



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**Σπουδάστρια:**

**Κωνσταντίνα Παπαδοπούλου**

**Εισηγήτρια:**

**Πάκου Βαρβάρα**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Summary.....	3
<b>1.....</b>	<b>5</b>
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
<b>2.....</b>	<b>7</b>
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
<b>3.....</b>	<b>8</b>
3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	8
Α΄ ΜΕΡΟΣ.....	9
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	9
1. Το Γεννητικό Σύστημα Της Γυναίκας .....	9
1.1. Η ωοθήκη.....	10
1.2. Ωαγωγοί ή Σάλπιγγα.....	10
1.3. Η μήτρα.....	10
1.4. Ο κόλπος ή κολεός.....	11
1.5. Το αΐδιο.....	11
2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ.....	12
2.1. Καρκίνος της μήτρας.....	12
3. ΑΙΤΙΑ.....	14
3.1. Φυσικοί παράγοντες καρκίνου μήτρας.....	14
3.2. Παράγοντες κινδύνου καρκίνου της μήτρας.....	15
<b>4.....</b>	<b>17</b>

4.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	17
5.....	18
5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
5.2. Διαφορική Διάγνωση.....	19
5.2.1. Διακολπική Υπερηχογραφία .....	20
5.2.2. Έγχρωμο Doppler.....	20
5.2.3. Μαγνητική Τομογραφία (MRI).....	21
5.2.4 Τεστ Παπανικολάου.....	21
<b>6.....</b>	<b>22</b>
6.1. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	22
6.1.1. Ιστοπαθολογία.....	22
6.1.2. Στάδια και ταξινόμηση.....	22
<b>7.....</b>	<b>24</b>
7.1. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	24
<b>8.....</b>	<b>25</b>
8.1. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	25
8.1.1. Πρωτογενής πρόληψη .....	27
8.1.2. Δευτερογενής πρόληψη .....	27
<b>9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....</b>	<b>28</b>
9.1. Συντηρητική Θεραπεία .....	28
9.1.1. Χημειοθεραπεία .....	28
9.1.2. Τοξικότητα χημειοθεραπείας .....	29
9.1.3. Ακτινοθεραπεία .....	31

9.2. Χειρουργική θεραπεία .....	34
9.2.1. Θεραπεία της νόσου σταδίου Ι.....	36
9.2.2. Προβλήματα των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	37
<b>Β΄ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>38</b>
<b>1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΗΤΡΑΣ.....</b>	<b>38</b>
1.1 Ιστορικό.....	38
1.2. Φυσική Εξέταση.....	39
<b>2.....</b>	<b>40</b>
2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	40
<b>3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....</b>	<b>44</b>
3.1. Ετοιμασία αρρώστου για εφαρμογή καισίου.....	45
3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Προεγχειριστική ετοιμασία.....	46
3.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Τοπική προεγχειριστική ετοιμασία.....	46
3.2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Τελική προεγχειριστική ετοιμασία.....	47
3.3. Μετεγχειριστική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου .....	48
<b>4.....</b>	<b>49</b>
4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	49
<b>Γ΄ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>51</b>
<b>ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....</b>	<b>51</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>67</b>

## Περίληψη

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο συχνότερος καρκίνος της πυέλου που διαγιγνώσκεται στις μέρες μας. Οι περισσότερες περιπτώσεις συναντώνται σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση με τη μεγαλύτερη συχνότητα της στα τέλη της 5<sup>ης</sup> και αρχές 6<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής. Όταν η διάγνωση και η θεραπεία γίνει ωρίς, το ποσοστό επιβίωσης φτάνει το 90%.

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία που πραγματεύεται το καρκίνο της μήτρας χωρίζεται σε τέσσερα κεφαλαία. Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, στο δεύτερο την παθολογία της μήτρας, στο τρίτο αναλύεται ο τραχηλικός καρκίνος και στο τέταρτο αναλύονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε όλα τα στάδια της νόσου αυτής. Επιπλέον στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας μας βρίσκονται σύγχρονα άρθρα με νέα δεδομένα που πραγματεύονται στην εξέλιξη αλλά και στη θεραπεία της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar, HealLink και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης είναι παρμένο από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα του ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ αλλά και της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν (καρκίνος της μήτρας) (χημειοθεραπεία), (ακτινοθεραπεία) (cancer of uterus), (chemotherapy), (cancer), (treatment), (health).

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότερες κακοήθειες του ενδομητρίου είναι αδενοκαρκινώματα, τα όποια αναπτύσσονται και δίνουν όψιμες μεταστάσεις. Οι καρκίνοι αυτοί αναπτύσσονται στα αδενικά κύτταρα ή στη στοιβάδα του ενδομητρίου. Υπερπλασία του ενδομητρίου είναι πρόδρομη κατάσταση του καρκίνου. Οι όγκοι αυτοί συνήθως παρουσιάζουν βαθμιαία αύξηση κατά τα αρχικά στάδια,. Η ανάπτυξη του όγκου συνήθως αρχίζει από τον πυθμένα, διήθει το αγγειοβρίθειες μυομήτριο και εξαπλώνεται σε ολόκληρο το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Μεταστάσεις συμβαίνουν μέσω της λεμφικής οδού, μέσω των σαλπίνγων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αιματογενώς στον υπόλοιπο οργανισμό.

**Συμπεράσματα:** Σίγουρα η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μήτρας δεν είναι αυτό που θα θέλαμε. Ο καρκίνος μπορεί να σε επηρεάσει σε πολλά κομμάτια της

ζωής σου. Σε ρίχνει είτε ψυχολογικά είτε σωματικά μετά από τις θεραπείες που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του. Πόσο μάλλον ο καρκίνος της μήτρας ο οποίος επηρεάζει και την σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Στα τελευταία του στάδια ο καρκίνος γίνεται μη εξυπηρετικός και ο ασθενής δεν μπορεί να καλύψει μόνος του τις ανάγκες του. Αν ο καρκίνος δεν αντιμετωπιστεί, ακολουθεί ο θάνατος στο τελευταίο του στάδιο.

**Λέξεις κλειδιά:** «καρκίνος της μήτρας», «χημειοθεραπεία», «ακτινοθεραπεία», «νοσηλευτική».

## Summary

The cancer of uterus is the more frequent cancer pyeloy that is diagnosed in our days. Most cases are met in women that are found in the menopause with her bigger frequency in the dues 5th and beginning of 6th decade of life. When the diagnosis and the treatment become early, the rate of survival reaches the 90%.

**Purpose:** In the present work that deals with the cancer of uterus it is separated in four chapters. More analytically in the first chapter are given elements of anatomy and physiology of genital system of woman, in the second pathology of uterus, in third person are analyzed the neck cancer and in fourth are analyzed the nursing interventions in the all stages of this illness. Moreover in the last piece of work are found for us modern articles with new data that they deal with in the development but also in the treatment of illness.

**Material and Method:** Were realized examination the Greek and international bibliography in the electronic bases of given Pub Med and Google Scholar, Heal Link and in the library of SEYP of Polytechnic college of Continent. The material of study it is taken from selectively books and articles of polytechnic collage Ipeirou but also library of university. The choice became from books, in general articles, examinations, systematic studies. Words that were used in combinations at the search were (cancer of uterus) (chemotherapy), (radiotherapy) (cancer of uterus), (chemotherapy), (cancer), (treatment), (health).

**Results:** Most nastiness's of endometrial are adenocarcinomas, whoever is developed and gives backward metastases. This cancer is developed in the glandular cells or in the layer of endometrial. Hyperplasia of endometrium is prodromi situation of cancer. That volume usually present gradual increase at the initial stages. The growth of volume usually begins from the seabed, it will invade the uterus expands in the entire reproductive system of woman. Metastases happen via the lymphatic road, via the trumpets in the cavity and blood in the remainder organism.

**Conclusions:** Sure the quality of life of patients with cancer of uterus is not what we would want. The cancer can influence you in a lot of pieces of your life. It psychologically throws you or bodily after the treatments that need for his confrontation. How many rather the cancer of uterus which influences also the sexual life of woman. In his last stages the cancer you become not helpful and the patient

cannot cover alone him his needs. If the cancer is not faced, follows the death in his last stage.

**Key words:** «cancer of uterus», «chemotherapy», «radiotherapy» «cancer of uterus», «chemotherapy», «cancer», «treatment», «health», «nursing».



## 1.

### 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς την φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. Αν και τουλάχιστον ένα τρίτο των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο αναμένεται να ιαθεί και παρόλο που έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου είναι γνωστό ότι και μόνο η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου συνοδεύεται από σοβαρές συνέπειες. Οι αρνητικές επιδράσεις της διεργασίας της νόσου, η παρατεταμένη φύση της θεραπείας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις, ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση. Ένας τρόπος κατανόησης του καρκίνου είναι η διερεύνηση του τρόπου εμφάνισης του σε μια κοινωνία (Πατηράκι και συν., 2006).

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου είναι διηθητικά αναπτυσσόμενος όγκος που εκκινά από επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου της μήτρας. Συχνότερη διαπιστωμένη αιτία καρκινώματος του ενδομητρίου είναι η μακρόχρονη έκθεση σε οιστρογόνα ή εισαγόμενα εκ των έξω. Η πάθηση εξελίσσεται συνήθως κατά βήματα με μεσολαβητή υπερπλασίας του ενδομητρίου. Οι όγκοι που εμφανίζονται με αυτό τον τρόπο είναι συχνά υψηλής διαφοροποίησης, εκφράζουν οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και έχουν καλή πρόγνωση. Σπανιότερα είναι τα καρκινώματα που αναπτύσσονται κατευθείαν, χωρίς προηγούμενη υπερπλασία και δεν εξαρτώνται από οιστρογόνα (Δημητριάδης και συν., 2010).

Οι περισσότερες περιπτώσεις συναντώνται σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση με τη μεγαλύτερη συχνότητα της στα τέλη της 5<sup>ης</sup> και αρχές 6<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής. Όταν η διάγνωση και η θεραπεία γίνει νωρίς, το ποσοστό επιβίωσης φτάνει το 90%. Οι περισσότερες κακοήθειες του ενδομητρίου είναι αδενοκαρκινώματα, τα όποια αναπτύσσονται και δίνουν όψιμες μεταστάσεις. Οι καρκίνοι αυτοί αναπτύσσονται στα αδενικά κύτταρα ή στη στοιβάδα του ενδομήτριου. Υπερπλασία του ενδομητρίου είναι πρόδρομη κατάσταση του καρκίνου. Οι όγκοι αυτοί συνήθως παρουσιάζουν βαθμιαία αύξηση κατά τα αρχικά στάδια,. Η ανάπτυξη του όγκου συνήθως αρχίζει από τον πυθμένα, διήθει το αγγειοβρίθειες μυομήτριο και εξαπλώνεται σε ολόκληρο το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας.

Μεταστάσεις συμβαίνουν μέσω της λεμφικής οδού, μέσω των σαλπίνγων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αιματογενώς στον υπόλοιπο οργανισμό (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

## 2.

### 2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πιστεύεται ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε από τότε που υπάρχει ζωή. Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τον πρώτο στα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι όποιοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού (Κρέτσας, 2001).

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε διάφορους τύπους και υπήρξε ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον ελληνικό όρο «καρκίνος». Ο όγκος με τις διακλαδώσεις του είναι όμοιος με έναν κάβουρα ριζωμένο πάνω στο σώμα του ασθενή. Πιο αργά ο Γαληνός επιχείρησε μια αιτιολογική θεωρία του καρκίνου αποδίδοντας τον σε μια μαύρη χολή (Κρέτσας, 2001).

Το 1840 είναι ένα σημαντικό έτος για τη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας. Τότε ο F.Roacher απέδειξε ότι τα κύτταρα της μήτρας απολεπίζονται και βγαίνουν μέσω του κόλπου (Κρέτσας, 2001).

Το 1982 μετά από έρευνες 15 ετών στο εργαστήριο Cornell University και το νοσοκομείο γυναικών της Ν Υόρκης παρουσιάζεται η μνημειώδης μονογραφία διάγνωσης του καρκίνου της μήτρας και των εξαρτημάτων της από τα κολπικά επιχρίσματα (Κρέτσας, 2001).

Ολοκληρώνοντας τις έρευνες ο Γεώργιος Παπανικολάου ανακάλυψε μια ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδο ανακάλυψη του καρκίνου της μήτρας, η οποία πήρε το όνομα του (pap-test) και χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα με μεγάλη επιτυχία (Κρέτσας, 2001).

