρκίνο λαμβάνει μια διαφορετική εστίαση. Στη φροντίδα του καρκίνου το οικογενειακό ιστορικό πρέπει να διερευνηθεί σε μεγάλο εύρος, τόσο στο χρόνο, όσο και στα πρόσωπα. Έτσι πρέπει να διερευνηθεί το ιστορικό των συγγενών πρώτου (γονείς και αδέρφια) και δεύτερου βαθμού (ξαδέλφια, θείοι και παππούδες), όσον αφορά την εμφάνιση καρκίνου. Εάν υπάρχει ιστορικό οικογενούς καρκίνου, θα πρέπει να προσδιοριστούν ειδικότερα στοιχεία, όπως η ηλικία της διάγνωσης, η πορεία και την έκβαση του ασθενούς στην ασθένεια. Αυτό γίνεται όχι μόνο για να προσδιοριστεί ο κίνδυνος της ασθενούς, αλλά και ως ένδειξη για περαιτέρω γενετική αξιολόγηση προκειμένου να καθοριστεί ο μελλοντικός κίνδυνος για την ασθενή (Lu et al., 2014).
- Τρόπος ζωής της ασθενούς. Στη φροντίδα του καρκίνου, η διερεύνηση του τρόπου ζωής της ασθενούς έχει μεγάλη σημασία. Περιλαμβάνονται τα παραδοσιακά ερωτήματα σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, την καπνιστική συνήθεια ή τη λήψη άλλων ουσιών. Εκτός από τα παραδοσιακά ερωτήματα, το κοινωνικό ιστορικό περιλαμβάνει λεπτομέρειες του τρόπου ζωής της ασθενούς, που μπορεί να επηρεάσουν τις θεραπευτικές επιλογές και την έκβαση της ασθενούς. Έτσι μπορεί να εξεταστούν ζητήματα σχετικά με την θέση της κατοικίας της ασθενούς και την απόσταση από το θεραπευτικό κέντρο, την απασχόληση, τις οικογενειακές ευθύνες, την κοινωνική στήριξη και τα



οικονομικά προβλήματα. Αυτά τα κοινωνικά ζητήματα μπορεί να αντιπροσωπεύουν εμπόδια στις θεραπευτικές επιλογές. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν επίσης να συνδυαστούν με μια προληπτική παραπομπή στις σχετιζόμενες κοινωνικές υπηρεσίες, ως μια πολύτιμη πηγή υποστήριξης (Zebrack et al., 2012).

- Ανασκόπηση των συστημάτων. Στη φροντίδα του καρκίνου, το επίκεντρο της ανασκόπησης των συστημάτων αναφέρεται στα σημεία και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο, τη διαγνωστική διαδικασία, τις θεραπευτικές επιλογές ή ακόμα τις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις της ασθενούς. Έτσι πρέπει να διερευνηθούν στοιχεία που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τον καρκίνο, όπως ο πόνος, το επίπεδο σωματικής κόπωσης, το σωματικό βάρος, η όρεξη, τα συμπτώματα που έχουν σχέση με το έντερο και την ουροδόχο κύστη. Επίσης αξιολογούνται το άγχος, η διαταραχές του ύπνου και η συναισθηματική αστάθεια, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πρόσφατα διαγνωσμένο καρκίνο (Rosenzweig et al., 2014.).

### 3.15.2. Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση είναι εξαιρετικά σημαντική για την ασθενή που διαγιγνώσκεται με καρκίνο. Αν και η φυσική εξέταση μπορεί να έχει πραγματοποιηθεί κατά τη διαγνωστική διαδικασία, θεωρείται σημαντικό σε αυτή τη φάση να γίνει μια διεξοδική εξέταση της ασθενούς. Αυτό θεωρείται σημαντικό, επειδή θα χρησιμεύσει ως σημείο αναφοράς της κατάστασης της ασθενούς, πριν ενταχθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρωτόκολλο (Skeff, 2014).

Η πρώτη επαφή με την ασθενή αποτελεί ουσιαστικά τη βάση για μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση. Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να ενεργεί με βάση τις παρακάτω αρχές (Τζουνάκου, 2011):

- Ο νοσηλευτής-τρια λειτουργεί σε ένα περιβάλλον συνεργασίας με την ασθενή και την οικογένεια της. Οικοδομεί μια θεραπευτική σχέση με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών της ασθενούς, επιδεικνύοντας σεβασμό στην προσωπικότητα και στις αποφάσεις της.
- Με βάση το ιστορικό, ο νοσηλευτής-τρια καταρτίζει ένα εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας. Ενημερώνει την ασθενή για το σχέδιο

νοσηλευτικής φροντίδας, συζητά μαζί του τις επιμέρους λεπτομέρειες και κάνει τις ανάλογες προσαρμογές.

- Ενεργεί με βάση το σεβασμό της ιδιωτικότητας της ασθενούς, παρέχοντας προστασία από αδικαιολόγητη έκθεση, με σεβασμό στην προσωπικότητα και αξιοπρέπεια της ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

### **3.16. Προεγχειρητική φροντίδα-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο προεγχειρητικό περιβάλλον αποτελούν ένα σύμπλεγμα δραστηριοτήτων, που εκτελούνται πριν από το χειρουργείο. Ο σκοπός της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η εκτίμηση του βαθμού ετοιμότητας της ασθενούς για χειρουργείο, η αναγνώριση των πιθανών κινδύνων του χειρουργείου, η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις λεπτομέρειες της επέμβασης, η προετοιμασία της ασθενούς για την μετεγχειρητική εμπειρία και η παροχή επαρκούς ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης (Lemone et al., 2014).

#### *3.16.1. Προεγχειρητική συμβουλευτική ενημέρωση και διδασκαλία*

Η προεγχειρητική συμβουλευτική ενημέρωση και διδασκαλία βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει τα χειρουργική διαδικασία, τις αναισθητικές διαδικασίες και αποσκοπεί στη μείωση του φόβου και στην ενίσχυση της ανάρρωσης και της έγκαιρης εξόδου από το νοσοκομείο. Ιδανικά οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες τόσο σε γραπτή μορφή, όσο και προφορικές πληροφορίες (Hines et al., 2010).

Ο σκοπός της προεγχειρητικής εκπαίδευσης είναι η καλύτερη προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο και τη μετεγχειρητική πορεία του. Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της ασθενούς, η προεγχειρητική εκπαίδευση εξυπηρετεί (Beck, 2013):

- Στη μείωση της ανησυχίας και του άγχους της ασθενούς σχετικά με την εμπειρία του χειρουργείου.
- Στην αύξηση της συμμόρφωσης της ασθενούς στις παρεχόμενες οδηγίες και συμβουλές.
- Στη μείωση των ελεγχόμενων από την ασθενή παραγόντων κινδύνου για μετεγχειρητικές επιπλοκές.

- Στην αύξηση της ικανοποίησης της ασθενούς από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Η προεγχειρητική ενημέρωση αφορά την παροχή πληροφοριών στην ασθενή, που κατηγοριοποιούνται στις παρακάτω θεματικές ενότητες (Danjuma et al., 2015):

- Πληροφορίες σχετικά με το χειρουργείο και την αναισθησία.
- Πληροφορίες για την μετεγχειρητική κατάσταση, τις αναμενόμενες κινητικές και αισθητηριακές διαταραχές, μέχρι την πλήρη αφύπνιση (αίσθημα ναυτίας και εμέτου, υπνηλία, πόνος κ.λ.π.).
- Πληροφορίες για τη συμμετοχή της ασθενούς στη μετεγχειρητική αποκατάσταση (κινητοποίηση, αναπνευστικές ασκήσεις κ.λ.π.).
- Ψυχοκοινωνική αλληλεπίδραση με σκοπό την μείωση του άγχους και των ανησυχιών.

Τέλος σημασία πρέπει να δοθεί στην πιθανή καπνιστική συνήθεια των ασθενών. Οι καπνίστριες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καθυστερημένης μετεγχειρητικής επούλωσης των χειρουργικών τραυμάτων και σοβαρών πνευμονικών ή καρδιαγγειακών επιπλοκών. Η αυξημένη διάρκεια της προεγχειρητικής αποχής από το κάπνισμα οδηγεί σε λιγότερες μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές (Theocharidis et al., 2018). Σε επίπεδο νοσηλευτικών παρεμβάσεων προτείνεται (Bottorff et al., 2016):

- Η αύξηση της ευαισθητοποίησης της ασθενούς σχετικά με τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος προεγχειρητικά.
- Η πρακτική παροχής σύντομων παρεμβάσεων για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος σε χειρουργικές ασθενείς.
- Η συμβουλευτική θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, πρακτική που συμβάλλει θετικά στη βραχυπρόθεσμη διακοπή του καπνίσματος και μπορεί να μειώσει την μετεγχειρητική νοσηρότητα.

### *3.16.2. Τελικός προεγχειρητικός έλεγχος*

Πριν τη μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο, γίνεται ο τελικός προεγχειρητικός έλεγχος της ασθενούς, ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των

στοιχείων και η ορθότητα της προεγχειρητικής ετοιμασίας. Ο τελικός προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής (Ashley, 2012):

- Ο νοσηλευτής –τρια διασταυρώνει τα στοιχεία της ασθενούς, με τον έλεγχο του νοσοκομειακής ταυτότητας στο καρπό της ασθενούς και τη λεκτική επιβεβαίωση των στοιχείων. Επίσης ελέγχει τα στοιχεία σχετικά με αναφερόμενες αλλεργίες, τα οποία καταγράφονται ευκρινώς στο φάκελο της ασθενούς.
- Ο νοσηλευτής –τρια ελέγχει την ορθότητα της τοπικής προεγχειρητικής ετοιμασίας (καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του χειρουργικού πεδίου).
- Ο νοσηλευτής –τρια ελέγχει τις υπογεγραμμένες συναινέσεις για το χειρουργείο και την αναισθησία. Ελέγχει επίσης εάν ο ιατρικός φάκελος είναι πλήρης (πρόσφατες εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, καρτέλα φαρμάκων, διάγραμμα ζωτικών σημείων).
- Ο νοσηλευτής-τρια καταγράφει το τρέχον επίπεδο συνείδησης της ασθενούς και την τρέχουσα κατάσταση των ζωτικών σημείων. Σημειώνει τα φάρμακα ρουτίνας και τα φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν πριν το χειρουργείο, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει την ασθενή για τη χρήση κοινών καλλυντικών προσώπου και σώματος, βερνικιών νυχιών και κοσμημάτων. Από τα προηγούμενα δεν πρέπει να φέρει τίποτε η ασθενής. Επίσης όλες οι προσθετικές συσκευές, περιλαμβανομένων των οδοντοστοιχιών, των αφαιρούμενων γεφυρών και των φακών επαφής, αφαιρούνται πριν το χειρουργείο και να φυλάγονται με ασφάλεια.
- Τέλος, η ασθενής φορά ειδικό ρουχισμό και μεταφέρεται στο χώρο αναμονής με φορείο.

### **3.17. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα**

Η μετεγχειρητική περίοδος είναι το χρονικό διάστημα από το τέλος χειρουργικής επέμβασης έως την ανάληψη της φυσιολογικής καθημερινής δραστηριότητας. Η διάρκεια αυτής της περιόδου ποικίλλει ανάλογα με τη φύση της επέμβασης και την γενικότερη κατάσταση της υγείας της ασθενούς, όπως καθορίζεται από τη γενική κατάσταση υγείας, τη διατροφική κατάσταση και τις προϋπάρχουσες

παθήσεις. Η μετεγχειρητική περίοδος χαρακτηρίζεται από την αποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών, την επούλωση των ιστών και τη σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων. Τις πρώτες ώρες η ασθενής αναρρώνει από την αναισθησία και σταδιακά ανακτά τη φυσιολογική αναπνευστική, καρδιαγγειακή και νευρολογική λειτουργία. Η ανάκτηση του γαστρεντερικού συστήματος μπορεί να καθυστερήσει για 1-3 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η αποκατάσταση των ιστών απαιτεί περίπου 4-6 εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι περισσότερες επιπλοκές από τη χειρουργική επέμβαση εμφανίζονται στην πρώιμη μετεγχειρητική φάση, ωστόσο μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Liddle, 2013).

Την τελευταία δεκαετία σημειώθηκε μια δραματική αλλαγή στη μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών μετά από γυναικολογικά χειρουργεία. Η παλαιότερη ρουτίνα προέβλεπε οι γυναίκες να παραμένουν στο νοσοκομείο έως και δύο εβδομάδες μετά από μια μεγάλη επέμβαση, όπως η υστερεκτομή. Στις μέρες μας αυτός ο χρόνος έχει μειωθεί σε λιγότερο από μια εβδομάδα. Αυτή η μεταβολή βασίστηκε στην παρατήρηση ότι ο παρατεταμένος κλινοστατισμός και η νοσοκομειακή διαμονή συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών, όπως μολύνσεις και θρομβοεμβολικές επιπλοκές (Gadducci et al., 2010).

Η μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να παρέχεται από καλά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η μετεγχειρητική φροντίδα έχει τρεις βασικούς στόχους (Liddle, 2013):

- Την υποστήριξη της ασθενούς κατά την αποκατάσταση και την ανάληψη των φυσιολογικών λειτουργιών.
- Την πρόωση της επούλωσης των ιστών.
- Την αναγνώριση και διαχείριση των επιπλοκών.