### 3.

#### 3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος της μήτρας είναι ο πυελικός καρκίνος που διαγιγνώσκεται συχνότερα στις Ηνωμένες πολιτείες. Η ACS εκτιμά ότι κάθε χρόνο περίπου 42.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο της μήτρας και περισσότερες από 7.800 καταλήγουν από αυτή την αιτία. Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι συχνότερος στις ηλικιωμένες γυναίκες, με ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των περιστατικών να διαγιγνώσκονται σε γυναίκες ηλικίας 55 έως 74 ετών. Η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες της λευκής φυλής παρά στις γυναίκες της αφροαμερικάνικης φυλής. Ωστόσο, η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες της αφροαμερικανικής φυλής. Το συνολικό ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι περίπου 83%, αλλά αν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα το ποσοστό αυξάνεται σε άνω του 95% (Burke et al., 2014).

Η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας στη χώρα μας, εκτιμάται ότι είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρώπης. Η επίπτωση του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας ανερχόταν το 1991 σε 9,55 /100,000 κάτοικους και η θνησιμότητα ήταν 2,48 / 100.000 ( Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

Το 1998 εκτιμήθηκε ότι η επίπτωση του καρκίνου του ενδομητρίου της μήτρας ήταν 6,24 / 1000.000 συμφωνά με το Eucan. Ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Clobcan 2002, η επίπτωση στην χώρα ανέρχεται σε 7,7 / 100,000 και η θνησιμότητα σε 2,5 / 100.000. Αν και η χώρα μας είναι από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση Παπανικολάου (από το 1955), δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης, έκτος από κάποια προγράμματα, ένα στην Χαλκιδική, Μεσσηνία και στην Ηλεία που καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού. Συνεπεία αυτού , είναι να μην υπάρχει οργανωμένη πρόληψη για τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας και τα στοιχεία που υπάρχουν για αυτό το θέμα είναι ελλιπή (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

Η διάγνωση του καρκινώματος γίνεται στο 70% στα αρχικά στάδια και κατά συνεπεία είναι δυνατή η έγκαιρη θεραπεία. Αυτό έχει οδηγήσει στο σφαλερό συμπέρασμα ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου δεν είναι μια επιθετική νόσος. Οι έρευνες που αναφέρονται στη χειρουργική σταδιοποίηση, έχουν δείξει ότι εμφανίζουν όλες οι περιπτώσεις του καρκινώματος στα αρχικά στάδια καλή πρόγνωση. Αυτός είναι ο λόγος που επιλέγεται ως αρχική θεραπευτική αγωγή η εγχείρηση κατά την οποία γίνεται σταδιοποίηση της νόσου (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

## **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο (όρος της αφροδίτης), από τα μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, το στόμιο της ουρήθρας, τον πρόδρομο του κολεού,. Το εφηβαίο είναι μια αποστρογγυλομένη προεξοχή από λιπώδη ιστό που βρίσκεται πάνε από την ηβική σύμφυση. Τα μεγάλα χείλη είναι δύο ευμεγεθείς δερματικές πτυχές, που σχηματίζουν τα πλάγια όρια του αιδοίου. Αυτά συναντώνται μπροστά στα αντίστοιχα προς το εφήβαιο, σχηματίζοντας τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και το εφήβαιο φέρουν τριχοθυλάκια και σμηγματογόνους αδένες. Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο των ανδρών. Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δύο στενές δερματικές πτυχές, με σκούρα απόχρωση, που περιβάλλονται από τα μεγάλα χείλη. Ανάμεσα στα μικρά χείλη βρίσκεται ένας χώρος που ονομάζεται πρόδρομος του κόλπου. Μπροστά, τα δύο μικρά χείλη δημιουργούν την πόσθη της κλειτορίδας. Η κλειτορίδα είναι ανάλογη με το πέος και περιέχει άφθονο στυτικό ιστό και πλούσια νεύρωση. Διαθέτει βάλανο και δύο σηραγγώδη σώματα. Το έξω ουρηθρικό στόμιο βρίσκεται στο πρόσθιο τμήμα του προδρόμου του κόλπου, κάτω από την κλειτορίδα. Οι παραουρηθρικοί αδένες είναι μικροί αδένες, που εκβάλλουν στα πλάγια της ουρήθρας. Το έκκριμα των σμηγματογόνων αδένων στην περιοχή αυτή προστατεύει τους ευπαθείς ιστούς από τη επίδραση των ούρων. Οι κύριοι αδένες του προδρόμου του κολεού είναι γνωστοί ως βαρθολίνειοι ή αιδοιοκολπικοί αδένες. Οι αδένες αυτοί έχουν μέγεθος μπιζελιού και αντιστοιχούν στους αδένες του cooper του άνδρα. Κάθε βαρθολίνειος αδένας κείται προς τα πίσω και πλάγια σε σχέση με την είσοδο του κόλπου. Κατά τη διάρκεια της συνουσίας εκκρίνουν ένα υδαρές υγρό, που χρησιμεύει για τη λίπανση του κόλπου. Προς τα κάτω τα μικρά χείλη του αιδοίου ενώνονται αντίστοιχα προς τον οπίσθιο σύνδεσμο και δημιουργούν το χαλινό. Το περίνεο είναι η περιοχή που βρίσκεται μεταξύ του χαλινού και του πρωκτού. Ο παρθενικός υμένας, είναι μια κυκλοτερής πτυχή ιστού που αποφράσει μερικώς την είσοδο του κόλπου. Υπάρχουν αρκετές παραλλαγές όσον αφορά το μέγεθος του καθώς επίσης και όσον αφορά τον αριθμό των στομίων του. Η είσοδος του κόλπου αποτελεί το όριο ανάμεσα στα έξω και τα έσω γεννητικά όργανα και βρίσκεται στο κάτω τμήμα του προδρόμου του κολεού (Swartz, 2013).

## 1.1 Η ωοθήκη

Οι ωοθήκες είναι επίπεδες δομές σε σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας κάτω από τα άκρα των ωαγωγών. Οι ωοθήκες είναι ανάλογες προς τους όρχεις του άνδρα. Αποτελούν τις περιοχές παραγωγής ωαρίων (ωογένεση). Τα ώριμα ωάρια αποβάλλονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και φυσιολογικά κατευθύνονται , με την βοήθεια των κροσσών των ωαγωγών στα παρακείμενα στόμια των ωαγωγών. Οι ωοθήκες εντοπίζονται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, λίγο χαμηλότερα από την πυελική είσοδο. Κάθε μια από τις ελλειψοειδής ωοθήκες έχει μήκος περίπου 3 εκ. Και εξαρτάται με μια διπέταλη πτυχή του περιτόναιου (το μεσσωθήκιο) από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου (Drake et al., 2007).

## 1.2 Ωαγωγός ή Σάλπιγγα

Οι ωαγωγοί είναι λεπτές , κυλινδρικές δομές με μήκος περίπου 10 εκ. Και διάμετρο 1 εκ. Είναι προσκολλημένες στη μήτρα στο ένα άκρο τους στηρίζονται από τους πλατύς συνδέσμους. Κάθε ωαγωγός εμφανίζει ένα διευρυμένο χωνοειδές τελικό άκρο τον κώδωνα, που διαγράφει μία καμπύλη διαδρομή γύρω από τον άνω-πλάγιο πόλο της σύστοιχης ωοθήκης. Τα πλάγια άκρα των σαλπίγγων είναι ανοιχτά και αποτελούνται από προεκβολές που ονομάζονται κροσσοί, οι οποίες περιβάλλουν την ωοθήκη (Αρβανίτης και συν., 2009).

## 1.3 Η μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχέα τοιχώματα τα οποία βρίσκονται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει 3 τμήματα : τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Στηρίζεται μέσα στη πυελική κοιλότητα από πλατείς συνδέσμους, τους στρογγυλούς συνδέσμους, τους ιερομητρικούς συνδέσμους και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους. Η μήτρα υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αποτελεί την περιοχή αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου. Το τοίχωμα της μήτρας έχει 3 στρώματα. Το περιμήτριο είναι το εξωτερικό ορογόνο στρώμα που συνέχεται με το περιτόναιο. Το μυομήτριο είναι το μέσο στρώμα και συνιστά το μεγαλύτερο τμήμα του τοιχώματος της μήτρας. Το στρώμα

αυτό έχει μυικές ίνες που στρέφονται σε διαφορετικές κατευθύνσεις, επιτρέποντας τις συσπάσεις κατά την έμμηνο ρύση ή κατά τον τοκετό και τη διάταση καθώς το έμβρυο μεγαλώνει. Το ενδομήτριο επαλείφει τη μήτρα. Το πιο επιφανειακό τμήμα του αποβάλλεται κατά την έμμηνο ρύση ( Αρβανίτης και συν., 2009).

#### **1.4 Ο κόλπος ή κολεός**

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους περίπου 8-10 εκ., ο οποίος βρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και μπροστά από το ορθό. Το άνω του άκρο περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σε μια περιοχή που ονομάζεται θόλος. Ο κόλπος χρησιμεύει σαν δίοδος για την αποβολή εκκρίσεων , συμπεριλαμβανομένου του υγρού της έμμηνου ρύσης και είναι επίσης ένα όργανο για σεξουαλική ανταπόκριση. Τα τοιχώματα του κόλπου είναι συνήθως υγρά και διατηρούν pH που κυμαίνεται από 3,8 έως 4,2. Το pH αυτό είναι βακτηριοστατικό και διατηρείται από τη δράση των οιστρογόνων και της φυσιολογικής κολπικής χλωρίδας (Drake et al., 2007).

#### **1.5 Το αιδοίο**

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο (όρος της Αφροδίτης) , από τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, το στόμιο της ουρήθρας, τον πρόδομο και την είσοδο του κολεού. Το εφήβαιο είναι μια αποστρογγυλεμένη προεξοχή από λιπώδη ιστό που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Τα μεγάλα χείλη είναι δυο ευμεγέθεις δερματικές πτυχές που σχηματίζουν τα πλάγια όρια του αιδοίου. Αυτά συναντώνται μπροστά αντίστοιχα προς το εφήβαιο, σχηματίζοντας τον πρόσθιο σύνδεσμο μεγάλων χειλέων. Τα μεγάλα χείλη και το εφήβαιο φέρουν τριχοθυλάκια και σμηγματογόνους αδένες . Τα μικρά χείλη είναι δύο στενές δερματικές πτυχές με σκούρα απόχρωση που περιβάλλονται από τα μεγάλα χείλη. Ανάμεσα στα χείλη βρίσκεται ένας χώρος που ονομάζεται πρόδομος του κόλπου. Μπροστά, τα δύο μικρά χείλη δημιουργούν την πόσθη της κλειτορίδας. Η κλειτορίδα είναι ανάλογη του πέους και περιέχει άφθονο στυτικό ιστό και πλούσια νεύρωση (Αρβανίτης, 2009).

## **2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ**

Ο όρος νεόπλασμα, περικλείει όλα τα κακοήθη νοσήματα, που συχνά αναφέρονται και σαν καρκίνος. Γενικά διακρίνονται σε ρευστούς όγκους που ξεκινούν από τους λεμφοειδείς και αιμοποιητικούς ιστούς και συμπαγείς όγκους που ξεκινούν από το συνδετικό ιστό, τον επιθηλιακό ιστό, και τον κεντρικό νευρικό ιστό (Φερτάκης, 2009).

Ο καρκίνος του γυναικείου γεννητικού συστήματος (τραχήλου, ενδομητρίου, ωοθηκών, κόλπου, αιδοίο), δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι η κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο στον γυναικείο πληθυσμό. Στην όλη προσπάθεια διερεύνησης των αιτιών και των εξωγενών παραγόντων που ενέχονται στην ανάπτυξη του καρκίνου, δεν ήταν δυνατόν να μην συμπεριληφθούν και οι φλεγμονές των οργάνων αυτών. Στην συνέχεια λοιπόν θα γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης και ταξινόμησης των γνώσεων και βιβλιογραφικών δεδομένων στο θέμα αυτό (Αγοραστός & Μπόντης, 2003).

### **2.1 Καρκίνος της μήτρας**

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου είναι η πιο συνήθης κακοήθεια της πυέλου στη γυναίκα. Περίπου 40.300 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται ετησίως, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις (75%), ο όγκος είναι περιορισμένος στο σώμα της μήτρας κατά τη διάγνωση και για αυτό η πλειονότητα μπορεί να ιαθεί. Οι 7.000 θάνατοι ετησίως καθιστούν τον καρκίνο της μήτρας μόλις τον έβδομο κατά σειρά αίτιο θανάτου από καρκίνο της μήτρας στην γυναίκες. Είναι κυρίως νόσος των μεταμηνοπαυσιακών γυναικών μολονότι το 25% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <50 ετών και το 5% <40%. Η νόσος είναι συνήθης στην Ανατολική Ευρώπη και στις Ηνωμένες πολιτείες και σπάνια στην Ασία. Τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά και οι παράγοντες κινδύνου που είναι συνήθη στις ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου περιλαμβάνουν την παχυσαρκία, τις αλλαγές στην εμμηνορρυσία, το χαμηλό δείκτη γονιμότητας, την όψιμη εμμηνόπαυση, την ανοωθυλακιορρηξία και την μεταμηνοπαυσιακή αιμορραγία. Η έκθεση σε μη αντιρροπούμενα οιστρογόνα είτε από ενδογενείς είτε από εξωγενείς πηγές ίσως έχει



κεντρικό αιτιολογικό ρόλο. Οι γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφένη για θεραπεία ή πρόληψη του καρκίνου του μαστού έχουν διπλάσιο κίνδυνο (Dennis et al., 2005).