### *3.17.1. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικής υποθερμίας-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η υποθερμία (θερμοκρασία σώματος  $<36^{\circ}\text{C}$ ) παρατηρείται κατά τη μετεγχειρητική περίοδο σε περισσότερους από τις μισές ασθενείς. Ο κίνδυνος υποθερμίας είναι ιδιαίτερα υψηλός σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών με κακή διατροφική κατάσταση και προϋπάρχουσα ασθένεια που εμποδίζει τη θερμορύθμιση (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) και σε αυτές που υποβλήθηκαν σε σοβαρή ή μακράς διάρκειας χειρουργική επέμβαση. Η παρατεταμένη μετεγχειρητική υποθερμία

σχετίζεται με σοβαρές επιπλοκές, όπως καρδιακές αρρυθμίες και έμφραγμα του μυοκαρδίου, διαταραχές πήξης με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας και αυξημένες απαιτήσεις μετάγγισης αίματος, καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και έλκων πίεσης (Torossian et al., 2015).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μέτρα παθητικής θέρμανσης, που στοχεύουν στη μείωση της απώλειας θερμότητας και, συνεπώς, στην πρόληψη της υποθερμίας. Σε αυτά περιγράφονται η προσαρμογή της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος και η παθητική μόνωση με κάλυψη της εκτεθειμένης επιφάνειας του σώματος. Αν τα μέτρα αυτά δεν επιφέρουν αποτέλεσμα περιγράφονται μια σειρά από άλλα μέσα ενεργητικής θέρμανσης, όπως υπέρυθρες λυχνίες, ηλεκτρικές κουβέρτες, στρώματα ή κουβέρτες με κυκλοφορία ζεστού νερού, ή ζεστού αέρα ή ακόμα τη χορήγηση των ενδοφλεβίων υγρών με τη χρήση ειδικών αντλιών θέρμανσης (Warttig et al., 2014).

### *3.17.2. Αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η αποτελεσματική ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι υψίστης σημασίας καθώς προσφέρει σημαντικά ψυχολογικά και σωματικά οφέλη για την ασθενή που αναρρώνει. Η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστικές επιπλοκές (μειωμένο εύρος αναπνοής προκαλώντας μειωμένη οξυγόνωση, αδυναμία βήχα και ατελεκτασία των πνευμόνων). Επίσης μειώνει την κινητικότητα της ασθενούς, καθυστερώντας έτσι την ανάρρωση και αυξάνοντας τη νοσηρότητα (Garimella & Cellini, 2013).

Το πρώτο βήμα για την επίτευξη καλής καταπολέμησης του πόνου είναι προεγχειρητική πρόβλεψη και η ακριβής μετεγχειρητική αξιολόγηση του βαθμού πόνου. Αναφέρονται δύο κύριοι παράγοντες για τον προσδιορισμό του βαθμού μετεγχειρητικού πόνου: πρώτον, η φύση, η έκταση και η θέση της χειρουργικής επέμβασης και δεύτερον, παράγοντες σχετίζονται με την ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του φόβου, του άγχους και του επιπέδου ανοχής στο πόνο, καθώς αυτό είναι διαφορετικό σε κάθε άνθρωπο. Ο νοσηλευτής –τρια είναι σημαντικό να εξηγήσει στην ασθενή το βαθμό του αναμενόμενου πόνου μετεγχειρητικά και τα μέτρα που θα ληφθούν για να εξασφαλιστεί αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο. Αυτή η προσέγγιση έχει αποδειχθεί ότι ελαχιστοποιεί το φόβο και το άγχος της

ασθενούς σχετικά με τον πόνο και μειώνει τις ανάγκες για μετεγχειρητική αναλγησία (Yüceer, 2011).

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο πόνος μπορεί να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας μια κλίμακα πόνου. Επίσης ο πόνος πρέπει να αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα και πρέπει να αποτελεί μέρος της ρουτίνας στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Ειδικότερα στις γυναίκες που υποβάλλονται σε μεγάλη γυναικολογική χειρουργική επέμβαση, ο αρχικός πόνος αναμένεται να είναι σοβαρός και μπορεί να χρειάζεται χορήγηση ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών (π.χ. μορφίνη). Καθώς ο πόνος μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, η αναλγησία μπορεί να μειωθεί με πιο ήπια αναλγητικά (παρακεταμόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα), που σταδιακά μπορεί να χορηγηθούν από το στόμα (Shaw et al., 2010).

### *3.17.3. Φροντίδα της ουροδόχου κύστης- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε μεγάλη γυναικολογική χειρουργική επέμβαση, ένας καθετήρας της ουροδόχου κύστης εισάγεται συνήθως λίγο πριν από την επέμβαση, με σκοπό να διατηρηθεί η κύστη κενή καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Αυτό βοηθά στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου τραυματισμού της ουροδόχου κύστης και επιτρέπει καλύτερη πρόσβαση στο χειρουργικό πεδίο. Μετά την επέμβαση, ο καθετήρας διατηρείται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης ανάρρωσης, με σκοπό την παρακολούθηση της παραγωγής ούρων και την αποφυγή κατακράτησης ούρων λόγω της αναισθησίας ή του πόνου. Ο καθετήρας πρέπει να αφαιρεθεί μόλις η ασθενής είναι σε θέση κινητοποίησης και ανεμπόδιστης διούρησης. Η μετεγχειρητική δυσκολία στην ούρηση μετά από γυναικολογική χειρουργική επέμβαση, μπορεί να οφείλεται σε σπασμό, οίδημα ή ευαισθησία των παραουρηθρικών ιστών. Επίσης αναφέρονται η κυστίτιδα, ψυχογενή αίτια και το κοιλιακό άλγος. Συνήθως οι παραπάνω δυσκολίες απαιτούν την παραμονή του ουροκαθετήρα για 1-2 εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση (Shaw et al., 2010).

### *3.17.4. Παροχέυσεις τραύματος- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Στην πλειονότητα των γυναικολογικών χειρουργείων, τοποθετούνται σωλήνες παροχέυσης για την αποστράγγιση των υπολειμμάτων του χειρουργικού τραύματος. Επίσης οι σωλήνες αυτοί λειτουργούν προληπτικά στο σχηματισμό αιματώματος και επιτρέπουν την έγκαιρη αναγνώριση μετεγχειρητικής εσωτερικής αιμορραγίας, με την

εκτίμηση της φύσης και της ποσότητας του συλλεγόμενου υλικού. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την τακτική παρακολούθηση του υλικού των παροχετεύσεων, την καταγραφή του αποβαλλόμενου όγκου και το έλεγχο του σημείου εισόδου για σημεία λοίμωξης, όπως η ερυθρότητα και η πυώδης εκροή. Γενικά συνιστάται η απομάκρυνση των παροχετεύσεων το συντομότερο μετά το χειρουργείο, για την αποφυγή μόλυνσης και την ανεμπόδιστη κινητοποίηση. Ο ακριβής χρόνος για την αφαίρεση προσδιορίζεται σε ατομική βάση. Συνήθως μπορεί να αφαιρεθούν όταν το παραγόμενο υγρό είναι <100 ml σε 24 ώρες, συνήθως δύο ή τρεις ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση (Liddle, 2013).

### *3.17.5. Κινητοποίηση και φυσιοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Τα οφέλη της πρώιμης μετεγχειρητικής κινητοποίησης έχουν αναγνωριστεί στις μέρες μας. Έτσι η πρώιμη κινητοποίηση επιταχύνει την ανάρρωση και μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης πνευμονικών επιπλοκών και του κινδύνου θρομβοεμβολικής νόσου. Η νοσηλευτική παρέμβαση ξεκινά με την έγερση της ασθενούς πρώτα σε ανάρροπη θέση, και στη συνέχεια σε καθιστή θέση, με τον έλεγχο για δυσφορία, ζάλη ή έντονο πόνο. Αν η έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως στο πρώτο 24ωρο. Οι ασκήσεις αυτές περιλαμβάνουν βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων και ενεργητικές ή παθητικές ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων (Lemone et al., 2014).

## **3.18. Χημειοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο ωοθηκών-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

### *3.18.1. Βασικές αρχές της χημειοθεραπείας*

Ως χημειοθεραπεία ορίζεται η χορήγηση χημικών ουσιών, με σκοπό τη θανάτωση καρκινικών κυττάρων. Απώτεροι στόχοι της χημειοθεραπείας είναι ή ίαση από τον καρκίνο, η μείωση του κινδύνου εξάπλωσης της νόσου και η ανακούφιση του ασθενούς. Η χημειοθεραπεία δρα σταματώντας ή επιβραδύνοντας την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, τα οποία αναπτύσσονται και διαιρούνται γρήγορα (Lihara et al., 2012).

Υπάρχουν διαφορετικές κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με βάση τους μηχανισμούς δράσης τους (Chih-Yang et al., 2017):



- Αλκυλιωτικοί παράγοντες που επιδρούν βλαπτικά στο DNA των κυττάρων.
- Αντι-μεταβολίτες που αντικαθιστούν τα φυσιολογικά δομικά στοιχεία του RNA και του DNA.
- Αντιβιοτικά που παρεμβαίνουν στα ένζυμα που εμπλέκονται στην αντιγραφή του DNA.
- Αναστολείς της τοποϊσομεράσης που αναστέλλουν το ένζυμο τοποϊσομεράση, που εμπλέκεται στη διαδικασία αντιγραφής και μεταγραφής του DNA.
- Μιτωτικοί αναστολείς που αναστέλλουν τη μίτωση και την κυτταρική διαίρεση.
- Κορτικοστεροειδή, τα οποία χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου και για την ανακούφιση των παρενεργειών από άλλα φάρμακα.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη συρρίκνωση των όγκων, για την αποτροπή της εξάπλωσης των όγκων ή απλώς για την ανακούφιση από τις βλαβερές συνέπειες του καρκίνου. Ωστόσο τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα βλάπτουν τα υγιή κύτταρα και αυτό έχει σαν συνέπεια μια σειρά από παρενέργειες που μπορεί να φαίνονται χειρότερες από τα ίδια τα συμπτώματα του καρκίνου. Αυτοί οι τύποι αντιδράσεων εξαρτώνται από τον τύπο των παραγόντων που χρησιμοποιούνται και την αντίδραση του οργανισμού του ασθενούς. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν ρόλο στη διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (Farrell & Lennan, 2013).

### *3.18.2. Νοσηλευτικές διεργασίες στη χορήγηση της χημειοθεραπείας*

Η ενημέρωση της ασθενούς, αλλά και των φροντιστών, για τη χημειοθεραπεία, αποτελεί βασικό στοιχείο του ρόλου του νοσηλευτή-τριας. Αυτή η ενημέρωση έχει σαν σκοπό διασφαλίσει ότι τόσο ο ασθενής όσο και ο φροντιστής έχουν λάβει τις απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες, τις αναμενόμενες επιπλοκές και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας (Ream et al., 2013).

Η σχετική διαβούλευση πρέπει να είναι δομημένη και να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε ασθενούς. Μια αποτελεσματική πρακτική είναι να καταγράφει η ασθενής σε ένα ημερολόγιο τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν και ταυτόχρονα επισημαίνονται οι διαδικασίες επικοινωνίας και βοήθειας από τους ειδικούς (Oakley et al., 2010).

Ο ειδικός νοσηλευτής-τρια είναι υπεύθυνος για την ασφαλή και κατάλληλη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Αυτό εξασφαλίζεται με την εφαρμογή των παρακάτω βασικών παραμέτρων (Neuss, et al., 2017):

- Η ασθενής, η οικογένεια και οι φροντιστές ενημερώνονται επαρκώς για τη διαδικασία θεραπείας και της χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Όλα τα φάρμακα αποθηκεύονται κατάλληλα πριν από τη χορήγηση.
- Η χημειοθεραπεία και άλλα φάρμακα που χρειάζεται η ασθενής (αντιεμετικά, αντιβιοτικά, κορτικοειδή κ.λ.π.), χορηγούνται στην ασθενή με ασφαλή και έγκαιρο τρόπο. Επίσης λαμβάνεται υπόψη το θεραπευτικό πρωτόκολλο, το σχέδιο θεραπείας της ασθενούς, οι εργαστηριακές παραμέτρους και άλλες μεμονωμένες παράμετροι.
- Οποιαδήποτε άμεση και μακροπρόθεσμη παρενέργεια πρέπει να αντιμετωπίζεται κατάλληλα.
- Πρέπει υποχρεωτικά να τηρούνται όλες οι επαγγελματικές και νομικές ευθύνες σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων.

### *3.18.3. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Παρά τις βελτιώσεις στην υποστηρικτική φροντίδα των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, οι επιπλοκές παραμένουν ιδιαίτερα διαδεδομένες. Συμπτώματα όπως η ναυτία και έμετος, η διάρροια και κόπωση είναι κοινά και επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Esther Kim et al., 2015). Ειδικότερα αναλύονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις προκαλούμενες από τη χημειοθεραπεία παρενέργειες.

#### *3.18.3.1. Ουδετεροπενία προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η ουδετεροπενία είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Ορίζεται με τιμή ουδετερόφιλων  $<0,5 \times 10^9/l$ . Η επίπτωση της ποικίλει και εξαρτάται από το βαθμό καταστολής του μυελού των οστών στην παραγωγή των έμμορφων συστατικών του αίματος. Η ουδετεροπενία προκαλείται από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας στα ουδετερόφιλα, μειώνοντας ή εξαλείφοντας τελείως την ανοσολογική απόκριση σε περίπτωση λοίμωξης. Πολλές

ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία καθίστανται ουδετεροπενικές, αλλά η παρουσία πυρετού καθιστά αυτήν την κατάσταση σοβαρή (Ford & Marshall, 2014).

Η ουδετεροπενία αποτελεί σημαντική παρενέργεια πολλών χημικοθεραπευτικών φαρμάκων και έτσι δεν μπορεί να αποφευχθεί. Ωστόσο μπορούν να ληφθούν πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών της ουδετεροπενίας. Η διάρκεια της ουδετεροπενίας μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τη χρήση παραγόντων ειδικών διέγερσης παραγωγής κοκκιοκυττάρων. Σημαντικό έργο στη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς αποτελεί η προστασία του από λοιμογόνους παράγοντες, που αναφέρονται στην εξασφάλιση απομόνωσης και εφαρμογή των κανόνων ατομικής υγιεινής. Άλλες προληπτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν μειώσεις της δόσης χημειοθεραπείας και τροποποιήσεις του διαστήματος μεταξύ των θεραπειών. Σε περίπτωση εμπύτερης ουδετεροπενίας, η ασθενής πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο, να χορηγηθούν ενδοφλέβια υγρά, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και να ξεκινήσει η διερεύνηση της λοίμωξης με ειδικές εξετάσεις (Lustberg, 2014).