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου εμφανίζεται πιο συχνά κατά την έκτη και έβδομη δεκαετία της ζωής. Στα συμπτώματα περιλαμβάνεται συχνά η παθολογική κολπική έκκριση 90%, η παθολογική αιμορραγία 80% η οποία συνήθως είναι η μεταμηνόπαυσιακή και η λευκόρροια. 10%. Η αξιολόγηση αυτών των ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει λήψη ιστορικού, κλινική και πυελική εξέταση και στη συνέχεια βιοψία του ενδομητρίου, ή κλασματική διαστολή και απόξεση. Οι επεμβάσεις της βιοψίας του ενδομητρίου ή της αναρροφητικής απόξεσης μπορούν να γίνουν στα εξωτερικά ιατρεία αλλά οριστική διάγνωση τίθεται μόνο όταν είναι θετικές. Το 75%-80% των καρκινωμάτων του ενδομητρίου είναι αδενοκαρκινώματα και η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο, το βαθμό ιστολογικής διάγνωσης και την έκταση της διήθησης του μυομητρίου (Dennis et al., 2005).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου απαιτεί χειρουργική επέμβαση για να διαπιστωθεί η έκταση της νόσου και ο βαθμός διήθησης του μυομητρίου. Πρέπει να λαμβάνεται δείγμα περιτοναϊκού υγρού, να διερευνείται η κοιλία και η πύελος και να εκτελείται πυελική και παραορτική λεμφαδεκτομή ανάλογα με την ιστολογική εικόνα, το βαθμό και το βάθος διήθησης του δείγματος της μήτρας, σε τομή κρυοτόμου (Dennis et al., 2005).

### 3. ΑΙΤΙΑ

#### 3.1. Φυσικοί παράγοντες καρκίνου μήτρας

Οι φυσικοί παράγοντες του καρκίνου μήτρας είναι (Φετράκης, 2009):

- **Ιονίζουσα ακτινοβολία:** Η έκθεση σε ακτινοβολία X ή γ ή άλλου τύπου, οδηγεί στην ανάπτυξη πολλών ειδών νεοπλασμάτων στα ζώα και στον άνθρωπο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η καρκινογένεση είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ολικό ποσό ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται το άτομο είτε εφάπαξ είτε τμηματικά. Οι συχνότερες μορφές νεοπλασμάτων που αναπτύσσονται είναι οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα.
- **Υπεριώδης ακτινοβολία:** Η ηλιακή υπεριώδης ακτινοβολία είναι ίσως το μόνο καρκινογόνο που είναι πανταχού παρόν. Από πολύ καιρό είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του δέρματος είναι συνυφασμένος με ορισμένα επαγγέλματα, όπως των αγροτών και των ναυτικών. Αυτά τα άτομα αναπτύσσουν 200-300 διαφορετικές δερματικές αλλοιώσεις, από απλές δερματικές κερατώσεις μέχρι και βασικοκυτταρικά και επιθηλιακά καρκινώματα, στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές του σώματος. Με φωτοβιοχημικές μελέτες έχει αποκαλυφθεί πρόσφατα, ότι η υπεριώδης ακτινοβολία οδηγεί στο σχηματισμό πολλών ανώμαλων φωτοπροϊόντων στο δεσοξυριβοπυρηνικό οξύ. Τα φυσιολογικά κύτταρα συνήθως είναι ικανά να διορθώσουν αυτές τις βλάβες με διάφορους τρόπους.
- **Γενετικοί παράγοντες:** Η περιβαλλοντική επίδραση ασφαλώς είναι μεγαλύτερης σημασίας από τη γενετική σύσταση σαν προσδιοριστικός παράγοντας της συχνότητας αναπτύξεως καρκίνου στον άνθρωπο. Αυτό γίνεται εμφανές από επιδημιολογικές μελέτες σε μετανάστες που αλλάζουν απότομα συνθήκες ζωής του περιβάλλοντος με μικρή ή καθόλου αλλαγή των γεννητικών παραγόντων. Επίσης είναι γνωστό ότι η συχνότητα του καρκίνου αυξάνει σε άτομα με ορισμένες συγγενείς χρωμοσωματικές ανωμαλίες.
- **Επιπτώσεις της ηλικίας και του φύλου:** Ανάλογα με την ηλικία ενός ατόμου οι πιθανότητες αναπτύξεως ενός τύπου καρκίνου είναι μεγαλύτερες ή μικρότερες. Επιδημιολογικές μελέτες, επίσης δείχνουν τη μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη καρκίνου αρκετά χρόνια μετά την έκθεση σε δυνητικά καρκινογόνα που έγινε κατά τη παιδική ηλικία, εφηβεία ή νεανική εποχή. Ο ρόλος των ορμονικών επιδράσεων στα δύο φύλλα τονίστηκε προηγουμένως.

- Επιπτώσεις διατροφής: Υπάρχει μια υπόθεση, κατά την οποία η διαιτητική των λαών της δύσεως με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και πτωχές σε φυτικές ίνες έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα και αύξηση της δυσκοιλιότητας, που επιτρέπει τα διαιτητικά καρκινογόνα να παραμένουν σε επαφή με το βλεννογόνο επί μακρότερο χρόνο, με συνέπεια την υψηλότερη συχνότητα καρκίνου του κόλου και του ορθού. Η έλλειψη ριβοφλαβίνης αναφέρεται σαν συνοδός παράγοντας καρκινογένεσης του ήπατος στα τρωκτικά. Οι αβιταμινώσεις έχουν ενοχοποιηθεί σε σχέση με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, του οισοφάγου και του δέρματος επί του ανθρώπου. Τέλος, η χρόνια λήψη υψηλών ποσοτήτων οινόπνευματος συνδέεται καθαρά με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα και του ήπατος. Συμπερασματικά, θα μπορούσε να πει κανείς, ότι η καρκινογένεση πρέπει να αναζητηθεί σε ένα συνδυασμό εξωγενών και ενδογενών αιτιών: της γενετικής προδιαθέσεως, της καταπίεσεως της ανοσολογικής άμυνας και της επιδράσεως εξωτερικών βλαπτικών παραγόντων.

### **3.2. Παράγοντες κινδύνου καρκίνου της μήτρας**

Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το καρκίνο της μήτρας είναι η λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, πρώτη συνουσία πριν την ηλικία των 16 ετών, πολλαπλοί σύντροφοι ή άρρενες σύντροφοι με πολλαπλούς συντρόφους, ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης και λοίμωξη από HIV. Η λοίμωξη από HPV αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου μήτρας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η μη σωστή διατροφή, η παχυσαρκία, οι πολλαπλές κυήσεις, η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου τραχήλου και μήτρας και η ενδομήτρια έκθεση σε αιθυλστυλβεστρούλη. Επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο ανωορρηκτικοί εμμηνορυσιακοί κύκλοι, αυξημένος αριθμός εμμηνορυσιακών κύκλων στη διάρκεια του βίου, δίαιτα με πολλά λιπαρά, καρκίνος μαστού και ωοθηκών, προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην πυελική χώρα, υπερπλασία ενδομητρίου, μειωμένη ωοθήκη δραστηριότητα, όγκοι που εκκρίνουν οιστρογόνα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης (Burke, 2014).

Επίσης λήψη οιστρογόνων διαρκείας πάνω από 5 έτη, που δε συνοδεύεται από παράλληλη χορήγηση προγεστερόνης, συσχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του

ενδομητρίου. Ο σακχαρώδης διαβήτης και ενδεχομένως η υπέρταση, ομοίως συνοδεύονται με αυξημένη συχνότητα του καρκίνου αυτού. Όμως οι νοσηρές αυτές οντότητες συσχετίζονται κατά κανόνα με τη παχυσαρκία, η οποία συνδέεται με διαταραχή των οιστρογόνων. Συνεπώς η σχέση παχυσαρκίας, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης με την κακοήγη αυτή νεοπλασία δυνατό να είναι απόρροια και της διαταραχής των οιστρογόνων (Αδαμόπουλος, 2002).

## 4.

### 4.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κύρια εκδήλωση του καρκίνου της μήτρας είναι η κολπική αιμορραγία. Στη γυναίκα πριν την εμμηνόπαυση η αιμορραγία αυτή εκδηλώνεται ως μηνορραγία ή μητρορραγία. Στη μεταμηνοπαυσιακή γυναίκα κάθε αιμορραγία είναι παθολογική. Απώτερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κράμπες στην πύελο, αιμορραγία μετά από συνουσία και αίσθημα πίεσης στην κατώτερη κοιλιακή χώρα. Σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να παρουσιαστεί διόγκωση λεμφαδένων, πλευριτική συλλογή, κοιλιακές μάζες και ασκίτης. Αντίστοιχα δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ενδομητρικού καρκίνου ή ατυπίας σε γυναίκες χωρίς υποτροπιάζουσα μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, ενώ οι γυναίκες με υποτροπιάζουσα μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία αντιπροσωπεύουν υψηλού κίνδυνου. Άλλοτε εμφανίζεται αρχικά υδαρής υπερέκκριση που προοδευτικά γίνεται αιματηρή και δύσοσμη. Αίσθημα βάρους ή διάχυτο άλγος στο υπογάστριο, μπορεί να παρατηρηθεί επειδή αυξάνεται το μέγεθος της μήτρας ή λόγο επέκτασης της νόσου. Έντονο άλγος σπάνια συνυπάρχει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια, όπου συνήθως συναπαντώνται αναιμία, καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους. (Burke, 2014).

## 5.

### 5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση περιλαμβάνει την αμφίχειρη εξέταση με την οποία θα διαπιστώσουμε διόγκωση της μήτρας, η οποία δεν προσφέρει ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα στα πρώτα στάδια και κυρίως η διενέργεια κλασματικής απόξεσης ενδομητρίου και ενδοτραχήλου. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εξέταση, βιοψία του ενδομητρίου και στην ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων και λιγότερο στην εξέταση ενδοτραχηλικών επιχρισμάτων. Με την ενδοτραχηλική απόξεση μπορεί να διαπιστωθεί η τυχόν επέκταση του καρκινώματος τραχήλου. Την κλινική εξέταση θα συμπληρώσει η εργαστηριακή που περιλαμβάνει την κυτταρολογική εξέταση των κολλικών, τραχηλικών και ενδομητριακών επιχρισμάτων και πυελογραφίας (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

Η διαγνωστική απόξεση πρέπει να εκτελείται με προσοχή και συνήθως διενεργείται υπό γενική αναισθησία της ασθενούς διότι επιτρέπει την ψηλαφητή εξέταση των έσω γενετικών οργάνων υπό σαφώς καλύτερες συνθήκες (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

Κατά κανόνα δεν πρέπει να παραλείπεται η αρχική απόξεση του ενδοτραχήλου, πριν από την μηλομέτρηση της μήτρας και την διαστολή του τραχήλου. Ο λόγος είναι η αναγκαιότητα διάκρισης μεταξύ ενός αδενοκαρκινώματος μόνον του ενδοτραχήλου και ενός αδενοκαρκινώματος μόνον του ενδομητρίου (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

Τα τελευταία χρόνια βέβαια έχουν συζητηθεί και άλλες διαγνωστικές μέθοδοι για την ανίχνευση του καρκινώματος του ενδομητρίου, χωρίς όμως να έχουν απόλυτα καθιερωθεί. Αυτά είναι η υπερηχογραφία και η υστεροσκοπία. Θα πρέπει όμως να τονίσουμε ότι η διενέργεια τεστ PAP δεν αποτελεί κατά κανένα τρόπο διαγνωστική ή ανιχνευτική μέθοδο, για ανάγνωση ύπαρξης ή μη καρκινώματος του ενδομητρίου (Μπόντης & Βαβίλης, 2006 ).

## 5.2. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη. Στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, είναι δυνατόν να προκύψει σύγχυση και με εγκυμοσύνη. Ένα δηλαδή μικρό και μαλακό ινομύωμα με γενική υπεραιμία της μήτρας και μαλακό τράχηλο μπορεί να εκληφθεί ως εγκυμοσύνη στην αρχή της, με τη γνωστή ασύμμετρη μορφή που παίρνει η μήτρα στο σημείο εμφυτεύσεως του κυήματος. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με την περίπτωση μιας εξωμητρικής διάμεσης εγκυμοσύνης, που προκαλεί ασύμμετρη διόγκωση της μήτρας. Στη διαφορική διάγνωση θα βοηθήσει στις περιπτώσεις αυτές το ιστορικό της καθυστέρησης της περιόδου, ή έλλειψη μηνορραγιών ή και μητρορραγιών, ή δοκιμασία κήσεως και στην ανάγκη υπερηχογραφική διερεύνηση. Άλλη διαφορική διαγνωστική δυσκολία προκύπτει για τη διάκριση ενός μισχωτού υπορογόνιου ινομώματος από κάποιον όγκο της ωοθήκης, συνήθως σκληρής σύστασης. Στα ινομώματα η προσεκτική εξέταση αποκαλύπτει κάποια σχέση με τη μήτρα, σε αντίθεση όμως με τους όγκους των ωοθηκών. Επίσης η ανακάλυψη και άλλων ινομωμάτων στο σώμα της μήτρας αποτελεί ένα επιπλέον βοήθημα. Σημαντική διαφορική διαγνωστική σημασία έχει η διαφορετική υφή του ινομώματος σε σχέση με τις κύστεις των ωοθηκών. Η σκληρή δηλαδή και ανένδοτη επιφάνεια των ινομωμάτων πρέπει να ξεχωρίζει από την ελαστικότητα ή μαλακότητα που παρουσιάζουν οι κύστεις. Βέβαια μερικές φορές η εκφύλιση του ινομώματος ή αντίθετα η ύπαρξη σκληρών ωοθηκικών όγκων δυσκολεύει εξαιρετικά αυτή τη διάκριση. Ακόμη πρέπει να διακριθεί ένα ενδοσυνδεσμικό ινομύωμα από φλεγμονή των εξαρτημάτων, που τυχαίνει μερικές φορές να καταλαμβάνει το παραμήτριο και μέσα στις συμφύσεις που προκαλεί να γίνεται ψηλαφητή σαν σκληρή διόγκωση. Η διάγνωση γίνεται ακόμη πιο δύσκολη όταν αυτός ο φλεγμονώδης όγκος είναι σε στερρή πρόσφυση με τη μήτρα και μετακινείται μαζί της. Χρειάζεται και εδώ προσεκτική λήψη ιστορικού, αναζήτηση της συμπτωματολογίας, εργαστηριακή διερεύνηση και στην ανάγκη υπερηχοτομογραφία. Ιδιαίτερα βοηθάει πάντως η γενική αίματος, η πυρετική κίνηση και η ταχυσφυγμία, παρά το γεγονός ότι δεν αποκλείεται και η νέκρωση ενός ινομώματος να δώσει ίδια ευρήματα και να δυσκολεύσει την διάγνωση (Αραβανίτου, 2002).

Στην περίπτωση του υποβλεννογόνου ινομώματος που γεννήθηκε ή γεννιέται μέσα από τραχηλικό στόμιο, η διαφορική διάγνωση πρέπει να αποκλείσει μία απειλούμενη

ή αναπόφευκτη έκτρωση, πράγμα που θα γίνει εκτός από τα πιο πάνω σημεία με τη βιολογική δοκιμασία της κυήσεως και στην ανάγκη με υπερήχους. Μερικές φορές όταν το γεννημένο ινομύωμα δεν τρέφεται κανονικά μαλακώνει και νεκρώνεται, δίνοντας την εντύπωση καρκίνου του τράχηλου της μήτρας. Η διαφορική διάγνωση στην περίπτωση αυτή θα γίνει με την αναζήτηση του μίσχου του ινομυώματος μέσα από το ανοιχτό τραχηλικό στόμιο. Άλλες πυελικές μάζες που μπορούν να εκληφθούν ως ινομύωματα είναι οι κοπρόλιθοι, το απόστημα της σκωληκοειδούς, και ο καρκίνος του σιγμοειδούς (Αραβανίτου, 2002).

### **5.2.1. Διακολπική Υπερηχογραφία**

Από την εισαγωγή της, η δισδιάστατη διακολπική υπερηχογραφία αποτιμήθηκε θετικά σαν μια ανένδοξη, μη επεμβατική και εύχρηστη μέθοδος νοερής έμμεσης απεικόνισης της ενδομητρικής κοιλότητας. Άλλο πλεονέκτημα της είναι και το υψηλό ποσοστό αποδοχής από τις ασθενείς, που υπερβαίνει το 95%. Πιθανόν η αξία και η συμβολή της υπερηχογραφίας να εγκείται στην υψηλή αρνητική προγνωστική της αξία, την δυνατότητα της δηλαδή να πληροφορήσει ποια ασθενής στερείται περίσσειας ενδομητρικού ιστού, και ως εκ τούτου ποια γυναίκα μπορεί με σχετική ασφάλεια να αποφύγει την ενδομητρική βιοψία με τη συνεπαγόμενη ταλαιπωρία, κινδύνους και δαπάνες (Μιχαλάς, 2000).

### **5.2.2. Έγχρωμο Doppler**

Ενώ το δισδιάστατο διακολπικό υπερηχογράφημα απεικονίζει μορφολογικά χαρακτηριστικά του ενδομητρίου (πάχος, παρουσία ενδοκοιλοτικού υγρού, ακεραιότητα της υποενδομητρικής άλω), το έγχρωμο Doppler επιτρέπει εκτίμηση της ταχύτητας ροής του αίματος και των αγγειακών αντιστάσεων στις μητριαίες αρτηρίες και τους κλάδους τους, καθώς και σε περιοχές αγγειογένεσης του ενδομητρίου. Τόσο η ενδομητρική υπερπλασία, όσο και ο ενδομητρικός καρκίνος παρουσιάζουν νεοαγγειογένεση, και συνεπώς μπορούν να απεικονισθούν από ευαίσθητες μονάδες Doppler (Μιχαλάς, 2000).



### **5.2.3. Μαγνητική Τομογραφία (MRI)**

Η μαγνητική τομογραφία (MRI), που σπάνια αντιπροσωπεύει εξέταση πρώτης γραμμής στην απεικονιστική της μήτρας, στην κλινική πράξη συχνά καλείται να διευκρινίσει ασαφή ευρήματα υπερηχογραφικών εξετάσεων. Η MRI αποτελεί συμπληρωματική εξέταση της διακολπικής υπερηχογραφίας στην διερεύνηση ενδομητρικών πολυπόδων ή ενδομητρικού καρκίνου ή αδеноμύωσης. Επίσης, είναι ιδιαίτερα βοηθητική στην εκτίμηση της σχέσης μεγαλύτερων μαζών με το μυομήτριο ώστε να αποφασισθεί εάν η αλλοίωση εξορμάτε από την μήτρα και είναι πιθανότατα ινομύωμα, ή δεν σχετίζεται με την μήτρα, οπότε μάλλον είναι ωοθηκικής προέλευσης. Αναμφίβολα, η πολυπλοκότητα, η περιορισμένη διαθεσιμότητα, το σημαντικό κόστος αλλά και η δυσφορία που αισθάνονται αρκετοί ασθενείς αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα της MRI συγκριτικά με το διακολπικό υπερηχογράφημα. (Μιχαλάς, 2000).

### **5.2.4. Τεστ Παπανικολάου**

Το τεστ παπανικολάου είναι μια μέθοδος γενικού ελεγχού, κατά την οποία γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο, και τον ενδοτράχηλο, τα οποία συνέχεια εξετάζονται στο μικροσκόπιο προκειμένου να εντοπισθούν τυχόν προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εάν υπάρχουν. Η σχεδόν ανώδυνη εξέταση στο γυναικολογικό ιατρείο διαρκεί από πέντε έως δέκα λεπτά (Κουνάδη, 2010).

Το Τεστ Παπανικολάου είναι απαραίτητο να γίνεται κάθε χρόνο για τις γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση και κάθε έξι μήνες για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Ο λόγος είναι ότι μετά την εμμηνόπαυση οι τοπικοί παράγοντες άμυνας ελαττώνονται, καθώς και ότι η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνει την περίοδο αυτή (Κουνάδη, 2010).

Με την ίδια συχνότητα θα πρέπει να υποβάλλονται στο Τεστ Παπανικολάου και οι γυναίκες που είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο, όπως εκείνες που έχουν περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους, γυναίκες που έχουν ιστορικό κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, κονδυλώματα και προηγούμενα Τεστ Παπανικολάου που δεν έχουν βγει φυσιολογικά (Κουνάδη, 2010).

## 6.

### 6.1. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση γίνεται με χειρουργική διερεύνηση. Οι περισσότεροι καρκίνοι μήτρας είναι σταδίου I και διηθούν λιγότερο από το μισό πάχος του τοιχώματος της μήτρας. Οι πιο προχωρημένοι έχουν προσβάσει τον τράχηλο, τον κόλπο, τους πυελικούς ή περιαιορτικούς λεμφαδένες, την ουροδόχο κύστη και το βλεννογόνο του ορθού. Εξωπυελικές μεταστάσεις σπάνια εμφανίζονται (Charles e al., 2000).

#### 6.1.1. Ιστολογική ταξινόμηση

Το 60% των καρκινωμάτων του ενδομητρίου είναι αδenoκαρκινώματα και το 20% περίπου, αδenoακαναθώματα (συνδυασμοί αδenoκαρκινώματος και καλοήθους πλακώδους μεταπλασίας). Παρατηρούνται επίσης αδenoεπιδερμική καρκινώματα, θηλώδη αδenoκαρκινώματα και σαρκώματα της μήτρας (Αδαμόπουλος, 2002).

Το 95% των κακοήθων νεοπλασμάτων της ωοθήκης έχουν επιθηλιακή προέλευση και είναι κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας, ορώδη, βλενώδη, ενδομητριοειδή καρκινώματα, καρκινώματα από διαυγή κύτταρα και αδιαφοροποίητα καρκινώματα. Οι επιθηλιακοί καρκίνοι κατατάσσονται επίσης στις κατηγορίες διαφοροποίησης ή μικρής διαφοροποίησης νεοπλάσματος. Περίπου 40% των καρκινωμάτων της ωοθήκης είναι νεοπλάσματα χαμηλού ή οριακού βαθμού κακοήθειας, αναπτύσσονται εξαιρετικά αργά και έχουν εξαιρετική πρόγνωση. Περίπου 5% είναι νεοπλάσματα από βλαστικά κύτταρα και παρατηρούνται σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση και περίπου 5% προέρχεται από το γοναδικό υπόστρωμα (Μουτσόπουλος, 2000).

#### 6.1.2. Στάδια και ταξινόμηση

Για την ταξινόμηση εκτιμούμε το μέγεθος της μήτρας, την κινητικότητα της και την ύπαρξη μεταστάσεων.

Σταδιοποίηση-βαθμός διαφοροποίησης του καρκίνου του ενδομητρίου (FIGO-1988) (Αδαμόπουλος, 2002):

Στάδιο Ια : όγκος περιορισμένος στο ενδομήτριο.

Στάδιο Ιβ: υπάρχει διήθηση σε λιγότερο από το μισό του ενδομητρίου.

Στάδιο Ιγ: διήθηση σε περισσότερο από το μισό του ενδομητρίου.

Στάδιο Ια: ενδοτραχηλική συμμετοχή των αδένων.

Στάδιο Ιιβ: διήθηση του στρώματος του τραχήλου.

Στάδιο ΙΙα: όγκος που επεκτείνεται στον ορογόνο και / ή στα εξαρτήματα και / ή υπάρχει περιτοναϊκή κυτταρολογία.

Στάδιο ΙΙιβ: μεταστάσεις στους πνευλικούς και / ή στους παρααορτικούς λεμφαδένες.

Στάδιο ΙΙγ: επέκταση του όγκου στη λεκάνη ή και στους παρααορτικούς λεμφαδένες

Στάδιο ΙVα: μετάσταση στην ουροδόχο κύστη ή και στο βλεννογόνο του εντέρου.

Στάδιο ΙVβ: μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

## 7.

### 7.1. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης, τη γενική της κατάσταση, το στάδιο επεκτάσεως της νόσου και τον ιστολογικό τύπο της κακοήθειας. Σε σαρκώματα υψηλού βαθμού διαφοροποίησης όπως τα λειομυοσαρκώματα και τα μικτά ενδομητρικά σαρκώματα, η παρουσία του όγκου έξω από τη μήτρα τη στιγμή της διαγνώσεως αποτελεί σοβαρό προγνωστικό βοήθημα διότι η διετής επιβίωση φτάνει σε αναλογία κάτω του 10% των ασθενών. Αλλά ακόμη και αν η νόσος φαινομενικά είναι μέσα στη μήτρα, η πρόγνωση είναι πτωχή, με πενταετή επιβίωση 10-50%. Βελτιωμένα ποσοστά παρατηρούνται στους υπόλοιπους ενδιάμεσους ιστολογικούς τύπους, όπου η πρόγνωση φτάνει το 80-90% (Αραβανίτου, 2002).