### *3.18.3.2. Ναυτία και έμετος προκαλούμενα από τη χημειοθεραπεία - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η ναυτία και ο έμετος που οφείλονται από τη χημειοθεραπεία είναι από τις πιο δυσάρεστες παρενέργειες της θεραπείας και αναφέρεται από τις ασθενείς ως ένας από τους μεγαλύτερους φόβους τους όταν ξεκινούν μια θεραπευτική πορεία. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της ναυτίας και του εμέτου που προκαλείται από χημειοθεραπεία είναι το εμετικό δυναμικό του σχήματος χημειοθεραπείας. Ωστόσο, και άλλοι παράγοντες διαδραματίζουν επιβαρυντικό ρόλο, όπως η ηλικία, το φύλο, οι συννοσηρότητες και τα φάρμακα που χορηγούνται ταυτόχρονα (Armes et al., 2014).

Η πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου που προκαλείται από χημειοθεραπεία είναι ο απώτερος στόχος, με τη χορήγηση των κατάλληλων αντιεμετικών φαρμάκων, με στόχο τη μείωση ή την εξάλειψη της ναυτίας και του εμέτου. Τα σύγχρονα αντιεμετικά είναι πολύ αποτελεσματικά στις περισσότερες περιπτώσεις, με την οντανσετρόνη, να έχει αλλάξει σημαντικά τον αντίκτυπο της ναυτίας και του εμέτου που προκαλείται από χημειοθεραπεία (Middleton & Lennan, 2011).

Οι νοσηλευτές-τριες έχουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών για την ελαχιστοποίηση της εμφάνισης ναυτίας και εμέτου που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία. Πέρα από τη χορήγηση των ειδικών φαρμάκων, οι νοσηλευτές-τριες παρέχουν συμβουλές σχετικά με το φαγητό: μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή έντονων οσμών, αποχή από τη λήψη τροφής για 24 ώρες, με επαρκή όμως ενυδάτωση (Roe & Lennan, 2014).

### *3.18.3.3. Διάρροια που προκαλείται από χημειοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η διάρροια είναι συχνή σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Προκαλείται από την άμεση βλάβη στο βλεννογόνο που καλύπτει το γαστρεντερικό σωλήνα και επιδεινώνεται από την υπερβολική χρήση αντιβιοτικών, την κακή χρήση αντιδιαρροϊκών παραγόντων, την ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία και την πιθανή λοίμωξη (Richardson & Dobish, 2007).

Η μη θεραπευόμενη διάρροια έχει αξιοσημείωτη αρνητική επίδραση στην καθημερινότητα των ασθενών. Οι ασθενείς παρουσιάζουν μια σειρά από συμπτώματα, όπως κόπωση, αφυδάτωση, κοιλιακό και περιπρωκτικό πόνο, δυσφορία και φόβο για ξαφνική αφόδευση. Έτσι, η διάρροια μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους και ψυχολογική δυσφορία (Bossi et al., 2018).

Σε επίπεδο νοσηλευτικών παρεμβάσεων, είναι σημαντικό για την ασθενή να κατανοήσει τις συνήθειες του εντέρου κατά την έναρξη της θεραπείας και να νιώσει άνετα να συζητήσει κάθε μεταβολή σχετικά με αυτές, όπως την περίπτωση της διάρροιας. Οι νοσηλευτές-τριες έχουν σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς των ασθενών, ώστε να αποκτήσουν την άνεση να ζητήσουν βοήθεια για ένα τέτοιο ζήτημα. Ο ειδικός νοσηλευτής-τρια αξιολογεί τον ασθενή πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας για προϋπάρχουσα δυσλειτουργία του εντέρου (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διαταραχές στην έκκριση της χολής, κοιλιοκάκη, ή φλεγμονώδης νόσο του εντέρου), για χειρουργείο στο γαστρεντερικό σύστημα ή για υποσιτισμό ή διατροφικό κίνδυνο. Σε περίπτωση εκδήλωσης διάρροιας, αξιολογεί το εύρος της διάρροιας (συχνότητα, ποσότητα, σύσταση), προσπαθεί να προσδιορίσει ποιοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες προκαλούν τη διάρροια, χορηγεί αντιδιαρροϊκά

φάρμακα (λοπεραμίδη και οκτρεοτίδη είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής) και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους στην ασθενή (Andreyev et al., 2014).

#### *3.18.3.4. Αλωπεκίαση που προκαλείται από χημειοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει την ανάπτυξη τόσο των καρκινικών όσο και μη καρκινικών κυττάρων. Η ρίζα της τρίχας έχει υψηλή ροή αίματος, επιτρέποντας έτσι την πρόσληψη υψηλών δόσεων χημικοθεραπευτικών. Η αλωπεκίαση αν και δεν συνιστά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, είναι η πιο ορατή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, με σαφείς αρνητικές επιδράσεις στην εικόνα του σώματος και στην αυτοπεποίθηση (Roe, 2011).

Σε επίπεδο νοσηλευτικών παρεμβάσεων πριν την έναρξη της θεραπείας συλλέγονται δεδομένα σχετικά με προηγούμενες ασθένειες του τριχωτού της κεφαλής (ψωρίαση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και ατοπική δερματίτιδα), με αυτοάνοσα νοσήματα ή με οικογενειακό ιστορικό αλωπεκίας. Με την έναρξη της θεραπείας παρέχονται στην ασθενή ειδικές συμβουλές. Έτσι παρέχονται συμβουλές φροντίδας του τριχωτού της κεφαλής (χρήση μαλακής βούρτσας, χρήση ουδέτερου σαμπουάν, χρήση περούκας). Επίσης προτείνεται προληπτικά η εφαρμογή ειδικής κάσκας με σκοπό την ψύξη του τριχωτού της κεφαλής. Οι συσκευές αυτές μειώνουν τη ροή του αίματος στο τριχωτό της κεφαλής και κατά συνέπεια την τοπική συγκέντρωση των χημικοθεραπευτικών παραγόντων (Rossi et al., 2017).

#### *3.18.3.5. Στοματίτιδα που προκαλείται από χημειοθεραπεία- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Η στοματίτιδα είναι μια κοινή παρενέργεια της χημειοθεραπείας και χαρακτηρίζεται από πόνο και φλεγμονή του βλεννογόνου στην στοματική κοιλότητα. Αναπτύσσεται ως άμεσο αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας που καταστρέφει τα υγιή κύτταρα στη στοματική κοιλότητα. Η σοβαρότητά της εξαρτάται από τον τύπο του χημικοθεραπευτικού παράγοντα και τη δόση που χορηγείται. Η στοματίτιδα εκδηλώνεται από μια απλή ευαισθησία στα ούλα έως εκτεταμένα επώδυνα έλκη. Η διάρκεια της είναι μικρή, αλλά μπορεί να είναι εξουθενωτική και επώδυνη για την ασθενή. Μία ασθενής με στοματίτιδα μπορεί να υποφέρει από απομόνωση, διατροφικά προβλήματα και λοίμωξη (Roe & Lennan, 2014).

Σε επίπεδο νοσηλευτικών παρεμβάσεων συνιστάται η αξιολόγηση της κατάστασης της στοματικής κοιλότητας και της οδοντοστοιχίας πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας. Σε θεραπευτικό επίπεδο οι νοσηλευτικές πρακτικές αποσκοπούν στην εφαρμογή, επίβλεψη και διδασκαλία της σωστής στοματικής υγιεινής, στην ενθάρρυνση της χρήσης διαλυμάτων στοματική φροντίδας (αποφυγή παρατεταμένης χρήσης), στην ενθάρρυνση βουρτσίσματος των δοντιών μετά από κάθε γεύμα, στη λίπανση των χειλιών και των βλεννογόνων, στη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα και στη μείωση του κινδύνου ευκαιριακών λοιμώξεων, εφαρμόζοντας ικανοποιητική στοματική υγιεινή και προσεκτικό πλύσιμο των χεριών (Αγαύιο et al., 2015).

### **3.19. Ψυχο-συνασθηματικές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών**

Ο καρκίνος των ωοθηκών έχει ισχυρό σωματικό και συναισθηματικό αντίκτυπο στις γυναίκες και τις οικογένειές τους (Fitch & Steele, 2010). Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με γυναικολογικό καρκίνο έχουν ανάγκες φροντίδας, από τη φάση της διάγνωσης, έως τη φάση επιβίωσης ή στο τέλος της ζωής. Αρχικά η διαγνωστική περίοδος δημιουργεί έντονη δυσφορία, καθώς οι ανάγκες πληροφόρησης των ασθενών και των συγγενών είναι ιδιαίτερα υψηλές (Holt et al., 2014). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά δεν παρέχουν αποτελεσματική πληροφόρηση στις ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ψυχοσυνασθηματικές διαταραχές, άγχος φόβο, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση (Brearley et al., 2011).

Επιπρόσθετα, η φάση της θεραπείας χαρακτηρίζεται από αυξημένες σωματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες, που σχετίζονται με τις παρενέργειες της θεραπείας και την προσαρμογή της ζωής στη διάγνωση καρκίνου. Αρκετές μελέτες έχουν συμφωνήσει ότι η ανάγκη αντιμετώπισης του φόβου της υποτροπής του καρκίνου είναι κοινή και συχνά μια ανεκπλήρωτη ανάγκη των γυναικών μετά τη θεραπεία, μαζί με ανησυχία για τους κοντινούς συγγενείς, την αβεβαιότητα σχετικά με το μέλλον, το άγχος, και την κόπωση (Simonelli et al., 2014).

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο μπορεί να αισθάνονται κατάθλιψη λόγω των επερχόμενων αλλαγών στην εικόνα του σώματος, των αναδυόμενων επιπτώσεων της νόσου, της πιθανής δυσμενούς πρόγνωσης και της αίσθησης της απώλειας. Η κατάθλιψη μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην

καθημερινή ζωή των ασθενών και στην επικοινωνία με το περιβάλλον τους. Έτσι οι γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών αντιμετωπίζουν προβλήματα που πριν την ασθένεια δεν υπήρχαν στο περιβάλλον της οικογένειας, στο εργασιακό περιβάλλον και στις σχέσεις με τους άλλους. Η μειωμένη ενέργεια της ασθενούς, η δυσκολία εύρεσης ευχαρίστησης στην καθημερινότητα και η τάση απομόνωσης μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις σχέσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν ιδιαίτερα την αρμονία της συζυγικής σχέσης (Yaman & Ayaz, 2016).

Η σεξουαλικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην οικογενειακή αρμονία. Είναι μια περίπλοκη και υποκειμενική έννοια και αποτελεί σημαντικό μέρος της βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ζωής των ατόμων, που τροφοδοτεί την προσωπική ανάπτυξη και αυξάνει την ποιότητα ζωής (Encili & Bekar, 2013). Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο των γεννητικών οργάνων εμφανίζουν αλλαγές στις σεξουαλικές τους λειτουργίες λόγω των θεραπειών που λαμβάνουν (Mercadante et al., 2010). Σε ασθενείς με καρκίνο, το σεξουαλικό ενδιαφέρον μπορεί να μειωθεί όχι μόνο από τον καρκίνο και τις επιπτώσεις του, αλλά και από τον φόβο σωματικής βλάβης από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα του άγχους και της κατάθλιψης που σχετίζεται με τον καρκίνο (Boyle & Levin, 2011).

Σχετική μελέτη ανέδειξε το πρόβλημα, καθώς οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών πίστευαν ότι ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συζητήσει τα σεξουαλικά ζητήματα μαζί τους ή να παρέχει σχετικές γραπτές πληροφορίες. Στην πραγματικότητα, καμία από τις γυναίκες δεν έλαβε πλήρη ενημέρωση και πληροφόρηση για το ζήτημα αυτό, αποκαλύπτοντας ένας σημαντικό κενό στην παρεχόμενη φροντίδα (Wilmoth et al., 2011).

Για ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, η εικόνα του σώματος μπορεί να επηρεαστεί λόγω της απώλειας των γεννητικών οργάνων, των σωματικών αλλαγών και των σεξουαλικών προβλημάτων, ως αποτέλεσμα της ασθένειας και των θεραπειών που εφαρμόστηκαν. Η εικόνα του σώματος αντικατοπτρίζει μια ψυχολογική εμπειρία και επικεντρώνεται στα συναισθήματα και στις σκέψεις ενός ατόμου. Είναι πιθανό μια γυναίκα με διαταραγμένα προσωπικά συναισθήματα και σκέψεις να απομακρυνθεί από τον έξω κόσμο και να βιώσει κοινωνική απομόνωση (Brearley et al., 2011).

Έτσι φαίνεται ότι οι ανάγκες φροντίδας των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο είναι πολύπλοκες και αλλάζουν κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου. Στην γυναικολογική ογκολογία, η παροχή εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται σημαντικό συστατικό της διεπιστημονικής προσέγγισης της ασθενούς. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτή την κατηγορία ασθενών αναφέρονται σε ενημερωτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και στην κοινωνική, συναισθηματική, φυσική, ψυχολογική και ψυχοσεξουαλική υποστήριξη (Cook et al., 2015).

### **3.20. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών**

Η ποιότητα ζωής συνιστά μια πολυδιάστατη έννοια που εξετάζει τη σωματική, κοινωνική και πνευματική ευημερία του ατόμου. Ο καρκίνος και η αντιμετώπισή του επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς της ζωής (Roland et al., 2013).

Η αναμενόμενη εικόνα σε μια ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών περιγράφεται με μια σειρά συμπτωμάτων, όπως απώλεια βάρους, ασκίτη, κόπωση και πόνος. Επιπλέον η χημειοθεραπεία που χορηγείται σε αυτές τις γυναίκες προκαλεί μια σειρά από παρενέργειες όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, στις οποίες περιλαμβάνονται η ουδετεροπενία, η απώλεια βάρους, η παραμόρφωση του σώματος, η κόπωση, η νευροπάθεια, η απώλεια μαλλιών, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η ακράτεια του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, η απώλεια της γεύσης και της όρεξης, ο κακός ύπνος και η μειωμένη κινητικότητα. Έτσι τα συνδυασμένα αποτελέσματα αυτών των παραγόντων έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής της γυναίκας. Ουσιαστικά τα σωματικά προβλήματα και προβλήματα κίνησης και αυτονομίας, τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, οι κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες και τα σεξουαλικά ζητήματα συμβάλλουν στο μειωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Grzankowski & Carney, 2011).

Ακόμα, ο φόβος της υποτροπής ή της επιδείνωσης της ασθένειας παραμένει μια έντονη ανησυχία στις γυναίκες που έχουν επιβιώσει από τη νόσο. Ο φόβος της υποτροπής είναι μια κοινή και συχνά εξουθενωτική ανησυχία μεταξύ των επιζώντων από καρκίνο των ωοθηκών. Αυτός ο φόβος αυξάνει τα επίπεδα του άγχους και επιβαρύνει ψυχολογικά τις ασθενείς αυτές, επιδρώντας παράλληλα αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Dahl et al., 2013).



Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε αυτές τις γυναίκες έχουν σαν σκοπό να ανακουφίσουν από τη δυσφορία, το φόβο της υποτροπής και τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον, η παροχή φροντίδας δεν σταματά όταν τελειώνει η θεραπεία, επειδή πολλές γυναίκες συνεχίζουν να βιώσουν συμπτώματα για καιρό μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Ακόμα οι παρεμβάσεις αναφέρονται σε ζητήματα όπως η βελτίωση της σωματικής δραστηριότητας, της διατροφής, των κοινωνικών σχέσεων και της συνολικής υποστήριξης (Ahmed-Lecheheb & Joly, 2015).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΕΡΕΥΝΑ

### 4.1 Το είδος της έρευνας

Η έρευνα που ακολουθήθηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας είναι δευτερογενής και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας με στόχο να συλλεχθούν νεότερα δεδομένα βασισμένα σε έγκυρα επιστημονικά άρθρα σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς τελικού σταδίου με καρκίνο ωοθηκών.

### 4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από 15 επιστημονικά άρθρα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία είναι δημοσιευμένα τα πέντε τελευταία χρόνια (25/05/2015 έως 6/12/2019) στην ηλεκτρονική δεδομένων PubMed.

### 4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των άρθρων ήταν:

- Η δημοσίευση της τελευταία πενταετία (2015-2019).
- Η δημοσίευση στην αγγλική γλώσσα (αποκλείστηκαν άρθρα δημοσιευμένα σε άλλες γλώσσες).
- Η ύπαρξη περίληψης (αποκλείστηκαν τα άρθρα χωρίς περίληψη).
- Η σαφής αναφορά στην έννοια της παρηγορητικής φροντίδας.
- Η σαφής αναφορά στον καρκίνο των ωοθηκών (αποκλείστηκαν μελέτες που αναφερόταν σε άλλους τύπους καρκίνου).
- Τα άρθρα να είναι πρωτογενείς έρευνες

#### 4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, προκειμένου να βρεθούν οι νεότερες πληροφορίες σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς τελικού σταδίου με καρκίνο ωοθηκών. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την προηγμένη αναζήτηση χρησιμοποιώντας τον τελεστή καρκίνος ωοθηκών και παρηγορητική φροντίδα και συγκεκριμένα: (ovarian cancer) AND (palliative care), με αποτέλεσμα να προκύψουν 145 μελέτες, όλων των ειδών. Για την εξαγωγή αυτών των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής φίλτρα: ύπαρξη περίληψης, δημοσιευμένα την τελευταία 5ετία (25/05/2015 έως 6/12/2019), όλα τα είδη μελετών, στην αγγλική γλώσσα.

Μετά από προσεκτική μελέτη του κάθε άρθρου χωριστά, από το σύνολο των 145 άρθρων αποκλείστηκαν τα 131 άρθρα και περιλήφθηκαν 15 άρθρα βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού και τα κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στο πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

#### 4.5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

a/a	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κόρια ευρήματα
1	(Nitecki et al., 2018), ΗΠΑ	Αναδρομική μελέτη κατά τα έτη 2010-2015 σε 391 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών .	Σκοπός της μελέτης ήταν η κατανόηση της σκοπιμότητας εφαρμογής της παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών.	Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υποδηλώνουν την καθυστερημένη χρήση παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών.
2	(Daniele et al., 2015), Ιταλία	Αναδρομική μελέτη κατά τα έτη 2008-2014 σε 40 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η ανάλυση των ιατρικών και χειρουργικών διαδικασιών, η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης και της καχεξίας και η πρόγνωση ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών, σε σχέση με την καλοήγη απόφραξη του εντέρου, ως επιπλοκή του καρκίνου.	Από τα αποτελέσματα τεκμηριώνεται ότι η χειρουργική επέμβαση πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς χωρίς σοβαρές αντενδείξεις. Διαφορετικά πρέπει να εφαρμόζεται ένα πρωτόκολλο συντηρητικής αντιμετώπισης.

3	(Seven et al., 2016), Τουρκία	Συγχρονική-περιγραφική μελέτη σε δείγμα 134 ασθενών	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι ανάγκες παροχής παρηγορητικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο.	Οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο έχουν σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων και ανεκπλήρωτες ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν συμπτώματα, όπως η κόπωση, κατάθλιψη καθώς και η έλλειψη όρεξης ως αναπόσπαστο μέρος της ποιοτικής φροντίδας του καρκίνου.
4	(Uppal, et al., 2016), ΗΠΑ.	Αναδρομική μελέτη κατά τα έτη 2006-2011 σε 106.203 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των τάσεων απόρριψης των τεκμηριωμένων υπηρεσιών παρηγορητικής νοσηλείας σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών.	Από την παρούσα μελέτη φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας είναι σχετικά χαμηλή, αλλά φαίνεται να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου για τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών. Η παρακολούθηση αυτών των δεδομένων είναι ζωτικής σημασίας για το σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με τις προσεγγίσεις της παρηγορητικής αγωγής σε αυτόν τον πληθυσμό που κινδυνεύει.
5	(Palaia et al., 2019), Ιταλία.	Αναδρομική μελέτη σε 110 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν και απεβίωσαν κατά τα έτη 2007-2017.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της χημειοθεραπείας σε ασθενείς τελικού σταδίου καρκίνου των ωοθηκών.	Η χημειοθεραπεία σε ασθενείς τελικού σταδίου μειώνει δραματικά την ποιότητα ζωής και απαιτείται η παρέμβαση της παρηγορητικής φροντίδας για την εξομάλυνση των συμπτωμάτων.
6	(Morris et al., 2017), ΗΠΑ	Αναδρομική μελέτη σε 60 ασθενείς κατά τα έτη 2013-14.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της παρηγορητικής φροντίδας στην περιτοναϊκή καρκινομάτωση, που οφείλεται σε μεταστατική εκδήλωση του καρκίνου των ωοθηκών.	Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών έκαναν χρήση των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, ιδιαίτερα ασθενείς με χρόνια συμπτώματα, τα οποία είναι δύσκολο να διαχειριστούν, ειδικά προς το τέλος της ζωής.
7	(Mullen et al., 2017) ΗΠΑ.	Αναδρομική μελέτη σε 308 ασθενείς κατά το έτος 2015.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Παρηγορητικής Φροντίδας στο τέλος της ζωής σε ασθενείς με γυναικολογικές ογκολογικές παθήσεις.	Η παρηγορητική φροντίδα βελτίωσε την ποιότητα ζωής σε νοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς ασθενείς.
8	(Taylor et al., 2016), ΗΠΑ.	Αναδρομική μελέτη 189 γυναικών κατά τα έτη 2007-2012	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι ανισότητες στη χρήση πόρων κατά το τέλος της ζωής σε ασθενείς με όγκους στις ωοθήκες.	Καταγράφηκαν σημαντικές φυλετικές ανισότητες στην εισαγωγή στο νοσοκομείο στην παροχή υπηρεσιών κατά το τέλος της ζωής.
9	(Jiang et al., 2018), ΗΠΑ.	Αναδρομική μελέτη 64	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η μελέτη της	Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία παρέχει

		ασθενών κατά τα έτη 2003 ως 2014.	ακτινοθεραπείας, ως παρηγορητική μέθοδος, στον καρκίνο των ωοθηκών.	ανακούφιση από τον πόνο και την αιμορραγία στους περισσότερους ασθενείς με επανεμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών. Ωστόσο σε ασθενείς με συμπτωματική απόφραξη εντέρου και οστικές μεταστάσεις παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης.
10	(Foote et al., 2018), Μ.Βρετανία	Αναδρομική μελέτη σε 164 ασθενείς, κατά τα έτη 2000-2011.	Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός προγνωστικού μοντέλου για τον εντοπισμό ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών ανθεκτικών στη θεραπεία με πλατίνα, οι οποίοι μπορεί να επωφεληθούν από την άμεση παραπομπή για παρηγορητική περίθαλψη.	Η έρευνα επισημαίνει ότι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών ανθεκτικών στη θεραπεία με πλατίνα, έχουν υψηλό κίνδυνο θανάτου εντός 6 μηνών και πρέπει παραπεμφθούν για παρηγορητική περίθαλψη.
11	(de Boer et al., 2019), Ολλανδία.	Αναδρομική μελέτη σε 148 ασθενείς, κατά τα έτη 2005-2017.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρηγορητικής χειρουργικής σε ασθενείς με περιτοναϊκή καρκινομάτωση και οξεία αποφρακτικά συμπτώματα του εντέρου.	Η συγκεκριμένη μελέτη επισημαίνει ότι η παρηγορητική χειρουργική επέμβαση συνδέεται με υψηλά ποσοστά επιπλοκών και η υποτροπή είναι συχνή. Προτείνεται η συντηρητική θεραπεία.
12	(Jui-Kun et al., 2018), Ταιβάν	Αναδρομική μελέτη σε 176 ασθενείς κατά τα έτη 1997 ως 2011.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους περίθαλψης για ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών τον τελευταίο μήνα της ζωής.	Παρά τη επιθετικότητα της νόσου και του αυξημένου κόστους περίθαλψης, η παρεχόμενη παρηγορητική φροντίδα πρέπει να παρέχεται. Ωστόσο πρέπει να εξετάζονται οι παράγοντες που μπορεί να οδηγούν στην εισαγωγή στο νοσοκομείο κατά την περίοδο αυτή.
13	(Utsumi et al., 2017), Ιαπωνία.	Αναδρομική μελέτη σε 77 ασθενείς, κατά τα έτη 2003-2012.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η επισκόπηση του εναπομένου χρόνου επιβίωσης μετά την τελική χημειοθεραπεία και η εξέταση των σημασιολογικών κλινικοπαθολογικών δεικτών σε αυτούς τους ασθενείς.	Η χορήγηση χημειοθεραπείας δεν προσδιορίζει κανένα όφελος επιβίωσης. Πρέπει να παρέχεται πληροφόρηση στους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση και να καθορίζεται το χρονικό σημείο της απόσυρσης από τη χημειοθεραπεία.
14	(Stilos et al., 2018), Καναδάς.	Συγχρονική-περιγραφική μελέτη, σε δείγμα 14 ατόμων.	Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι προκλητικός τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά λόγω της προχωρημένης φύσης της. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των οικογενειακών φροντιστών που φροντίζουν τους αγαπημένους τους με	Οι φροντιστές των ατόμων με καρκίνο περιγράφουν συνήθως δυσκολίες στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στη λήψη πληροφοριών, γεγονός που προκαλεί πρόσθετη ανησυχία και απογοήτευση.

			προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών.	
15	(Adusumilli et al., 2018), Ινδία	Αναδρομική μελέτη σε 292 ασθενείς, κατά τα έτη 2014-2015.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν διερεύνηση της καθυστέρησης παροχής παρηγορητικής φροντίδας, με το σκεπτικό της μάταιης και περιττής θεραπείας από τους γιατρούς.	Οι θεραπευτικές επιλογές πρέπει να προσδιορίζονται χρονικά πότε πρέπει να αρχίζουν και πότε πρέπει να σταματούν, με την έννοια της ματαιότητας. Η έγκαιρη εμπλοκή της ομάδας παρηγορητικής φροντίδας, κάνει την μετάβαση προς το τελικό στάδιο πιο ομαλή και πιο ουσιαστική.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

### 5.1 Ανάλυση των δεδομένων

Η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (American Society of Clinical Oncology) συστήνει στις ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο να λαμβάνουν αποκλειστικά υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση και καθοριστεί ότι η νόσος βρίσκεται πλέον σε προχωρημένο στάδιο. Ωστόσο η πραγματικότητα παρουσιάζει διαφορετικά δεδομένα. Σχετική μελέτη σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών σταδίου III ή IV έδειξε ότι η παραπομπή σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας εφαρμόστηκε μόνο στο 1/3 των ασθενών. Από αυτές τις γυναίκες περίπου το 40% των γυναικών παραπέμφθηκε 30 ημερών πριν από το θάνατο τους και το 17% εντός μιας εβδομάδας πριν από το θάνατο τους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν την καθυστερημένη παραπομπή σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών, σε αντίθεση μάλιστα με τις σχετικές κατευθυντήριες γραμμές (Nitecki et al., 2018).