Η επιβίωση στο καρκίνωμα του ενδομητρίου ποικίλει ανάλογα με το στάδιο και το βαθμό διαφοροποίησης. Άλλοι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι το βάθος διήθησης, ο ιστολογικός τύπος, οι θετικές περιτοναϊκές εκπλύσεις και οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες και στα εξαρτήματα (Αραβανίτου, 2002).

Τα τελικά αποτελέσματα της θεραπείας είναι καλύτερα σε σχέση με το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όχι επειδή πρόκειται για λιγότερο κακοήθη καρκίνο, αλλά επειδή ο όγκος επεκτείνεται με μικρότερη ταχύτητα απ' ό,τι ο καρκίνος του τραχήλου, η λεμφική παροχέτευση δεν είναι τόσο εκτεταμένη και η θεραπεία εφαρμόζεται νωρίτερα. (Επειδή η διάγνωση γίνεται νωρίτερα) (Αραβανίτου, 2002).

Στο 75% των περιπτώσεων, οι καρκίνοι του ενδομητρίου βρίσκονται στο στάδιο I κατά το χρόνο διάγνωσης, επειδή είναι δύσκολο να αγνοηθεί η μεταμηνόπαυσιακή αιμορραγία, ενώ αυτό είναι συχνότερα πιθανό στις άτυπες αιμορραγίες των νεότερων γυναικών. Όμως, στις νεότερες γυναίκες αναπτύσσονται βλάβες με καλή διαφοροποίηση και η επιβίωση είναι μεγαλύτερη από ότι στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Καλογερόπουλος, 2004).

Το καλώς διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα με αδenoπλακώδη καρκινώματα, όταν διαγνωσθούν στο στάδιο I, έχουν σχετικά καλή πρόγνωση (θεραπεύονται στο 90% των περιπτώσεων με μόνη την εγχείριση). Κακή πρόγνωση έχουν τα αδενοκαρκινώματα και τα αδenoπλακώδη καρκινώματα με μέτρια ως πτωχή διαφοροποίηση, καθώς και όλα τα θηλώδη ορώδη καρκινώματα και τα καρκινώματα από διαυγή κύτταρα. Η προϋπάρχουσα υπερπλασία του ενδομητρίου δεν αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη των όγκων αυτών. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα

θετικά περιτοναϊκά εκπλύματα συνδέονται με φτωχή πρόγνωση (Καλογερόπουλος, 2004).

## 8.

### 8.1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Σε όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια πρόληψης κακοηθών όγκων. Οι κλινικοί και οι ερευνητές, ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή τη πρόληψη ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση, ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης κακοήθους όγκου (Αγοραστός και συν., 2006).

Οι νοσηλευτές επομένως, για να παίξουν ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο στην πρόληψη, πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στην κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως διαιτητικές συνήθειες, έκθεση στον ήλιο, κάπνισμα και αλκοόλ, μεθόδους ανίχνευσης, όπως αυτοεξέταση μαστού και όρχεων και τεστ Παπανικολάου, καθώς και τα προειδοποιητικά σημεία για τα κακοήθη νεοπλάσματα, που είναι τα ακόλουθα (Αγοραστός και συν., 2006):

1. Μεταβολές σε ούρηση και αφόδευση
2. Έλκος, κυρίως ανώδυνο, που δεν επούλώνεται
3. Ασυνήθης αιμορραγία ή έξοδος υγρού από κάποια περιοχή του οργανισμού
4. Διόγκωση με οποιανδήποτε εντόπιση
5. Επίμονη δυσπεψία και δυσκαταποσία
6. Επίμονος βήχας ή βράγχος φωνής
7. Οποιαδήποτε μεταβολή σε σπίλο.

Ο έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών για καρκίνο του ενδομητρίου δεν είναι εύκολος όπως είναι για τον καρκίνο του τραχήλου, λόγω της ανάγκης να ληφθεί δείγμα ενδομητρίου. Το πιο κοινό τεστ είναι η βιοψία του ενδομητρίου με απόξεση ή με αναρρόφηση ή και με υστεροσκόπηση, και τη χρήση κάποιου εργαλείου για την λήψη ενδομητρίου και εξέταση. Και τα ξέσματα του ενδοτραχήλου και τα δείγματα

που συλλέγονται από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου, μερικές φορές περιέχουν προχωρημένο καρκίνο του ενδομητρίου, αλλά δεν είναι χρήσιμα τεστ για την ανίχνευση πρώιμης εισβολής της ασθένειας (Αγοραστός και συν., 2006).

Κάθε γυναίκα μετά τα 40 έτη με ανώμαλη αιμορραγία, θα πρέπει να κάνει διαγνωστική απόξεση. Αν και οι ανωμαλίες αυτές της μήτρας συνήθως οφείλονται στην κλιμακτήριο, ή σε άλλες καλοήθεις παθήσεις της μήτρας θα πρέπει πάντα να ελέγχονται ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα κακοηθείας. Η γυναικολογική εξέταση, το τεστ Παπανικολάου και το υπερηχογράφημα μήτρας-ωοθηκών αποτελούν τα βασικά όπλα για την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου (Αγοραστός και συν., 2006).

Η συνειδητοποίηση από το κοινό της ανάγκης για προαγωγή της υγείας μπορεί να αυξηθεί με πολλούς τρόπους (Καρδάση και συν., 2002):

1. Κοινοτικά προγράμματα αγωγής υγείας και διατήρησης υγείας
2. Αναγνώριση κινδύνων για αρρώστους και τις οικογένειες τους σε πλαίσια οξείας φροντίδας και ενσωμάτωση διδασκαλίας και παροχής συμβουλών στο σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο.
3. Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν σε αρρώστους και οικογένειες με υψηλές επιπτώσεις καρκίνου. Το κακόηθες μελάνωμα και ο καρκίνος μαστού αποτελούν παραδείγματα κακοηθειών που παρουσιάζονται συχνά σε περισσότερα από ένα μέλη της οικογένειας.
4. Προγράμματα περιοδικών εξετάσεων με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση για καρκίνους για τους οποίους υπάρχει υψηλός ρυθμός επίπτωσης ή στους οποίους η έγκαιρη διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στους δείκτες επιβίωσης, όπως ο καρκίνος μαστού, ορθού και κόλπου, τραχήλου μήτρας, ενδομητρίου, όρχεως, οισοφάγου και δέρματος.

### **8.1.1. Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου επιτυγχάνεται είτε με την αποφυγή του αιτιολογικού παράγοντα, είτε με την χρησιμοποίηση ενός παράγοντα που εμποδίζει την ανάπτυξη της κακοήθους νεοπλασίας. Η πρωτογενής πρόληψη συνιστάται σε μείωση του κινδύνου με τη λήψη μέτρων σχετικών με τον τρόπο ζωής και σε χημειοπρόληψη. Οι χημειοπροληπτικοί παράγοντες είναι φάρμακα ή θεραπευτικά μικροσυστατικά χρησιμοποιούμενα για να εμποδιστεί η ανάπτυξη καρκίνου. Οι χημειοπροληπτικές ουσίες έχουν παρενέργειες και για το λόγο αυτό, η χρησιμοποίησή τους εξετάζεται γενικά για περιπτώσεις ατόμων που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο της νόσου (Charles e al., 2000).

### **8.1.2. Δευτερογενής πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου, πραγματοποιείται με εξετάσεις αποκλεισμού, με τις οποίες επιδιώκεται η ανίχνευση της αρχόμενου σταδίου νόσου σε ασυμπτωματικά άτομα. Παραδείγματα τέτοιων εξετάσεων είναι η μαστογραφία, το τεστ Παπανικολάου, και άλλα. Με τις εξετάσεις αποκλεισμού δεν προλαμβάνεται η νόσος ούτε τίθεται διάγνωση, αλλά αναγνωρίζονται οι περιπτώσεις στις οποίες χρειάζονται πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις και ενδεχομένως αντιμετώπιση της νόσου. Για τους περισσότερους τύπους καρκίνου δεν υπάρχουν αποτελεσματικές εξετάσεις αποκλεισμού (Charles et al., 2000).

## **9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **9.1. Συντηρητική θεραπεία**

Ως προεγχειρητικό μέτρο ή ως συμπληρωματική θεραπεία σε καταστάσεις με προχωρημένο στάδιο του καρκίνου, μπορεί να γίνει θεραπεία με εσωτερική ή εξωτερική ακτινοβολία. Επίσης ενδείκνυται και η χρησιμότητα της χημειοθεραπείας στον έλεγχο του υποτροπιάζοντα καρκίνου του ενδομητρίου (Κρέτσας, 1998 ).

#### **9.1.1. Χημειοθεραπεία**

Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους (Καρδάση και συν., 2002):

1. Από το στόμα
2. Σε μεγαλύτερες δόσεις, ενδοφλέβια
3. Ενδαρτηριακά

Αν το νεόπλασμα είναι εντοπισμένο στα άκρα, αποφράσσονται τα κύρια αγγεία με περίσφιξη του άκρου ή απολίνωση της φλέβας. Το φάρμακο εισάγεται από την αρτηρία. Το αίμα απάγεται από τη φλέβα και αφού περάσει από κλειστό κύκλωμα που περιέχει οξυγονωτή, επανεισέρχεται στην αρτηρία. Πριν από τη λύση της περίσφιξης ή απολίνωσης γίνεται πλύση του κυκλώματος αυτού του κυκλοφορικού συστήματος. Με καθετήρα που εισάγεται στον καθετήρα του οργάνου ή της περιοχής όπου είναι εντοπισμένο το κακόηθες νεόπλασμα. Ο καθετήρας συνδέεται με ενδοφλέβια χορήγηση, της οποίας η φιάλη τοποθετείται σε ύψος τουλάχιστον 3 μέτρων (Καρδάση και συν., 2002):

1. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στον όγκο.
2. Ενδοϋπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται όταν χορηγούνται ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά που προκαλούν εκδορά. Τα φάρμακα αυτά, όταν εναποθέτονται μέσα στον υποδόριο ιστό (έξοδος από τη φλέβα), προκαλούν νέκρωση του και βλάβη των υποκείμενων τενόντων, νευρών και αγγείων. Η πλήρης έκταση της ιστικής βλάβης φαίνεται μετά αρκετές εβδομάδες. Τα φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως παράγοντες που προκαλούν εκδορά είναι η δακτινομυκίνη, η μιτομυκίνη, η βινβλαστίνη, η βινκριστίνη και η βινδεσίνη.



Στη χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να εμπλέκονται μόνο ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί και νοσηλευτές. Βασικής σημασίας είναι η προσεκτική επιλογή της περιφερικής φλέβας, η επιδέξια φλεβοκέντηση και η προσεκτική χορήγηση του φαρμάκου. Σε υποψία εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα, σταματά αμέσως η χορήγηση και εφαρμόζεται πάγος στην περιοχή (με εξαίρεση χορήγηση Vinca αλκαλοειδών). Ο γιατρός μπορεί να αναρροφήσει το φάρμακο από τους ιστούς και να ενέσει σ' αυτούς εξουδετερωτικό διάλυμα για να ελαττώσει τη βλάβη τους. Όταν προβλέπεται συχνή, μακροχρόνια χορήγηση αυτών των φαρμάκων, μπορούν να τοποθετηθούν καθετήρες από σιλικόνη δεξιού κόλπου ή συσκευή φλεβικής προσπέλασης (Καρδάση και συν., 2000).

### **9.1.2. Τοξικότητα της χημειοθεραπείας**

Η τοξικότητα που συνοδεύεται με χημειοθεραπεία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Κύτταρα με ταχύς ρυθμούς ανάπτυξης είναι τα περισσότερα επιρρεπή σε βλάβη. Ωστόσο, μπορεί να επηρεαστούν και ορισμένα συστήματα του οργανισμού (Καρδάση και συν., 2000).

Στο Γαστρεντερικό σύστημα οι πλέον κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας, που μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά την χορήγηση, είναι ναυτία και εμετοί. Η χρήση φαινοθειαζινών κατευναστικών, στεροειδών και αντισταμινικών, μόνων ή σε συνδυασμό, είναι αποτελεσματική στην μείωση της ναυτίας και των εμετών. Μπορούν ακόμα να βοηθήσουν τεχνικές χαλάρωσης και εικόνας στη μείωση ερεθισμάτων που συνεισφέρουν στα συμπτώματα. Αλλαγές στην διαίτα του αρρώστου μπορεί να μειώσουν την συχνότητα και βαρύτητα αυτών των συμπτώσεων. Άλλες παρενέργειες από το γαστρεντερικό μπορεί να είναι στοματίτιδα, ανορεξία ή διάρροια (Καρδάση και συν 2000).

Στο Αιμοποιητικό σύστημα οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες καταστέλλουν τη λειτουργία του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των κυττάρων του αίματος. Έτσι προκαλούνται λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία. Ο άρρωστος είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις και αιμορραγίες. Είναι απαραίτητη η συχνή γενική εξέταση του αίματος και η προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και κακώσεις (Καρδάση και συν., 2000).