Ο καρκίνος των ωοθηκών συχνά εμφανίζει υποτροπή και σαν θεραπευτικό μέτρο προτείνεται η χημειοθεραπεία με επιπρόσθετα χημικοθεραπευτικά σχήματα. Ωστόσο εξετάζεται αν αυτή η θεραπευτική παρέμβαση βελτιώνει το χρόνο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής της ασθενούς. Σχετική μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία δεν βελτίωσαν τους δείκτες επιβίωσης. Αντίθετα αυτή η θεραπευτική πρακτική είχε σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτές να μην εντάσσονται στα προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας ή στην κατ' οίκον φροντίδα (Utsumi et al., 2017).

Στις περιπτώσεις χορήγησης συμπληρωματικής χημειοθεραπείας, οι ασθενείς παρουσιάζουν έκπτωση της ποιότητας ζωής, εξαιτίας του καρκίνου και των χορηγούμενων φαρμάκων. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που περιγράφονται είναι η κόπωση, το άγχος και η δυσκολία στον ύπνο. Σε σχέση με τις παρενέργειες της θεραπείας, περιγράφονται η ναυτία η απώλεια των μαλλιών. Τέλος επισημαίνεται ότι σε ασθενείς που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία και

τις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους, οι οποίες δεν αλλάζουν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η προσεκτική διερεύνηση συγκεκριμένων αναγκών στο τέλος του κύκλου ζωής μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα με επίκεντρο την ασθενή και την ποιότητα της ζωής του. Αυτό επισημαίνεται και σε άλλη μελέτη, αφού αποτυπώνεται η άποψη ότι οι πρακτικές παρηγορητικής φροντίδας, βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής αυτών των ασθενών (Mullen et al., 2017). Ωστόσο σχετική μελέτη στις ΗΠΑ καταγράφει τη φυλετική διάκριση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο τελικού σταδίου, με μια ανισότητα που εκφράζεται υπέρ της λευκής φυλής (Taylor et al., 2016).

Από την άλλη λίγες μελέτες έχουν εξετάσει το κόστος φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής τους για ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών. Φαίνεται ότι οι γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών τελικού σταδίου, που λαμβάνουν υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εισαχθούν στη ΜΕΘ, σε περίπτωση επιδείνωσης και λιγότερες πιθανότητες να υποστηριχθούν με καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής (Jui-Kun et al., 2018).

Μια σχετική μελέτη επισημαίνει επίσης ότι οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τη χημειοθεραπεία και διατηρούν αυτή την παρέμβαση ως μια μεγάλη πηγή ελπίδας. Σε αυτό το γεγονός σημειώνεται και ο ρόλος των γιατρών, οι οποίοι συνεχίζουν μάταιες και περιττές θεραπείες, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών αυτών στις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας. Σχετική αναδρομική μελέτη έδειξε ότι η χημειοθεραπεία στον προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα παραπομπής για παρηγορητική φροντίδα στις μισές περιπτώσεις ασθενών. Επίσης η χημειοθεραπεία στον προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών αποτελεί παράγοντα καθυστέρησης για παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Επισημαίνεται ότι η χημειοθεραπεία σε προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών πρέπει να ξεκινά τη σωστή στιγμή, αλλά πρέπει επίσης να διακόπτεται όταν κρίνεται ότι δεν έχει νόημα και είναι μάταιη. Έτσι δεν χάνεται χρόνος και η ασθενής λαμβάνει έγκαιρα τις υπηρεσίες της παρηγορητικής φροντίδας (Adusumilli et al., 2018).

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο των ωοθηκών συχνά βιώνουν υποτροπή της νόσου και για το λόγο αυτό προτείνεται η χημειοθεραπεία με ισχυρούς αντινεοπλασματικούς παράγοντες, μέχρι το τέλος της ζωής τους. Ωστόσο αυτή η



αντινεοπλασματική θεραπεία σχετίζεται με τοξικότητα και αυξημένη θνησιμότητα. Σχετική μελέτη έδειξε ότι αυτού του είδους η θεραπεία ξεκινά για την πλειοψηφία των ασθενών στο τελευταίο τρίμηνο της ζωής και για το ¼ ξεκινά ακόμα και τον τελευταίο μήνα. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών μειώθηκε δραματικά τις τελευταίες 30 ημέρες. Φαίνεται ότι η χημειοθεραπεία στο τέλος της ζωής για ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών είναι ένα ακανθώδες πρόβλημα. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες και μια διεπιστημονική προσέγγιση για την καλύτερη θεραπεία αυτών των ασθενών (Palaia et al., 2019).

Το ζήτημα της χρονικής ένταξης μιας ασθενούς στις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας αποτελεί αντικείμενο μελέτης. Στην προσπάθεια καθορισμού των κριτηρίων ένταξης ενός ασθενούς στις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: ο βαθμός αντίστασης της νόσου στη θεραπεία με πλατίνα, ο χρόνος από τη διάγνωση έως τη χημειοθεραπεία, το στάδιο της διάγνωσης, η υποτροπή της νόσου, η συννοσηρότητα (κακοήθης απόφραξη του εντέρου, υπεζωκοτική συλλογή ή ασκίτης), η μετάσταση της νόσου στο ήπαρ ή τους πνεύμονες και ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις (αλβουμίνη, αιμοσφαιρίνη, επίπεδα CA-125). Έτσι ως παράγοντες φτωχής πρόγνωσης αξιολογούνται η συννοσηρότητα και οι μεταστάσεις σε ήπαρ ή πνεύμονες. Οι ασθενείς με αυτούς τους παράγοντες είχαν φτωχή πρόγνωση και επιβίωση κάτω των 6 μηνών. Αυτές οι ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται έγκαιρα και να παραπέμπονται στις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, καθώς διανύουν το τελικό στάδιο της ζωής τους (Foote et al., 2018).

Σε ορισμένες χώρες παρέχονται υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας σε ειδικούς ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας, ειδικά στα τελευταία στάδια της νόσου. Για γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών αυτό αποτελεί μια επιλογή, καθώς μπορεί να έχουν την πέπουσα φροντίδα τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους. Σημαντικό κριτήριο για τη χρήση αυτών των υπηρεσιών είναι η άρνηση εισαγωγής στο νοσοκομείο, λόγω της ματαιότητας της θεραπείας και η ανάγκη για τεκμηριωμένες υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας σε χώρους πέρα από το σπίτι και πέρα από τους οικογενειακούς φροντιστές. Φαίνεται ότι η χρήση αυτών των δομών είναι σχετικά χαμηλή, αλλά φαίνεται ότι αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, ειδικά για γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών. Η παρακολούθηση αυτών των δεδομένων είναι ζωτικής σημασίας για τον προγραμματισμό παρεμβάσεων εκπαίδευσης και

πληροφόρησης σχετικά με τις προσεγγίσεις της παρηγορητικής φροντίδας σε αυτόν τον πληθυσμό σε κίνδυνο (Urral et al., 2016).

Ο καρκίνος των ωοθηκών στα προχωρημένα στάδια παρουσιάζει επέκταση στο περιτόναιο και περιτοναϊκή καρκινομάτωση. Αυτή η κατάσταση προκαλεί οξεία αποφρακτικά συμπτώματα στον εντερικό σωλήνα και όταν η συντηρητική αντιμετώπιση αποτυγχάνει, η χειρουργική θεραπεία είναι η υπόλοιπη επιλογή. Ωστόσο, η παρηγορητική χειρουργική σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα και η πιθανότητα επιτυχίας είναι ασαφής. Σχετική μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αυτή την παρηγορητική χειρουργική επέμβαση παρουσίασαν σημαντικές επιπλοκές, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, επανεισαγωγές και εκ νέου εντερική απόφραξη (περίπου το 35% των περιπτώσεων). Επισημαίνεται ότι η παρηγορητική χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με υψηλά ποσοστά επιπλοκών και επανεισαγωγή των ασθενών. Η συντηρητική αντιμετώπιση της απόφραξης προτείνεται, ειδικά σε ασθενείς υπό πρόσφατη θεραπεία με χημειοθεραπεία (de Boer, et al., 2019).

Επιπλέον, επισημαίνεται ότι η περιτοναϊκή καρκινομάτωση αντιπροσωπεύει εκτεταμένη μεταστατική νόσο σε όλη την κοιλιά ή και τη λεκάνη. Ο ρόλος της παρηγορητικής φροντίδας παραμένει κακώς μελετημένος μεταξύ αυτών των ασθενών. Σε αυτούς τους ασθενείς ως μέτρα παρηγορητικής φροντίδας προτείνονται η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών, η χορήγηση αντιεμετικών σκευασμάτων, ή ακόμα η διατροφική υποστήριξη με παρεντερική διατροφή. Αυτά τα μέτρα παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται ότι εφαρμόζονται πιο συχνά σε ασθενείς με χρόνια συμπτώματα, τα οποία είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, ειδικά προς το τέλος της ζωής τους (Morris et al., 2017).

Στο ίδιο θέμα της κακοήθους απόφραξης του εντέρου σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών αναφέρεται και η μελέτη των Daniele και συν. (2015). Οι ερευνητές σε αυτή τη μελέτη θεωρούν ότι η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής πρέπει να αποτελεί βασική θεραπευτική επιλογή. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η χειρουργική αντιμετώπιση της απόφραξης του εντέρου σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών μειώνει το χρόνο νοσηλείας, μειώνει τον πόνο και βελτιώνει την επιβίωση. Αυτή η παρέμβαση πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς που εμφανίζουν μεγάλο βαθμού καχεξία, και κακή διατροφική κατάσταση, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις δεν

παρατηρήθηκαν σημεία βελτίωσης της κατάστασης της ασθενούς (Daniele et al., 2015).

Ο καρκίνος των ωοθηκών συνιστά μια πρόκληση, λόγω της προχωρημένης φύσης της νόσου κατά τη διάγνωση, των δυσμενών επιπτώσεων της νόσου και της θεραπείας και του αντίκτυπου στους ρόλους φροντίδας και στις ευθύνες της οικογένειας και των φροντιστών. Φαίνεται ότι η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα και στη διατήρηση της υγείας των ασθενών, με την παροχή σωματικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Οι φροντιστές, μαζί με τους ασθενείς, αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις. Αυτές αναφέρονται στην αρχική διάγνωση, στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της ασθένειας και στην τελική κάμψη και στον θάνατο. Από τη σχετική μελέτη φαίνεται ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φροντίδα των ασθενών αυτών. Αυτές οι δυσκολίες γεννιούνται από την έλλειψη πληροφόρησης και από την δυσκολία πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Αυτά τα σημεία δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην παροχή φροντίδας και στα τελικά στάδια της νόσου (Stilos et al., 2018).

Η αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών είναι το πρώτο βήμα αξιολόγησης και παραπομπής σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για την εκτίμηση, τόσο της βαρύτητας των συμπτωμάτων, όσο και των αναφερόμενων από τον ασθενή αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας. Οι ασθενείς εκφράζουν με διάφορους τρόπους τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και τις σχετιζόμενες ανάγκες τους. Ειδικότερα περιγράφουν την επιβάρυνση που φέρουν στις οικογένειές τους, το αίσθημα της μοναξιάς, το αίσθημα κόπωσης, την έλλειψη όρεξης, την καταθλιπτική διάθεση και τα προβλήματα εκτέλεσης σωματικών δραστηριοτήτων. Η σχετική έρευνα δείχνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί επαρκώς τις παραπάνω ανάγκες. Απαιτείται η σχετική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να είναι σε θέση αξιολόγησης και κάλυψης των αναγκών των ασθενών με καρκίνο (Seven et al., 2016).

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο των ωοθηκών δεν αποτελεί βασική θεραπευτική επιλογή, αλλά έχει ρόλο μόνο στην ανακουφιστική φροντίδα. Έτσι η παρηγορητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση επιπλοκών του καρκίνου των ωοθηκών, όπως η αντιμετώπιση του πόνου, της αιμορραγίας ή της

απόφραξη του εντερικού σωλήνα από τον όγκο και μάλιστα με υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης (πάνω από 80%). Μειωμένη αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής ακτινοθεραπείας παρατηρείται στις περιπτώσεις οστικών μεταστάσεων και σε ορισμένες σπανιότερες μορφές του καρκίνου των ωοθηκών (Jiang et al., 2018).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Χωρίς αμφισβήτηση ο καρκίνος των ωοθηκών συχνά διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο και έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ γυναικολογικών καρκίνων (Brown et al., 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει υπερβολική χρήση της παρηγορητικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. Το εάν η χορήγηση παρηγορητικής χημειοθεραπείας στο τέλος της ζωής είναι επωφελής για τον ασθενή παραμένει ασαφής. Αυτό συμβαίνει επειδή η επιθετική παρηγορητική χημειοθεραπεία μειώνει την ποιότητα ζωής, λόγω των επιπλοκών που προκαλεί (Tae-Kyu et al., 2018). Στο ίδιο εύρημα καταλήγει και η μελέτη των Utsumi και συν., (2017), καθώς επισημαίνεται ότι ασθενείς που έλαβαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία δεν βελτίωσαν τους δείκτες επιβίωσης. Αντίθετα αυτή η θεραπευτική πρακτική αποτέλεσε εμπόδιο στην ένταξη αυτών των ασθενών σε προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας. Επίσης από τα ευρήματα της έρευνας μας επισημαίνεται ότι η συμπληρωματική χημειοθεραπεία, προκαλεί μια σειρά από παρενέργειες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Ως τέτοιες περιγράφονται η κόπωση, το άγχος η δυσκολία στον ύπνο, η ναυτία και η απώλεια των μαλλιών (von Gruenigen et al., 2017).

Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας επισημαίνουν ότι η έγκαιρη ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη θεραπεία των γυναικών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών επιτρέπει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις την παράταση της ζωής. Από την άλλη, τόσο οι ασθενείς όσο και πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν εσφαλμένα ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι συνώνυμη με τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής και επομένως, δεν συμβιβάζεται με την αντικαρκινική θεραπεία. Οι ασθενείς ανησυχούν ότι η εισαγωγή της παρηγορητικής φροντίδας σημαίνει ότι ο θεράπων γιατρός «παρατείνεται» από τη μάχη κατά του καρκίνου και τα στοιχεία από σχετικές μελέτες δείχνουν ότι επαγγελματίες υγείας θεωρούν εσφαλμένα ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι συνώνυμη με τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής και, επομένως, δεν συμβιβάζεται με την αντικαρκινική θεραπεία (Schenker et al., 2014; Bakitas et al., 2013).

Το πρόβλημα της κατανόησης του ρόλου της παρηγορητικής φροντίδας επισημαίνεται και από τα ευρήματα της έρευνας μας. Όπως αναφέρουν οι Miller & Nevadunsky, (2018), βασικό εμπόδιο στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας είναι η σύγχυση σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς και η χορήγηση χημειοθεραπείας όταν ο καρκίνος είναι πλέον σε προχωρημένα στάδια (Adusumilli et al., 2018). Ωστόσο η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει και άλλα εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, που δεν περιγράφονται στην έρευνα μας. Ενδεικτικά αναφέρεται η έλλειψη διαθεσιμότητας υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας εξειδικευμένων ασθενών και η έλλειψη εκπαίδευσης από ογκολόγους στην παροχή βασικών υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας (Eskander et al., 2014).

Εν αντιθέσει με τα παραπάνω, όπως αναφέρεται στη μελέτη των Davidson και συν., (2018), τα τελευταία χρόνια, φαίνεται όλο και πιο έντονα η σημασία της ενσωμάτωσης της παρηγορητικής φροντίδας νωρίς στην πορεία της νόσου. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την παρηγορητική φροντίδα είναι σε θέση να κατανοήσουν βαθύτερα ζητήματα σχετικά με την πρόγνωση του ασθενούς, την ποιότητα της ζωής του ασθενούς και τη λήψη των αποφάσεων στο τέλος της ζωής.

Μια άλλη παράμετρος που εξετάστηκε από διάφορες μελέτες είναι ο χρόνος ένταξης ενός ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών σε ένα πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας. Όπως επισημαίνεται από τη μελέτη των Segeen και συν.,(2017), για τους ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών είναι σημαντικό να καθοριστεί ένα χρονοδιάγραμμα παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Αυτό το χρονοδιάγραμμα αναφέρεται στο σημείο έναρξης παροχής των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, το οποίο δεν έχει καθοριστεί πλήρως. Επίσης χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η παρηγορητική φροντίδα όταν παρέχεται σε προχωρημένα στάδια, σχετίζεται με μειωμένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Το ίδιο πρόβλημα επισημαίνεται και από τους Nitecki και συν., (2018), οι όποιοι στη μελέτη τους έδειξαν ότι σχεδόν οι μισές γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών εντάσσονται σε ένα πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας 30 ημέρες πριν από το θάνατο τους ως και μια εβδομάδα πριν από το τέλος της ζωής τους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν την καθυστερημένη παραπομπή σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών, σε αντίθεση μάλιστα με τις σχετικές κατευθυντήριες γραμμές. Από την άλλη αναφέρεται

στη βιβλιογραφία ότι η πρόωμη ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών απαιτεί τη συνεχή εκπαίδευση, τόσο των εμπλεκόμενων (ασθενούς και φροντιστών), όσο και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει η παρηγορητική περίθαλψη και σχετικά με την αξία αυτών των υπηρεσιών (Greer et al., 2013).

Στην προσπάθεια καθορισμού των κριτηρίων ένταξης ενός ασθενούς στις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας αναφέρεται η μελέτη των Foote και συν. (2018). Η παραπάνω μελέτη περιγράφει διάφορους παράγοντες τεκμηρίωσης της παροχής παρηγορητικής φροντίδας, όπως: ο βαθμός αντίστασης της νόσου στη θεραπεία στα χορηγούμενα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ο χρόνος από τη διάγνωση έως τη χημειοθεραπεία, το στάδιο της διάγνωσης, η υποτροπή της νόσου, η συννοσηρότητα, η μετάσταση και ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις. Όλα τα παραπάνω πρέπει να αξιολογούνται και να αποτελούν κριτήρια παραπομπής της ασθενούς στις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας.

Ένα διαφορετικό ζήτημα που καταγράφηκε στην έρευνα μας είναι η απόφραξη του εντέρου, ως σημαντική επιπλοκή του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών. Η απόφραξη του εντέρου περιγράφεται ως μια κοινή επιπλοκή στους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου και εκτιμάται ότι η κακοήθης απόφραξη του εντέρου αφορά τους μισούς ασθενείς, που εντάσσονται σε προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας. Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών η εντερική απόφραξη είναι αποτέλεσμα της διάχυτης περιτοναϊκής καρκινομάτωσης. Επίσης αυτή η επιπλοκή μπορεί να είναι αποτέλεσμα της θεραπείας του καρκίνου: συμφύσεις από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία, εντερίτιδα, χρόνια ισχαιμία, νευροτοξικότητα από τη χρήση οπιοειδών. Παρόλο που η απόφραξη του εντέρου στον προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών εμφανίζεται πολύ συχνά, η αντιμετώπιση της παραμένει μια πρόκληση, κυρίως λόγω της έλλειψης αποδεικτικών στοιχείων για χειρουργική ή μη θεραπεία. Στη μελέτη αυτή υποστηρίζεται ότι η χειρουργική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν αντενδείξεις, διαφορετικά ακολουθείται η συντηρητική αντιμετώπιση της επιπλοκής (Daniele, et al., 2015). Η ίδια θέση αναφέρεται στην ερευνά μας από τη μελέτη των de Boer και συν., (2019), επισημαίνοντας ότι η παρηγορητική χειρουργική επέμβαση σε αυτές τις περιπτώσεις συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, επανεισαγωγές και εκ νέου

εντερική απόφραξη. Ωστόσο η μελέτη των Daniele και συν., (2015) αποδέχεται ότι η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής πρέπει να αποτελεί βασική θεραπευτική επιλογή. Αυτό στηρίζεται στην άποψη ότι μια τέτοια παρέμβαση βελτιώνει σημαντικά προβλήματα του αρρώστου, όπως η καχεξία, και η κακή διατροφική κατάσταση, χωρίς ωστόσο να βελτιώνεται η τελική έκβαση του ασθενούς. Επισημαίνεται ότι η περιτοναϊκή καρκινομάτωση αντιπροσωπεύει εκτεταμένη μεταστατική νόσο σε όλη την κοιλιά ή και τη λεκάνη. Ο ρόλος της παρηγορητικής φροντίδας παραμένει κακώς μελετημένος μεταξύ αυτών των ασθενών. Σε αυτούς τους ασθενείς ως μέτρα παρηγορητικής φροντίδας προτείνονται η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών, η χορήγηση αντιεμετικών σκευασμάτων, ή ακόμα η διατροφική υποστήριξη με παρεντερική διατροφή. Αυτά τα μέτρα παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται ότι εφαρμόζονται πιο συχνά για ασθενείς με χρόνια συμπτώματα, τα οποία είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, ειδικά προς το τέλος της ζωής τους (Morris et al., 2017).

Από την άλλη λίγες μελέτες έχουν εξετάσει το κόστος φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής τους για ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών. Φαίνεται ότι οι γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών τελικού σταδίου, που λαμβάνουν υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εισαχθούν στη ΜΕΘ, σε περίπτωση επιδείνωσης και λιγότερες πιθανότητες να υποστηριχθούν με καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής, καθώς επισημαίνεται ότι τέτοιες πρακτικές θεωρούνται μάταιες και αυξάνουν σημαντικά το κόστος φροντίδας (Jui-Kun et al., 2018).

Στον καρκίνο των ωοθηκών η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα και στη διατήρηση της υγείας των ασθενών, με την παροχή σωματικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Ωστόσο η σχετική μελέτη δείχνει ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φροντίδα των ασθενών αυτών. Αυτές οι δυσκολίες γεννιούνται από την έλλειψη πληροφόρησης και από την δυσκολία πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Αυτά τα σημεία δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην παροχή φροντίδας και στα τελικά στάδια της νόσου (Stilos et al., 2018). Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται στη μελέτη των Zimmermann και συν., (2016). Οι συμμετέχοντες φροντιστές σε αυτή τη μελέτη τόνισαν την ανάγκη πληροφόρησης και εκπαίδευσης από επαγγελματίες υγείας στα θέματα της ανακουφιστικής φροντίδας.



Σε μια διαφορετική προσέγγιση περιγράφεται ότι ο ρόλος του φροντιστή μπορεί να είναι αποτελεσματικός και να θεμελιωθεί σε στέρεες βάσεις, όταν ο φροντιστής έχει την κατάλληλη υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας. Ενδεικτικά οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να εκφράζουν μια θετική στάση και να ενισχύουν την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή. Επίσης αποστολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η προετοιμασία των φροντιστών να αναλάβουν τον ρόλο του φροντιστή. Αυτή η πρακτική στηρίζεται στην ανάπτυξη της αίσθησης της ολοκλήρωσης. Οι φροντιστές αισθάνονται μια αίσθηση ολοκλήρωσης όταν βλέπουν ότι μπορούν να βοηθήσουν τις ασθενείς να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Για να ενισχυθούν αυτά τα συναισθήματα, οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του φροντιστή παρέχοντάς τους πληροφορίες, συναισθηματική υποστήριξη και αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη. Οι φροντιστές θα πρέπει επίσης να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθενούς με καρκίνο και τις παρενέργειες της θεραπείας (LeSeure & Chongkhamang, 2015).

Συμπερασματικά υπογραμμίζεται ότι οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών αξίζουν την καλύτερη συνολική φροντίδα. Αυτή η φροντίδα απευθύνεται στις ίδιες, στις οικογένειες και στους φροντιστές τους. Αυτή η καλύτερη φροντίδα περιλαμβάνει τις βασικές θεραπευτικές επιλογές, αλλά και την έγκαιρη ενσωμάτωση των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας στη συνολική ευημερία των ασθενών. Ειδικότερα η ομάδα παρηγορητικής φροντίδας είναι σε θέση να επικεντρωθεί σε άλλες πτυχές της ασθενούς και της φροντίδας. Ο απώτερος στόχος δεν πρέπει να είναι μόνο η βελτίωση της συνολικής επιβίωσης, αλλά και η βελτίωση της συνολικής επιβίωσης στο πλαίσιο της βελτιωμένης ποιότητας ζωής σε όλους τους τομείς (Rosenbaum-Duska, 2016).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια πρόκληση, τόσο για την ιατρική, όσο και για τη νοσηλευτική επιστήμη. Το μεγάλο πρόβλημα είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αυτό το κενό έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστερημένη σε πολλές περιπτώσεις διάγνωση της νόσου, όταν πλέον είναι σε προχωρημένα και μη ιάσιμα στάδια.

Αυτό είναι το κομβικό σημείο, πέρα από το οποίο έχει σημαντικό ρόλο η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφέρονται:

- Σε μια ασθενή με μια νόσο που δεν έχει πιθανότητες ίασης, που βιώνει το φόβο της υποτροπής και ζει με το στίγμα του καρκίνου.
- Σε μια ασθενή που έχει υποβληθεί σε αλληπάλληλες χειρουργικές και χημειοθεραπευτικές παρεμβάσεις, που έχουν αλλοιώσει την εικόνα του σώματος, επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό της και έχουν σαν αποτέλεσμα μια σειρά από βραχυχρόνιες, αλλά και μακροχρόνιες παρενέργειες.
- Σε μια ασθενή που έχει την ανάγκη ολιστικής φροντίδας, για την κάλυψη των φυσικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών, μέσα από ένα δίκτυο υποστήριξης σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο κοινότητας.
- Σε μια ασθενή που έχει την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας ζωής, με παρεμβάσεις βελτίωσης της αυτονομίας και της αυτοφροντίδας.
- Σε μια ασθενή που έχει την ανάγκη παρεμβάσεων παρηγορητικής φροντίδας, με σκοπό την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και την ηρεμία ως το τέλος της ζωής.

Με λίγα λόγια σε κάθε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών απαιτείται να αφιερωθεί κάθε πτυχή της νοσηλευτικής επιστήμης. Αυτό φυσικά αναφέρεται και σε κάθε ασθενή που βιώνει μια νόσο με τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Έτσι γεννάται μια ιδιαίτερη πρόκληση για κάθε απόφοιτο της νοσηλευτικής. Αυτή η πρόκληση αναφέρεται στην εφαρμογή με τρόπο τεκμηριωμένο των βασικών αρχών της νοσηλευτικής φροντίδας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κάθε ανθρώπου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adusumilli, P., Nayak, L., Viswanath, V., Digumarti, L., Digumarti, R. 2018. Palliative Care and End-Of-Life Measure Outcomes: Experience of a Tertiary Care Institute From South India. *South Asian J Cancer*,7(3):210-213.
- Alimi, Y., Iwanaga, J., Loukas, M., Tubbs., RS. 2018. The Clinical Anatomy of Endometriosis: A Review. *Cureus*, 10(9):e3361.
- Andreyev, J., Ross, P., Donnellan, C., Lennan, E., Leonard, P. et al. 2014. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *Lancet Oncol.*, 15: e447–60
- Araújo, SNM., Luz, MHBA., Silva, GRF., Andrade, EMLR., Nunes, LCC., Moura, RO. 2015. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Rev. Latino-Am.*, 23(2):267-74
- Armes, J., Wagland, R., Finnegan-John, J., Richardson, A., Corner, J., Griffiths, P. 2014. Development and Testing of the Patient-Reported Chemotherapy Indicators of Symptoms and Experience: Patient-Reported Outcome and Process Indicators Sensitive to the Quality of Nursing Care in Ambulatory Chemotherapy Settings. *Cancer Nurs*, 37(3):E52-60.
- Armstrong, D., Walker, J. 2019. Role of Intraperitoneal Therapy in the Initial Management of Ovarian Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 37(27):2416-2419.
- Arora, N., Talhouk, A., McAlpine, JN., Law, MR., Hanley, GE. 2018. Long-term mortality among women with epithelial ovarian cancer: a population-based study in British Columbia, Canada. *BMC Cancer*, 18(1):1039.
- Ashley, J. 2012. Προεγχειρητική νοσηλευτική στο: *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*, Osborn K., Wraa C., Watson A. Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Bakitas, M., Lyons, KD., Hegel, MT., Ahles, T. 2013. Oncologists' perspectives on concurrent palliative care in a National Cancer Institute-designated comprehensive cancer center. *Palliat Support Care*, 11(5):415–23.
- Banerjee, S., Kaye, SB. 2013. New strategies in the treatment of ovarian cancer: current clinical perspectives and future potential. *Clin Cancer Res.*, 19:961-968.

- Beck, A. 2013. Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. *Nursing Standard*, 21(51):35-38.
- Berek, J., Kehoe, S., Kumar, L., Friedlander, M. 2018. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet.*, 143(Suppl.2): 59–78.
- Bharwani, N., Reznek, R., Rockall, A. 2011. Ovarian Cancer Management: The role of imaging and diagnostic challenges. *European Journal of Radiology*, 78(1): P41-51.
- Biggs, WS, Marks, ST. 2016. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. *Am Fam Physician*, 93(8):676-81.
- Bossi, P., Antonuzzo, A., Cherny, N., Rosengarten, O., Pernot, S., et al., on behalf of the ESMO Guidelines Committee. 2018. Diarrhoea in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Supplement 4): iv126–iv142.
- Bottorff, JL., Seaton, CL., Viney, N., Stolp, S., Krueckl, S., Holm, N., et al. 2016. The stop smoking before surgery program: Impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in Northern Canadian Communities. *J Prim Care Community Health*, 7:16–23.
- Boyle, P., Levin, B. 2011. *IARC World Cancer Report 2008*. Lyon:International Agency for Research on Cancer.
- Brady, Z., Taylor, L., Haynes, M., Whittaker, M., Mullen, A., Clews, L., Partridge, M., Hicks, J., Trapp, J. 2008. The clinical application of PET/CT: a contemporary review. *Australasian Physical and Engineering Sciences in Medicine*, 31(2): 90-109.
- Brain, K., Smits, S., Simon, A., Forbes, L., Roberts, C., et al. 2014. Ovarian cancer symptom awareness and anticipated delayed presentation in a population sample. *BMC Cancer*, 14:171-181.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., Jemal, A. 2018. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.*, 68(6):394-424.
- Brearley, G., Stamataki, Z., Addington-Hall, J., Foster, C., Hodges L., Jarrett, N., et al. 2011. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 204–212.

- Briceag, I., Costache, A., Purcarea, V.L., Cergan, R., Dumitru, M., Briceag, I., Sajin, M., Ispas, A. 2015. Fallopian tubes – literature review of anatomy and etiology in female infertility. *J Med Life*, 8(2): 129–131.
- Brown, A., Sun, C., Prescott, L., Taylor, J., Ramondetta, L., Bodurka, D. 2014. Missed opportunities: Patterns of medical care and hospice utilization among ovarian cancer patients. *Gynecologic Oncology*, 135:244–248.
- Bruera, E., Hui, D. 2010. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28:4013–4017.
- Buys, S.S., Partridge, E., Black, A., et al. 2011. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. *JAMA*, 305:2295–303.
- Chen, W.Q., Zheng, R.S., Baade, P.D., Zhang, S.W., Zeng, H.M., Bray, F., et al. 2016. Cancer statistics in China, 2015. *CA Cancer J Clin.*, 66:115–32.
- Chih-Yang, Huang., Da-Tong, Ju., Chih-Fen, Chang., Muralidhar, R., Velmurugan, B. 2017. A review on the effects of current chemotherapy drugs and natural agents in treating non-small cell lung cancer. *Biomedicine (Taipei)*, 7(4): 23.
- Chornokur, G., Amankwah, E.K., Schildkraut, J.M., Phelan, C.M. 2013. Global ovarian cancer health disparities. *Gynecol Oncol.*, 129(1):258–264.
- Coleman, R.L., Herzog, T., Chan, D., Munroe, D., Pappas, T., Smith, A., Zhang, Z., Wolf, J. 2016. Validation of a second-generation multivariate index assay for malignancy risk of adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol.*, 215(1):82.e1-82.e11.
- Cook, O., McIntyre, M., Lee, S., Recoche, K. 2015. The experiences of gynecological cancer patients who receive care from specialist nurses: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 13(8):135-145.
- Cortez, A., Tudrej, P., Kujawa, K., Lisowska, K. 2018. Advances in ovarian cancer therapy. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 81:17–38
- Daniele, A., Ferrero, A., Fusco, L., Mineccia, M., Porcellana, V., Vassallo, D., Biglia, N., Menato, G. 2015. Palliative Care in Patients With Ovarian Cancer and Bowel Obstruction. *Support Care Cancer*, 23(11):3157-63.

- Danjuma, A, Ibrahim, T.A., Omoniyi, S.O., Kolo, S., Odofin, O.M., et al. 2015 Knowledge, Attitude and Practice of Preoperative Visit: A Survey of Nigerian Perioperative Nurses. *American Journal of Health Research*, 3: 54-60.
- Dao, F., Schlappe, B.A., Tseng, J., Lester, J., Nick, A.M., Lutgendorf, S.K. 2016. Characteristics of 10-year survivors of high-grade serous ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol.*, 141(2): 260-263.
- Davidson, B., Moss, H., Kamal, A. 2018. Top 10 Tips Palliative Care Clinicians Should Know When Caring for Patients with Ovarian Cancer. *J Palliat Med.*, 21(2):250-254.
- de Boer, N., Hagemans, R., Schultze, B., Brandt-Kerkhof, A., Madsen, E., Verhoef, C., Burger, J. 2019. Acute Malignant Obstruction in Patients With Peritoneal Carcinomatosis: The Role of Palliative Surgery. *Eur J Surg Oncol*, 45(3):389-393.
- Dochez, V., Caillon, H., Vaucel, E., Dimet, J., Winer, N., Ducarme, G. 2019. Biomarkers and algorithms for diagnosis of ovarian cancer: CA125, HE4, RMI and ROMA, a review. *Journal of Ovarian Research*, 12:28.
- Elder, J., Long, R., Miller, W., et al. 2013. Monitoring ovarian tumors using serial ultrasound with tumor morphology index. *Gynecol Oncol.*, 130:e94
- Erickson, B.K., Conner, M.G., Landen, C.N Jr. 2013. The role of fallopian tube in the origin of ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.*, 209:409–14.
- Eskander, R.N., Osann, K., Dickson, E., Holman, L.L., Rauh-Hain, J.A., Spoozak, L, et al. 2014. Assessment of palliative care training in gynecologic oncology: a gynecologic oncology fellow research network study. *Gynecol Oncol.*, 134(2):379–84.
- Esther Kim, J.E., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., Jahan, T., Miaskowski, C. 2015. A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *J Pain Symptom Manage*, 37:715–736.
- Evcili, F., Bekar, M. 2013. The psychosocial aspects of getting gynecological cancer diagnosis and nursing approaches . *Turkish Journal of Gynecologic Oncology*, 1:21–28.
- Farrell, C, Lennan, E. 2013. Nurse-led chemotherapy clinics: issues for the prescriber. *Nurse Prescribing*, 11:352–361.
- Fawcett, T., Rhynas, S. 2012. Taking a patient history: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 26(24):41-46.

- Fields, E., McGuire, W., Lin, L., Temkin, S. 2017. Radiation Treatment in women with Ovarian Cancer: Past, Present, and Future. *Frontiers in Oncology*, 7(177):1-13.
- Fitch, M., Steele, R. 2010. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 20(2):66-74.
- Fleischer, A., Lyshchik, A., Jones, H., et al. 2008. Contrast-enhanced transvaginal sonography of benign versus malignant ovarian masses. *J Ultrasound Med.*, 27:1011–1018.
- Foote, J., Lopez-Acevedo, M., Samsa, G., Lee, P., H Kamal, A., Alvarez Secord, A., Havrilesky, L. 2018. Predicting 6- And 12-Month Risk of Mortality in Patients With Platinum-Resistant Advanced-Stage Ovarian Cancer: Prognostic Model to Guide Palliative Care Referrals . *Int J Gynecol Cancer*, 28(2):302-307.
- Ford, A., Marshall, E. 2014. Neutropenic sepsis: a potentially life-threatening complication of chemotherapy. *Clin Med (Lond)*, 14(5): 538–542.
- Forstner, R., Meissnitzer<sup>1</sup>, M., Schlattau, A., Spencer, J. 2012. MRI in ovarian cancer. *Imaging Med.*, 4(1):59–75.
- Friedman, A. 2012. Cancer as Multifaceted Disease. *Math. Model. Nat. Phenom.* 7(1):3-28.
- Gadducci, A., Cosio, S., Spirito, N., Genazzani, AR. 2010. The perioperative management of patients with gynaecological cancer undergoing major surgery: a debated clinical challenge. *Crit Rev Oncol Hematol.*, 73:126–40.
- Garimella, V., Cellini, C. 2013. Postoperative Pain Control. *Clin Colon Rectal Surg.*, 26(3): 191–196.
- Gireada, A., Balescu, I., Bacalbasa, N., Balalau, C., Dimitriu, T., Navolan, D. 2016. The role of CA125 in diagnosis and follow-up of the patients with ovarian cancer. *Gineco.eu*, (12):25-28.
- Goff, BA., Mandel, LS., Dresden, CW., et al. 2007. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. *Cancer*, 109:221–227
- Gong, T., Wu, J., Vogtmann, E., Lin, B., Wang, L. 2013. Age at menarche and risk of ovarian cancer: A meta-analysis of epidemiological studies. *Int. J. Cancer*, 132, 2894–2900.

- Greer, JA., Jackson, VA., Meier, DE., Temel, JS. 2013. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 63(5):349–63
- Hampel, H., Bennett, RL., Buchanan, A., et al. 2015. A practice guideline from the American College of Medical Genetics and Genomics and the National Society of Genetic Counselors: referral indications for cancer predisposition assessment. *Genet Med.*, 17(1):70-87.
- Hardiman, L. 2014. The Case for Early Palliative Care in the Treatment of Ovarian Cancer. *J Adv Pract Oncol.*, 5(4): 290–293.
- Hilal, Z., Schultheis, B., Hartmann, F., Dogan, A., et al. 2016. What Characterizes Long-term Survivors of Recurrent Ovarian Cancer? Case Report and Review of the Literature. *Anticancer Research*, 36: 5365-5372.
- Hines, S., Chang, A., Ramis, M., Pike, S. 2010. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: A systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(15):621-660.
- Holt, KA., Hansen, HP., Mogensen, O. 2014. Supportive Care Needs for Women With Gynecological Cancer and Their Relatives During the Prediagnostic Period. *Cancer Nurs.*, 37(6):457-67.
- Iqbal, U., Green, J., Patel, S., Tong, Y., Zebrower, M., Kaye, A., Urman, R., Eng, M., Cornett, M. Liu, H. 2019. Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.*, 35(Suppl 1): S14–S23.
- Iwase, H., Takada, T., Iitsuka, C., Nomura, H., Abe, A., Taniguchi, T., Sakamoto, K., Takizawa, K., Takeshima, N. 2015. Clinical features of long-term survivors of recurrent epithelial ovarian cancer. *Int J Clin Oncol.*, 20(1): 143-149.
- Jatoi, A., Foster, N., Kalli, K., Vierkant, R., Zhang, Z., Larson, M., Fridley, B., Goode, E. 2015. Prior oral contraceptive use in ovarian cancer patients: assessing associations with overall and progression-free survival. *BMC Cancer*, 15: 711.
- Jiang, G., Balboni, T., Taylor, A., Liu, J., Lee, L. 2018. Palliative Radiation Therapy for Recurrent Ovarian Cancer: Efficacy and Predictors of Clinical Response. *Int J Gynecol Cancer*, 28(1):43-50.
- Jui-Kun, C., Chun-Shuo, H., Chih-Wen, L., Yee-Hsin, K. 2018. End-of-Life Care for Patients With Advanced Ovarian Cancer Is Aggressive Despite



Hospice Intervention: A Population-Based Study. *Int J Gynecol Cancer*,28(6):1183-1190.

- Kamal, R., Hamed, S., Mansour, S., Mounir, Y., Abdel Sallam, S. 2018. Ovarian cancer screening—ultrasound; impact on ovarian cancer mortality. *Br J Radiol.*, 91: 20170571.
- Kang, S., Reinhold, C., Atri, M., Benson, C., Bhosale, P. et al. 2018. ACR Appropriateness Criteria Staging and Follow-Up of Ovarian Cancer. *J Am Coll Radiol.*, 15:S198-S207.
- Kempainen, J., Hynninen, J., Virtanen, J., Seppänen, M. 2019. PET/CT for Evaluation of Ovarian Cancer. *Seminars in Nuclear Medicine*, 49(6):484-492.
- Koshiyama, M., Matsumura, N., Konishi, I. 2014. Recent concepts of ovarian carcinogenesis: Type I and Type II. *Biomed Res Int.*, 93:42-61.
- Kurman, RJ., Shih, IeM. 2010. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol.*, 34:433–43.
- Lavdaniti, M. 2017. Holistic Nursing Approach to Patients with Cancer. *J Nurs Care*, 6: e136.
- Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G. 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Α' τόμος. Εκδόσεις: Λαγός.
- Leonard-Lowdermilk, D., Shannon, P., Kitty C. 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Εκδόσεις: Λαγός
- LeSeure, P., Chongkham-ang S. 2015. The Experience of Caregivers Living with Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Synthesis. *J. Pers. Med.*,5:406-439.
- Lheureux, S., Braunstein, M., Oza, A. 2019. Epithelial Ovarian Cancer: Evolution of Management in the Era of Precision Medicine. *CA Cancer J Clin.*, 69:280-304.
- Liddle C. 2013. Postoperative care 1: principles of monitoring postoperative patients. *Nursing Times*, 109: 22, 24-26.
- Lu, K., Wood, M., Daniels, M., Burke, C., et al., 2014. American Society of Clinical Oncology Expert Statement: collection and use of a cancer family history for oncology providers. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 32:833–840.