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορεί να βλάψουν τους νεφρούς εξαιτίας της άμεσης επαφής με αυτούς κατά την απέκκρισή τους και λόγω συσσώρευσης σ' αυτούς τελικών προϊόντων λύσης των κυττάρων. Ιδιαίτερα τοξικά φάρμακα για τους νεφρούς είναι η μεθροτεξάτη και η μιτιμικύνη. Η ταχεία λύση των κυττάρων παράγει άφθονο ουρικό οξύ, το οποίο απεκκρινόμενο από τους νεφρούς μπορεί να τους προκαλέσει βλάβη. Η στενή παρακολούθηση των επιπέδων της ουρίας του αίματος, της κρεατινίνης του όρου και της κάθαρσης κρεατινίνης είναι βασικής σημασίας. Πρόληψη βλάβης του νεφρού γίνεται επίσης με αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών, αλκαλοποίηση των ούρων και χορήγηση αλλοπουρινόλης, που παρεμποδίζουν το σχηματισμό ουρικών κρυστάλλων (Καρδάση και συν., 2000).

Στη καρδιά και πνεύμονες η ολική δόση των ακτινιοπλασματικών αντιβιοτικών δαουνορουβικής φθάνει στα 550mg/m αυτά μπορούν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες αθροιστικές τοξικότητες στην καρδιά. Πρέπει να παρακολουθούνται στενά κλάσμα καρδιακής εξώθησης, ΗΚΓ και ο ασθενής για σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η βλεομυκίνη και η βουσουλφάνη είναι γνωστές για τα αθροιστικά τοξικά αποτελέσματα τους στην πνευμονική λειτουργία. Αποτέλεσμα μακροχρόνιας χορήγησης αυτών των φαρμάκων μπορεί να είναι η πνευμονική ίνωση. Στο γεννητικό σύστημα είναι δυνατό να επηρεαστεί η λειτουργία των ωοθηκών από τη χημειοθεραπεία, με πιθανό αποτέλεσμα τη στειρώση. Ενώ η γεννητική ικανότητα μπορεί να αποκατασταθεί μετά τη χημειοθεραπεία, τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατό να έχουν υποστεί βλάβη που δημιουργεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες στους απογόνους. Επομένως, προτείνεται φύλαξη σπέρματος σε τράπεζα σπερμάτων για άνδρες πριν από την έναρξη χημειοθεραπείας (Καρδάση και συν., 2000).

Στο Νευρικό σύστημα τα φυτικά αλκαλοειδή μπορεί να προκαλέσουν νευρική βλάβη όταν χορηγούνται σε επαναλαμβανόμενες δόσεις. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν περιφερικές νευροπάθειες, απώλεια εν τω βάθην αντανακλαστικών και παραλυτικός ειλεός. Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως αναστρέψιμες και εξαφανίζονται μετά τη συμπλήρωση της χημειοθεραπείας (Καρδάση και συν., 2000).

Τα Μέτρα προστασίας που παίρνουν οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι. Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροτοξικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του. Αν και όλα τα μεταλλαξιογόνα δεν είναι καρκινογόνα, έχουν την ικανότητα να προκαλούν

μόνιμες κληρονομήσιμες αλλαγές στο γεννητικό υλικό των κυττάρων (Καρδάση και συν., 2000).

Αν και δεν έγιναν μακροχρόνιες μελέτες σε νοσηλευτές που χειρίζονται χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι αυτά συνδέονται με δευτεροπαθή ανάπτυξη κακοήθων όγκων και χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Έχουν ανακοινωθεί ναυτία, έμετοι, ζάλη, αλωπεκία και εξέλκωση ρινικού βλεννογόνου σε προσωπικό υγείας που χειριζόταν χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Επειδή ο χειρισμός των χημειοθεραπευτικών παραγόντων συνδέεται με γνωστούς και δυνητικούς κινδύνους, η Διοίκηση Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας, νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα φροντίδας υγείας των ΗΠΑ, συνέταξαν οδηγίες που αφορούν την προετοιμασία και το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών (Καρδάση και συν., 2000):

1. Τη χρήση ενός βιολογικού θαλάμου ασφαλείας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
2. Τη χρήση χειρουργικών γαντιών κατά το χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά.
3. Τη χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι μιας χρήσης κατά την προπαρασκευή και χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
4. Τη χρήση εξαρτημάτων Luer-Loc σε όλες τις συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης που χρησιμοποιούνται για χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.
5. Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, που είναι αδιαπέραστα από υγρά και αντέχουν σε τρυπήματα.
6. Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικίνδυνο.

### **9.1.3. Ακτινοθεραπεία**

Στόχοι της ακτινοθεραπείας είναι η εξασφάλιση οριστικής θεραπείας, της οποίας μοναδική μέθοδος, τοπικής ίασης είναι η ακτινοβολία, η διατήρηση του οργάνου όταν αυτό δεν αφαιρείται χειρουργικά, η ελάττωση των πιθανοτήτων τοπικής και υποχώριας υποτροπής μετά την επιχειρούμενη χειρουργική εξαίρεση, και η ανακούφιση των συμπτωμάτων του ανεγχείρητου πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου. Η ακτινοθεραπεία εκμεταλλεύεται την επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας στην κυτταρική διαίρεση. Ο στόχος είναι να χορηγηθεί η μέγιστη δόση στον όγκο χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη στους ιστούς που τον περιβάλλουν. Τα συγκεκριμένα κυτταρικά γνωρίσματα των περισσότερων καρκίνων οριακά

νεκρωτικών βλαβών και η ταχύτερη μίσθωση, καθιστούν τα νεοπλασματικά κύτταρα πιο ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τους φυσιολογικούς ιστούς. Η ευαισθησία του όγκου και των υγιών ιστών στην ακτινοβολία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Έτσι η ευαισθησία αυτή τροποποιείται από την ποσότητα οξυγόνου στον ακτινοβλούμενο ιστό, τη δόση ακτινοβολίας ανά μονάδα χρόνου, την αναλογία των κυττάρων που βρίσκονται σε ευαίσθητη φάση του κυτταρικού κύκλου κατά την έκθεση του όγκου στην ακτινοβολία, και από το μέγεθος και τον τύπο του όγκου (Charles et al., 2000).

Ο ακτινοθεραπευτής ελέγχει τρεις μεταβλητές: τη δόση της ακτινοβολίας, τον αριθμό των κλασμάτων της και τον όγκο του υπό θεραπεία ιστού. Η δόση της ακτινοβολίας μετριέται σε δόσεις απορροφημένης ακτινοβολίας. Η συνηθισμένη ονοματολογία χρησιμοποιεί τη μονάδα Gray η οποία αντιπροσωπεύει 100 rads. Το πρόγραμμα ημερήσιου κλάσματος είναι η τυπική προσέγγιση η οποία ελαχιστοποιεί τη βλάβη των υγιών ιστών πλήττοντας το καρκινικό κύτταρο αρκετά συχνά ώστε να μειώνει στο ελάχιστο την αποκατάσταση των βλαβών του. Η ιονίζουσα ακτινοβολία χορηγείται με διάφορους τρόπους. Ο πιο συνηθής είναι η θεραπεία με εξωτερικές ακτίνες. Ένας γραμμικός επιταχυντής δημιουργεί και αποδίδει ηλεκτρόνια και φωτόνια με διαφορετικές ποσότητες ενέργειας. Όσο υψηλότερη είναι η ενέργεια, τόσο βαθύτερα μπορεί το σωματίδιο να διεισδύει στο σώμα. Η πηγή της ακτινοβολίας βρίσκεται έξω από το σώμα και κατά την είσοδο και έξοδο τους από το στόχο οι ακτίνες πρέπει να διαπεράσουν υγιείς ιστούς. Επειδή τα ηλεκτρόνια διεισδύουν σε βάθος μόνο λίγων εκατοστών, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία επιφανειακών αλλοιώσεων, ενώ τα υψηλής ενέργειας φωτόνια εισδύουν βαθύτερα στο σώμα. Η άμεση εφαρμογή μιας πηγής ακτινοβολίας στον όγκο ονομάζεται βραχυθεραπεία. Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διαιρούνται σε οξείες και όψιμες. Οι πρώτες παρατηρούνται κυρίως σε ιστούς που πολλαπλασιάζονται γρήγορα όπως είναι το δέρμα και ο γαστρεντερικός βλεννογόμος, και η βαρύτητα τους εξαρτάται από το μέγεθος του κλάσματος και το συνολικό χρόνο της θεραπείας. Οι όψιμες επιδράσεις που συνίστανται σε νέκρωση, ίνωση και βλάβες συγκεκριμένων οργάνων, όπως του αμφιβληστροειδούς και του νωτιαίου μυελού, αποτελούν τους παράγοντες που περιορίζουν τη δόση της ακτινοβολίας και δεν φαίνονται να εξαρτώνται από την ταχύτητα του πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Οι γνώσεις για τις επιδράσεις αυτές δεν είναι αρκετές, αλλά φαίνεται πιθανόν ότι παίζει ρόλο η απόπτωση που προκαλείται από την ακτινοβολία. Οι όψιμες επιδράσεις εξαρτώνται από τη συνολική

δόση και το μέγεθος του κλάσματος και λιγότερο από το συνολικό χρόνο της θεραπείας. Μια συγκεκριμένη όψιμη επίδραση της ακτινοθεραπείας είναι η ανάπτυξη δευτερογενών κακοηθών νεοπλασιών, η οποία έχει τεκμηριωθεί μετά από ακτινοθεραπεία για νόσο του Hodgkin και καρκίνο του μαστού (Charles et al., 2000).

Παρενέργειες ακτινοθεραπείας και πως αντιμετωπίζονται (Charles et al., 2000):

1. Ναυτία και εμετοί. Η αντιμετώπιση:
  - a. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών.
  - b. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
  - c. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
  - d. Σημείωση αντιδράσεων της αρρώστου.
2. Αντιδράσεις από το δέρμα. Η αντιμετώπιση:
  - a. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
  - b. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό.
  - c. Παροχή συμβούλων στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδράργυρο, μόλυβδου και ψευδαργύρου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
  - d. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
3. Διάρροια. Η αντιμετώπιση:
  - a. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.
  - b. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας. Η αντιμετώπιση:
  - a. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
  - b. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).
  - c. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών, πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας.
  - d. Χορήγηση υγρών και βιταμινών.
5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών. Η αντιμετώπιση:
  - a. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
  - b. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.
6. Αν η ασθενής παρουσιάζει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη της ασθενούς ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνη τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό της είδωλο.

## **9.2. Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική αφαίρεση του κακοήθους νεοπλασματος παραμένει καλύτερος και ο συχνότερα χρησιμοποιημένος τρόπος θεραπείας. Ωστόσο, η χειρουργική παρέμβαση μπορεί να γίνει για πολλούς λόγους (Καρδάση και συν., 2000).

Χειρουργική επέμβαση ως πρώτη θεραπεία. Όταν η χειρουργική χρησιμοποιείται ως πρώτη προσέγγιση στη θεραπεία κακοήθων όγκων, ο στόχος είναι η αφαίρεση όλου του όγκου (ή όσο μεγαλύτερου μέρους είναι δυνατό), και οποιουδήποτε εμπλεκόμενου γειτονικού ιστού, συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων (Καρδάση και συν., 2000).

Η τοπική εκτομή του κακοήθους όγκου αποτελεί εγγύηση όταν η μάζα είναι μικρή και τα ιστικά όρια προσεγγίζονται με ασφάλεια. Η ριζική εκτομή, που περιλαμβάνει τον όγκο, τους περιβάλλοντες ιστούς και τους λεμφαδένες, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα παραμόρφωση και λειτουργικές μεταβολές (Καρδάση και συν., 2000).

Αναγνωρίζεται σήμερα ότι ο άρρωστος ζητά θεραπευτική παρέμβαση, η ανάπτυξη και διασπορά των κακοήθων κυττάρων συχνά έχει ήδη δώσει μακρινές μεταστάσεις του όγκου. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός της χειρουργικής επέμβασης (ριζικής εκτομής), είναι απαραίτητα και άλλα θεραπευτικά σχήματα (Καρδάση και συν., 2002).

Η Διαγνωστική χειρουργική συνήθως διενεργείται για επιβεβαίωση διάγνωσης με βιοψία, που γίνεται με τρεις μεθόδους: εκτομή (σε μικρούς όγκους), εντομή (σε μεγάλους όγκους) και αναρρόφηση (Καρδάση και συν., 2000).

Η Προφυλακτική χειρουργική διενεργείται για αφαίρεση αλλοιώσεων που είναι πιθανό να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Πρόσφατα σε άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εξαιτίας ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, εκτελούνται πιο επιθετικές προφυλακτικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως κολεκτομές και μασεκτομές (Καρδάση και συν., 2000).

Η χειρουργική για συγκράτηση εξέλιξης όγκου εκτελείται για αφαίρεση αδένων, που με τις ορμόνες τους επιδρούν στην πορεία και εξέλιξη ορισμένων κακοήθων όγκων (Καρδάση και συν., 2000).

Η παρηγορητική χειρουργική εκτελείται σε μια προσπάθεια απαλλαγής του αρρώστου από επιπλοκές του κακοήθους νεοπλασματος, όπως εξελκώσεις, αποφράξεις, αιμορραγίες, πόνο και λοίμωξη. Η χειρουργική αυτή περιλαμβάνει αποκλεισμούς νευρών και χορδοτομές για απαλλαγή από απόφραξη ή δημιουργία στομιών. Η παρηγορητική χειρουργική συχνά συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία (Καρδάση και συν., 2000).

Η χειρουργική επαναδόμησης ακολουθεί τη ριζική χειρουργική και γίνεται σε μια προσπάθεια επαναφοράς λειτουργίας ή καλύτερου κοσμητικού αποτελέσματος (Καρδάση και συν., 2000).

Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης εκτελείται ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη αφαίρεση σαλπίνγων και ωοθηκών. Αν η νόσος είναι σταδίου II ή και μεγαλύτερου, εκτελείται ριζική υστερεκτομή. Η ριζική υστερεκτομία είναι η εγχείρηση που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου και του ενδομητρίου στα στάδια Ia, Ib και IIa. Η ριζική υστερεκτομία, για πρώτη φορά είχε περιγραφεί από τον Γερμανό χειρουργό Ries το 1895, αλλά εφαρμόστηκε από τον Αμερικανό John Clark το 1987 (Αντσακλής, 2008).

Η ολική υστερεκτομή είναι στις μέρες μας η πιο συχνή επέμβαση απ' όλες τις μεγάλες γυναικολογικές εγχειρήσεις. Αυτό οφείλεται στην βελτίωση της εγχειρητικής τεχνικής και των μεθόδων αναισθησίας, καθώς επίσης στη μηδαμινή μετεγχειρητική θνησιμότητα και στη πολύ μικρή άμεση μετεγχειρητική νοσηρότητα. Η υστερεκτομή μπορεί να γίνεται είτε με λαμφοτομία, με διάνοιξη δηλαδή του κοιλιακού τοιχώματος με τομή κάθετη ή χαμηλή εγκάρσια πάνω στο εφηβαίο, είτε δια της κοιλιακής οδού, ανάλογα με την ένδειξη. Οι επεμβάσεις που συνοδεύουν την υστερεκτομή συμπεριλαμβάνουν την ωοθηκεκτομή και σαλπιγγεκτομή. Από τις κύριες ενδείξεις υστερεκτομής είναι οι κακοήθεις παθήσεις των γεννητικών οργάνων. Οι ενδείξεις αυτές αντιστοιχούν περίπου στο 25% του συνόλου των ενδείξεων. Για το υπόλοιπο 75% των περιπτώσεων η αιτία είναι καλοήθεις παθήσεις (Αντσακλής, 2008).

Σε περίπτωση που υπάρχει κάποια κακοήθεια όπως ο καρκίνος του ενδομητρίου, η υστερεκτομία πρέπει να γίνεται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία της ασθενούς. Η εγχείρηση δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε προχωρημένα στάδια καρκίνου, ούτε σε ηλικιωμένες γυναίκες με πνευμονικές ή καρδιαγγειακές παθήσεις και σε παχύσαρκες (Αντσακλής, 2008).



Προεγχειρητικά γίνεται συστηματική διερεύνηση, που συμπεριλαμβάνει ενδοφλέβια πυελογραφία, διάβαση του εντέρου, κυστεοσκόπηση για να αποκλεισθεί η επέκταση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη, λεμφαγγειογραφία, αξονική τομογραφία και νεφρόγραμμα (Αντσακλής, 2008).

### **9.2.1. Θεραπεία νόσου σταδίου I**

Η αρχική θεραπεία των ασθενών με στάδιο I που είναι η πλειονότητα των ασθενών, είναι η ολική κοιλιακή υστερεκτομή (TAH) η απλή χειρουργική αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων της. Ως τρόπος αφαίρεσης της μήτρας αναφέρεται, τόσο ο διακολπικός όσο και ο διακοιλιακός αν και ο δεύτερος διενεργείται ευρύτερα (Αντσακλής, 2008).

Με σκοπό την αποφυγή διασποράς καρκινικών κυττάρων δια μέσω του τραχήλου και των σαλπίνγων, κατά τη χειρουργική επέμβαση, περιγράφονται τεχνικές σύγκλισης των δύο αυτών πιθανών οδών διασποράς. Επίσης έχουμε και την άμφο - σαλπινγο - ωοθηκεκτομή (BSO) συμπληρωμένη, στη διήθηση του μυομητρίου πέραν από μισό, με τοπική ραδιοϊσοτοπική ακτινοθεραπεία του κολπικού κολοβώματος, με ισότοπα ραδίου ή καισίου η οποία είναι και η πιο αποδεκτή θεραπευτική αντιμετώπιση γυναικών με καρκίνωμα σταδίου I (Αντσακλής, 2008).

Κατά την επέμβαση γίνονται πλύσεις του περιτοναίου για έλεγχο και εξετάζονται προσεκτικά το ήπαρ, το επίπλουν, τα εξαρτήματα, οι οπισθοπεριτοναϊκοί λεμφαδένες, για τυχόν μεταστάσεις. Οι περισσότερες ασθενής με επέκταση στον τράχηλο δεν διαγιγνώσκονται μέχρι την ιστολογική εξέταση της μήτρας και έτσι η χειρουργική θεραπεία είναι η ίδια όπως σε περίπτωση κλινικού σταδίου I. Στα προχωρημένα καρκινώματα του ενδομητρίου Σταδίου III ή IV εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία υπό μορφή ενδοκοιλότητας ραδιοϊσοτοπικής ακτινοβολίας και διαθερμικής τηλεακτινοβολίας της λεκάνης (Αντσακλής, 2008).

Και σ' αυτές όμως τις προχωρημένες καταστάσεις, τελευταία υπάρχει τάση να διενεργείται σχεδιασμός χειρουργικής με ακτινοθεραπεία, καθώς και με χημειοθεραπεία. (Αντσακλής, 2008).



### **9.2.2. Προβλήματα της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία**

Τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει μια ασθενής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία είναι τα παρακάτω ( Μαλγαρινού, 2002 ):

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου που μπορεί να προκαλέσει αναιμία.
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο το οποίο προκαλεί ναυτία, ανορεξία, εμετούς.
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας που μπορεί να προκαλέσουν θρομβοπενία.
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για την άρρωστη και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας της απομόνωσης, του μικρού χρόνου φροντίδας και του χρονικά περιορισμένου χρόνου επισκεπτηρίου.

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΗΤΡΑΣ**

Κατά την πρώτη επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι απαραίτητο να ληφθεί το ιστορικό της ασθενούς και η διεξαγωγή μιας φυσικής εξέτασης για την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς από τους επιστήμονες υγείας. Η λήψη του ιστορικού στοχεύει στη συγκέντρωση των βασικών πληροφοριών της ταυτότητας και της ασθένειας της ασθενούς αλλά και την ανταπόκριση του σε αυτή. Επίσης, το πρώτο κομμάτι ολοκληρώνεται με τη διεξαγωγή της φυσικής εξέτασης για την εστίαση των σημείων που χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα στοιχεία της αρχικής εικόνας της αρρώστου (Swartz, 2013).

#### **1.1. Ιστορικό**

Με την ολοκλήρωση του ιατρικού ιστορικού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση για την επιβεβαίωση αυτού καθώς και τη λήψη ενός νοσηλευτικού ιστορικού για τον προσδιορισμό και τον καθορισμό της ασθένειας. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο νοσηλευτικό ιστορικό αφορούν (Lemone & Bruke, 2004):

- Το φύλο γενικών πληροφοριών (ηλικία, φύλο, επάγγελμα, κληρονομικότητα κ.λ.π).
- Προηγούμενες νοσοκομειακές νοσηλείες ή χειρουργικές επεμβάσεις.
- Κατ' οίκον φαρμακευτική αγωγή και τυχόν αλλεργίες
- Το ιστορικό της νόσου, συμπεριλαμβανόμενων των σημείων και των συμπτωμάτων που τον οδήγησαν στην αναζήτηση φροντίδας υγείας
- Άλλες συνυπαρχούσης νόσοι όπως σακχαρώδη διαβήτη κ.λ.π
- Τα τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά περιβλήματα που είναι αποτέλεσμα του καρκίνου, όπως πόνος και κατάθλιψη

Αφού ληφθεί το ιστορικό και οριστικοποιηθεί το θεραπευτικό σχέδιο, πραγματοποιείται μια συζήτηση σχετικά (Lemone & Bruke, 2004):

- Τις προσδοκίες από το θεραπευτικό σχέδιο
- Την κατανόηση του θεραπευτικού σχεδίου

- Τις στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών
- Τους λειτουργικούς περιορισμούς λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας
- Τις επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής
- Τα αξιόπιστα συστήματα υποστήριξης ή τα άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα της ασθενούς.

## **1.2. Φυσική εξέταση**

Το πρώτο κομμάτι ολοκληρώνεται με την φυσική εξέταση της ασθενούς καταγράφοντας (Lemone & Bruke, 2004):

- Αρχικά ευρήματα, τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για την αξιολόγηση τυχόν μεταβολών που θα παρατηρηθούν αργότερα
- Την κατάσταση της θρέψης με βάση το σωματότυπο, το ύψος, το βάρος την αναλογία λίπους και την μυϊκή μάζα
- Τα εργαστηριακά δεδομένα
- Ειδικά σημεία και συμπτώματα
- Το επίπεδο ενυδάτωσης της ασθενούς και
- Τη μέτρηση των ζωικών σημείων.

## 2.

### 2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο νοσηλευτής έχει τον δικό του ρόλο στην θεραπευτική ομάδα και η προσφορά του συμβάλλει στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών, ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν και να αποδεχτούν την νόσο. Αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Είναι το πρόσωπο εκείνο που θα ανακουφίσει τον ψυχικό και σωματικό πόνο, που θα εμπνεύσει το αίσθημα ασφάλειας απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου, μειώνοντας έτσι τους φόβους και τις ανησυχίες των γυναικών που πάσχουν από την κακοήθη αυτή νόσο. Έτσι με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ομαλή εξέλιξη της θεραπείας και η καλύτερη δυνατή αποκατάσταση της (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Κάθε άτομο εξαιτίας μιας αιφνίδιας αλλαγής της προηγούμενης κατάστασης ισορροπίας, αισθάνεται τρωτό, ευάλωτο και απειλείται με συναισθηματική αναστάτωση. Έτσι και η γυναίκα που έρχεται αντιμέτωπη με τη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου, είτε της έχει γνωστοποιηθεί από τον θεράποντα, είτε το έχει συνειδητοποιήσει από άλλες πηγές, με το φόβο τη απώλειας της ζωής της, την προοπτική επώδυνων θεραπειών ή ακρωτηριαστικών επεμβάσεων, που θα αλλάξουν την ζωή της με τρόπο που θα πάψει να είναι επιθυμητό και ελκυστικό άτομο, απειλείται με συναισθηματική αναστάτωση (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Η ικανότητα της ασθενούς να αντιμετωπίσει το γεγονός της διάγνωσης του καρκίνου, εξαρτάται από την προσωπικότητά της (αν έχει την ικανότητα να χρησιμοποιεί ως μηχανισμούς την λύση των προβλημάτων παρά την αποφυγή και την άρνηση), από την απειλή που δημιουργεί ο καρκίνος στην επίτευξη στόχων αναλόγων της ηλικίας της, από την παρουσία ατόμων στο περιβάλλον με συναισθηματική υποστήριξη, καθώς και από την μυθολογία που υπάρχει γύρω από τον καρκίνο γενικότερα. Αυτές οι εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από την ανατομία και φυσιολογία των γεννητικών οργάνων είναι συχνές, συνήθως παραγνωρίζονται από του θεράποντες, και δεν θα αναφερθούν από τις ίδιες τις γυναίκες παρά μόνο αν ενθαρρυνθούν για αυτό. Έτσι η υστερεκτομή μπορεί να οδηγήσει από μόνη της σε συναισθηματική αναστάτωση και φόβους ότι θα πάψει η γυναίκα να είναι σεξουαλική, και ότι η από το χειρουργείο προκαλούμενη εμμηνόπαυση μπορεί να