- Lugani, Y., Asthana, S., Labani, S. 2016. Ovarian carcinoma: An overview of current status. *Adv Mod Oncol Res*, 2(5):261–270.
- Lustberg, M. 2014. Management of Neutropenia in Cancer Patients. *Clin Adv Hematol Oncol.*, 10(12): 825–826.
- Malvezzi, M., Carioli, G., Rodriguez, T., Negri, E., La Vecchia, C. 2016. Global trends and predictions in ovarian cancer mortality. *Ann Oncol.*, 27(11):2017–2025.
- Martín-Cameán, M., Delgado-Sánchez, E., Piñera, A., Diestro, M., De Santiago, J., Zapardiel, I. 2016. The role of surgery in advanced epithelial ovarian cancer. *Ecancer*, 10:666-678.
- Mccann, KE. 2018. Novel poly-ADP-ribose polymerase inhibitor combination strategies in ovarian cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.*,30(1):7-16.
- McCluggage, WG. 2011. Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. *Pathology*, 43:420–32.
- McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W., Street, R. 2011. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social science & medicine*, 72:1085–1095.
- Mercadante, S., Vitrano, V., Catania, V. 2010. Sexual issues in early and late stage cancer: A review. *Supportive Care in Cancer*, 18:659–665.
- Merkle, CJ. 2011. Biology of cancer. In C.H. Yarbrow, D. Wujcik, & B.H. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 3–22). Burlington, MA: Jones and Bartlett.
- Middleton, J, Lennan, E. 2011. Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Br J Nurs.*, 20:S7–S15.
- Mihma, M., Gangooly, S., Muttukrishna, S. 2011. The normal menstrual cycle in women. *Animal Reproduction Science*, 124:229–236.
- Miller, D., Nevadunsky, N. 2018. Palliative Care and Symptom Management for Women with Advanced Ovarian Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 32(6):1087-1102.
- Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., Salehiniya, H. 2019. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health*, 11: 287–299.

- Morris, R., Gani, G., Hammad, A., Peltier, W., Gamblin, C., Turaga, K., Johnston, F. 2017. Factors Associated With Palliative Care Use in Patients Undergoing Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy. *J Surg Res*, 211:79-86.
- Mullen, M., Divine, L., Porcelli, B., Wilkinson-Ryan, Y., et al. 2017. The Effect of a Multidisciplinary Palliative Care Initiative on End of Life Care in Gynecologic Oncology Patients. *Gynecol Oncol*, 147(2):460-464.
- Narasimhulu, DM., Khoury-Collado, F., Chi, DS. 2015. Radical surgery in ovarian cancer. *Curr Oncol Rep.*, 17(4):16-24.
- Neuss, M., Gilmore, T., Belderson, K., Billett, A., Conti-Kalchik, T. et al. 2017. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Oncol Nurs Forum*, 44(1):31-43.
- Nitecki, R., Diver, E., Kamdar, M., Boruta, D., Del Carmen, M., Clark, R., Goodman, A., O' Schorge, J., Growdon, W. 2018. Patterns of Palliative Care Referral in Ovarian Cancer: A Single Institution 5 Year Retrospective Analysis. *Gynecol Oncol*, 148(3):521-526.
- Nowak, M., Janas, L., Stachowiak, C., Stetkiewicz, T., Wilczyński, J. 2015. Current clinical application of serum biomarkers to detect ovarian cancer. *Prz Menopauzalny*, 14(4): 254–259.
- Oakley, C., Lennan, E., Roe, H., Craven, O., Harrold, K., Vidall, C. 2010. Safe practice and nursing care of patients receiving oral anti-cancer medicines; a position statement from UKONS. *Ecancermedicalscience*, 4:177.
- O'Donovan, P., Livingston, D. 2010. BRCA1 and BRCA2: breast/ovarian cancer susceptibility gene products and participants in DNA double-strand break repair. *Carcinogenesis*, 31(6): 961–967.
- Palaia, I., Tomao, F., Santangelo, G., Di Pinto, A., Sassu, C. et al. 2019. The EOLO (End-of-Life Ovarian Cancer) Study: Approach to Ovarian Cancer Patients at the End of Life. *Oncology*, 97(5):306-310
- Price, A., Bell, L., Sommeijer, W., Friedlander, M., Stockler, R., Defazio, A., Webb, M., Butow, N. 2013. Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: a prospective population-based study over the last year of life. *Gynecologic oncology*, 130:162–168.

- Ream, E., Pedersen, V., Oakley, C., Richardson, A., Taylor, C., Verity, R. 2013. Informal carers' experiences and needs when supporting patients through chemotherapy: a mixed method study. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 22:797–806
- Reid, B., Permuth, J., Sellers, T. 2017. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med.*, 14(1): 9–32.
- Richards, J., Pangas, S. 2010. The ovary: basic biology and clinical implications. *J Clin Invest.*, 120(4): 963–972.
- Richards, MA. 2009. The National Awareness and Early Diagnosis Initiative in England: assembling the evidence. *Br J Cancer*, 101(Suppl 2):S1–S4.
- Richardson, G., Dobish, R. 2007. Chemotherapy induced diarrhea. *J Oncol Pharm Pract.*, 13: 181–98.
- Roe, H. 2011. Chemotherapy-induced alopecia: advice and support for hair loss. *Br J Nurs.*, 20:S4–S11.
- Roe, H., Lennan, E. 2014. Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*, 4:103–115.
- Rooth, C. 2014. Ovarian cancer: risk factors, treatment and management. *Br J Nurs.*, 22(17): S23-30.
- Rosenbaum- Duska, L. 2016. Early Integration of Palliative Care in the Care of Women with Advanced Epithelial Ovarian Cancer: The Time Is Now. *Front Oncol.*, 6:83.
- Rosendhal, M., Hogdall, CK., Mosgaard, BJ. 2016. Restaging and survival analysis of 4036 ovarian cancer patients according to the 2013 FIGO classification for ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 26: 680-687.
- Rosenzweig, M., Gardner, D., Griffith, B. 2014. The History and Physical in Cancer Care: A Primer for the Oncology Advanced Practitioner. *J Adv Pract Oncol.*, 5(4): 262–268.
- Rossi, A., Fortuna, M., Caro, G., Pranteda, G., Garelli, V., Pompili, U., Carlesimo, M. 2017. Chemotherapy-induced alopecia management: clinical experience and practical advice. *J Cosmet Dermatol.*, 16(4): 537–541.
- Schenker, Y., Crowley-Matoka, M., Dohan, D., Rabow, MW., Smith, CB., White, DB., et al. 2014. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract.*, 10(2): e37–44.

- Segev, Y., Segev, L., Schmidt, M., Auslender, R., Lavie, O. 2017. Palliative care in ovarian carcinoma patients-a personalized approach of a team work: a review. *Arch Gynecol Obstet.*, 296(4):691-700.
- 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.
- Shaw, R., Luesley, D., Monga, A. 2010. *Gynaecology*. 4th Edition. Imprint: Churchill Livingstone
- Shih, I., Kurman, RJ.2004. Ovarian tumorigenesis: a proposed model based on morphological and molecular genetic analysis. *Am J Pathol.*, 164(5):1511-8.
- Simonelli, LE., Pasipanodya, E. 2014. Health Disparities in Unmet Support Needs of Women with Gynecologic Cancer: An Exploratory Study. *J Psychosoc Oncol.*, 32(6):727-34.
- Skeff, KM. 2014. Reassessing the HPI: the Chronology of Present Illness (CPI). *J Gen Intern Med.*, 29(1):13-5.
- Snowden, A., Young, J., White, C., Murray, E., Richard, C., Lussier, MT., et al. 2015. Evaluating holistic needs assessment in outpatient cancer care-A randomised controlled trial: The study protocol. *BMJ Open*, 5: e006840.
- Sopik, V., Iqbal, J., Rosen, B., Narod, SA. 2015. Why have ovarian cancer mortality rates declined? Part I. Incidence. *Gynecol Oncol.*,138(3):741-749.
- Steele, R., Fitch, MI. 2008. Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs*, 31:284-291.
- Stilos, K., Fitch, M., Nolen, A., DasGupta, T., Sapsford, M., McAndrew, A., Moura, S. 2018. Exploration of Families' Experiences Caring for Loved Ones With Advanced Ovarian Cancer. *J Hosp Palliat Nurs*,20(5):464-470.
- Suh-Burgmann, E., Kinney W. 2016. The Value of Ultrasound Monitoring of Adnexal Masses for Early Detection of Ovarian Cancer. *Front Oncol.*, 6:25.
- Tae-Kyu, J., Dae-Yeon, K., Shin-Wha, L., Jeong-Yeol, P., Dae-Shik, S. et al., 2018. Trends in treatment during the last stages of life in end-stage gynecologic cancer patients who received active palliative chemotherapy: a comparative analysis of 10-year data in a single institution. *BMC Palliative Care*, 17(99):234-39.
- Taylor, J., Brown, A., Prescott, S., Sun, C., Ramondetta, L., Bodurka, D. 2016. Dying Well: How Equal Is End of Life Care Among Gynecologic Oncology Patients? *Gynecol Oncol*,140(2):295-300.

- Theocharidis, V., Katsaros, I., Sgouromallis, E., Serifis, N., Boikou, V., Tasigiorgos, S., et al. 2018. Current evidence on the role of smoking in plastic surgery elective procedures: A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.*,71:624–36.
- Torossian, A., Bräuer, A., Höcker, J., Bein, B., Wulf, H., Horn, E. 2015. Preventing Inadvertent Perioperative Hypothermia. *Dtsch Arztebl Int.*, 112(10): 166–172.
- Torre, LA., Trabert, B., DeSantis, CE., et al. 2018. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.*, 68(4):284–296.
- Twickler, D., Moscho, E.2010. Ultrasound and Assessment of Ovarian Cancer Risk. *AJR*, 194:322-329.
- Uppal, S., Rice, L., Beniwal, A., Spencer, A. 2016. Trends in Hospice Discharge, Documented Inpatient Palliative Care Services and Inpatient Mortality in Ovarian Carcinoma. *Gynecol Oncol*,143(2):371-378.
- Urbano-Ruiz, A., Soares Jr, J., Vieira da Motta, E., Granuzzo, P., Carneiro Julião, C., Chada Baracat, E. 2013. When to Perform Palliative Surgery in the Treatment of Ovarian Cancer: A Brief Review. *Eur J Gynaecol Oncol.*, 34(6):532-4.
- Utsumi, F., Kajiyama, H., Niimi, K., Sekiya, R., Sakata, J., Suzuki, S., Shibata, S., Mizuno, M., Kikkawa, M. 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.
- van Nagell, Jr., Hoff, J. 2014. Transvaginal ultrasonography in ovarian cancer screening: current perspectives. *Int J Womens Health*, 6: 25–33.
- van Nagell, JR., Pavlik, EJ. 2012. Ovarian cancer screening. *Clin Obstet Gynecol.*,55:43–51.
- von Gruenigen, V., Huang, E., Beumer, J., Lankes, H., et al. 2017. Chemotherapy Completion in Elderly Women with Ovarian, Primary Peritoneal or Fallopian Tube Cancer – An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol.*, 144(3): 459–467.
- Warttig, S., Alderson, P., Campbell, G., Smith, A. 2014. Interventions for treating inadvertent postoperative hypothermia. *Cochrane Database Syst Rev.*, (11):CD009892.

- Webb, M., Jordan, J. 2017. Epidemiology of epithelial ovarian cancer. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 41,3–14.
- Wentzensen, N., Poole, M., Trabert, B., White, E., Arslan, A., Patel, V., Setiawan, W., Visvanathan, K., et al. 2016. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: An analysis from the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *J. Clin. Oncol.*, 34, 2888–2898.
- Yaman, Ş., Ayaz, S. 2016. Psychological Problems Experienced by Women with Gynecological Cancer and How They Cope with It: A Phenomenological Study in Turkey. *Health Soc Work*, 41(3): 173–181.
- Yüceer, S. 2011. Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2(4):474-478.
- Zapardiel, I., Morrow, CP. 2011. New terminology for cytoreduction in advanced ovarian cancer. *Lancet Oncol.*, 12(3):214-219.
- Zebrack, B., Burg, M., Vaitones, V. 2012 Distress screening: an opportunity for enhancing quality cancer care and promoting the oncology social work profession. *Journal of psychosocial oncology*, 30:615–624.
- Zhu, RY., Wong, YC., Yong, EL. 2016. Sonographic evaluation of polycystic ovaries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 37:25-37.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., Hannon, B. 2016. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*.188(10): E217–E227.
- Γεωργαδάκη, Κ., Ζουμπουρλής, Β. 2016. Η όρνιθα ως αναπτυξιακό σύστημα μελέτης και ως μοντέλο για τη μελέτη του καρκίνου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(3):342-348
- Ιατράκης, Γ. 2015. *Γυναικολογικά προβλήματα και λύσεις*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/1862>.
- Τζουνάκου, Γ. 2011. Επαγγελματική Δεοντολογία Στη Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 3(2):23-28.