προκαλέσει διαταραχή της λειτουργίας «καθαρίσματος» με την έμμηνη ρύση (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Ο σκοτεινός απόηχος που συνοδεύει όλους τους καρκίνους, παρά τις τρέχουσες ευοίωνες θεραπευτικές δυνατότητες, είναι ιδιαίτερα τονισμένος στον γυναικολογικό καρκίνο, λόγω του ότι προσβάλλονται όργανα που είναι καθοριστικά για την φυσική ελκυστικότητα και την γονιμότητα. Αυτό μαζί με τις εσφαλμένες αντιλήψεις. Αλλά και την δυσκολία των θεραπόντων να συζητούν για την σεξουαλική ζωή, κάνουν ώστε η σεξουαλική Υγεία μιας γυναίκας με γυναικολογικό καρκίνο να παραμελείται. Πρέπει να γνωστοποιείται στις γυναίκες αυτές ότι η τεστοστερόνη είναι η ορμόνη που παράγει την σεξουαλική επιθυμία, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες και ότι η παύση της ωοθηκικής λειτουργίας έχει ελάχιστη επίδραση στην σεξουαλική επιθυμία, εφόσον τα επινεφρίδια είναι ακόμα λειτουργικά(καμία σημερινή θεραπεία για τον γυναικολογικό καρκίνο δεν έχει αντίκτυπο στα επινεφρίδια (Σαχίνη - Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Κατά την διαγνωστική περίοδο, τότε που χτίζεται η σχέση μεταξύ των ατόμων της θεραπευτικής ομάδας με την ασθενή, μια σχέση που πρέπει να στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και να καλλιεργείται από την ειλικρίνεια, είναι αναγκαία η στήριξη της ασθενούς μέσω γνωστικής διευκρίνισης και συναισθηματικής υποστήριξης. Αν και οι ασθενείς αντιλαμβάνονται το γνήσιο ενδιαφέρον των γιατρών και των νοσηλευτών, γνωρίζουν παράλληλα ότι αυτοί είναι πολυάσχολοι και έτσι δεν επιθυμούν να τους γίνονται φόρτωμα, αφού η σπατάλη χρόνου για θέματα που δεν άπτονται της βασικής σωματικής κατάστασης, πιθανώς θα μείωνε τον χρόνο για την αύξηση της επιβίωσης. Μπορεί επίσης να πιστεύουν ότι οι ανησυχίες τους που δεν είναι σωματικές δεν πρέπει να αναφέρονται, επειδή και γιατροί και νοσηλευτές δείχνουν να περιορίζουν τις ερωτήσεις τους μόνο για σωματικά προβλήματα (Σαχίνη - Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Είναι αναγκαία η ενημέρωση της γυναίκας για την φύση της νόσου της (σε όσες βέβαια θα ήθελαν να γνωρίζουν), παράλληλα με πληροφορίες για το θεραπευτικό πλάνο, ώστε να γίνεται η ασθενής συμμετοχος και να αποδέχεται εύκολα το κάθε στάδιο της θεραπείας της. Πληροφορίες πρέπει να δίνονται για την σεξουαλική λειτουργικότητα, οι δε στόχοι της σεξουαλικής αποκατάστασης πρέπει να εστιάζονται στην διατήρηση της ικανότητας της να βιώνει επαφή, τρυφερότητα, στενή σχέση και ευχαρίστηση, και όχι μόνο στην συνουσία, αφού μια σεξουαλική σχέση εκτείνεται

από την στενή σωματική επαφή, τρυφερότητα και ευχαρίστηση μέχρι την συνουσία (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Ένα επιπλέον σημαντικό σημείο στην σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι η συχνή παρότρυνσή της να αισθάνεται καλά ψυχολογικά. Αυτό αφενός ενθαρρύνει προσδοκίες ότι η καλύτερη ψυχολογική της κατάσταση θα μεταβάλλει την πρόγνωση αφετέρου πολλές ασθενείς με αυτή την παρότρυνση επιβαρύνονται και καταπνίγουν τα συναισθήματα θυμού, θλίψης ή ματαιώσης και να μην (δεν)τα εκφράζουν σε κανέναν. Έτσι σήμερα οι οδηγίες της θεραπευτικής ομάδας προς την ασθενή πρέπει να τονίζουν ότι δεν είναι ανάγκη η ασθενής να είναι ηρωίδα, και ότι είναι ανάγκη να σκέπτεται θετικά συνεχώς και να μην καταπνίγει το κλάμα της. Η χρησιμοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης, που είχαν αποδώσει για αυτήν στο παρελθόν, καθώς και υποστηρικτικών ομάδων που την κάνουν να νιώθει καλά, είναι επίσης κάτι που πρέπει να της τονίζεται (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Σημαντική βοήθεια επίσης προσφέρουν οι ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης με άλλες συνασθενείς και με τον συντονισμό ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής κοινών εμπειριών και συναισθημάτων, καλλιεργείται πνεύμα ομαδικότητας που οδηγεί σε ψυχική αποκατάσταση. Για την ομαλή εξέλιξη της θεραπείας είναι σημαντική η επεξήγηση στην ασθενή της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου, που μπορεί κάποιες φορές να είναι και ακρωτηριαστική (εξεντερωτικές επεμβάσεις) και η σημασία που έχει για την επιβίωση της. Όπως επίσης και η ενημέρωση των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι απαραίτητη, ώστε να μπορέσουν να δεχθούν εύκολα το θεραπευτικό σχήμα και να αποφευχθεί η κατάσταση πανικού, φόβου και αμφιβολιών (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Γνωστοποιούνται οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανισθούν από την ΑΚΘ, όπως η μετακτινική κυστίτιδα, κολίτιδα ή κολπίτιδα, η πτώση του αιματοκρίτη, οι εμετοί, η πιθανή ίνωση – στένωση του κόλπου κτλ, καθησυχάζοντας την ασθενή λέγοντας της ότι όλες αυτές οι καταστάσεις αντιμετωπίζονται σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού ( Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Επίσης η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης των ασθενών, ιδιαίτερα αυτών που η μετεγχειρητική περίοδος ανάνηψης αναμένεται να είναι μεγάλη, είναι πολύ σημαντική. Επισημαίνεται ο σωστός τρόπος Υγιεινής και καλής διατροφής, πλούσιας σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και ιχνοστοιχεία, καθώς η κακή κατάσταση θρέψη σχετίζεται με βραδύτερη επούλωση του χειρουργικού τραύματος, καθυστέρηση της ανάνηψης,

χρόνια αναιμία, διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος, αυξημένη νοσηρότητα και μετεγχειρητικές επιπλοκές ( Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο είναι αυτό που αναφέρεται στην πρόληψη των υποτροπών. Η ασθενής επιβάλλεται να γνωρίζει την μεγάλη σημασία του προληπτικού ελέγχου για την καλή πρόγνωση και πορεία της νόσου, τηρώντας πάντα τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κάποιας μορφής συντηρητική θεραπεία για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση, πρέπει να παρακολουθούνται μετεγχειρητικά με την διαγνωστική μέθοδο της κυτταρολογίας και κολποσκόπησης. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε πιο ριζική θεραπεία (O.Y.M.E) λόγω διηθητικού καρκίνου, υποβάλλονται στον μετεγχειρητικό έλεγχο με: α/α θώρακος, CT άνω-κάτω κοιλίας, καρκινικούς δείκτες με εξέταση αίματος, κυτταρολογική εξέταση κολπικού επιχρίσματος, στον χρόνο που θα ορίσει ο γιατρός (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002).

Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος και των συζύγων των γυναικών αυτών, παίζει σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ομαλότερης πορείας της ασθένειας. Στηρίζοντας ψυχολογικά το πάσχον άτομο, ενθαρρύνοντας το πάντα να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες για την μετεγχειρητική ανάνηψη, τον μετεγχειρητικό προληπτικό έλεγχο για την γρήγορη αντιμετώπιση των πιθανών υποτροπών, την σωστή θρέψη, προλαμβάνοντας οι δυσάρεστες συναισθηματικές αντιδράσεις, και έτσι η ασθενής προσαρμόζεται εύκολα στην καινούργια κατάσταση (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Επισημαίνεται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, σε δύσκολες περιπτώσεις όπου η ασθενής παρουσιάζει κατάθλιψη, άρνηση και πολλές φορές ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας, ότι καθαρά ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις μπορεί να βοηθήσουν στην αποκατάσταση και την αύξηση της ποιότητας ζωής της, αλλά και πιθανώς στην αύξηση της επιβίωσης, όπως έχει φανεί από τα αποτελέσματα μερικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, πράγμα που μας κάνει να ελπίζουμε ότι βιολογική και ψυχολογική θεραπεία θα αρχίσουν ταυτόχρονα κάποια μέρα που δεν θα είναι μακριά. ( Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

### **3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο νοσηλευτής κατά την άσκηση του νοσηλευτικού του έργου όταν εκτελεί ανεξάρτητες, εξαρτημένες και σε συνεργασία με μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να τηρεί τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής, δηλαδή (Σαχίνη και συν., 2002 ).:

- 1.** Να σέβεται την προσωπικότητα και να διατηρεί την ατομικότητα του ασθενούς
- 2.** Να στηρίζει τη νοσηλεία σε επιστημονικά δεδομένα
- 3.** Να προστατεύει τον ασθενή από εσωνοσοκομειακές δυσμενής επιδράσεις
- 4.** Να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα για την αποφυγή λάθους
- 5.** Να διατηρεί της φυσιολογικές λειτουργίες του οργάνου.

Ειδικότερα οι νοσηλευτές καλούνται ( Σαχίνη και συν., 2002 ):

- 1.** Να πληροφορηθούν και να εξηγούν στον ασθενή τι πρόκειται να του συμβεί, χωρίς να δίνει εξηγήσεις και πληροφορίες τις οποίες μόνο ο γιατρός μπορεί να δώσει
- 2.** Να απομακρύνει τους επισκέπτες με καλοσύνη και ευγένεια
- 3.** Να δίνει στον ασθενή κατάλληλη και αναπαυτική θέση
- 4.** Να μην εκθέτει τον ασθενή περισσότερο από τα όσα έχει διδαχθεί, με σταθερές ήρεμες και γρήγορες κινήσεις για να μην κουράζει και επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή
- 5.** Να γνωρίζει ικανοποιητικά την τεχνική της νοσηλείας καθώς και τον σκοπό της εκτελέσεως της και να διατηρεί συγκεκριμένη την προσοχή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
- 6.** Να προστατεύει τον ασθενή από τυχόν ατυχήματα κατά τη νοσηλεία
- 7.** Να εμπνέει την εμπιστοσύνη και το σεβασμό του ασθενή
- 8.** Να έχει γραπτή ιατρική εντολή για την εκτέλεση νοσηλειών, όταν αυτή είναι απαραίτητη
- 9.** Να διδάσκει άμεσα ή έμμεσα τον ασθενή κατά την εκτέλεση κάθε νοσηλείας
- 10.** Να παρακολουθεί τις τυχόν αντιδράσεις του ασθενούς κατά την εφαρμογή της νοσηλείας καθώς και τα αποτελέσματα της.

Στο τέλος της νοσηλείας:

- 1.** Τακτοποιεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση και απομακρύνει τα χρησιμοποιηθέντα υλικά
- 2.** Γίνεται αναγραφή της νοσηλείας
- 3.** Τακτοποιεί το υλικό της νοσηλείας



4. Παρακολουθεί τον ασθενή για τυχόν εμφανιζόμενη αντίδραση μετά την εκτέλεση της νοσηλείας

Οι σκοποί φροντίδας μιας ασθενούς με καρκίνο μήτρας διακρίνονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους (Σαχίνη και συν., 2002 ):

Άμεσοι:

1. Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης
2. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

Μακροπρόθεσμοι:

1. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου
2. Μείωση κινδύνου υποτροπής.

### **3.1. Ετοιμασία της άρρωστης για εφαρμογή καισίου**

Ο γιατρός εξηγεί πρώτα απ' όλα στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής απαντά σε κάθε ερώτηση της αρρώστου. Ύστερα η ασθενής προετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις όπως εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα. Και τέλος προετοιμάζουμε την ασθενή για τη διαδικασία προφόρτισης (Μαλγαρινού, 2002 ).

Μετά την τοποθέτηση καισίου όλα τα νοσηλευτικά μέτρα αποβλέπουν την διατήρηση των υποδοχέων καισίου στη θέση τους και στη λήψη μέτρων για πρόληψη παρεκτόπισης τους. Η νοσηλευτική αγωγή λοιπόν περιλαμβάνει (Μαλγαρινού, 2002):

- Δίαιτα μικρού υπολείμματος, για αποφυγή κινήσεων του εντέρου.
- Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας τους.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει και χορήγηση χυμών με βιταμίνη C
- Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας, ώστε να μην εκτοπισθούν οι υποδοχείς καισίου.

Η Αφαίρεση καισίου είναι η διαδικασία που ακολουθούμε για την αφαίρεση καισίου περιλαμβάνει τα παρακάτω (Μαλγαρινού, 2002):

- Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι η ώρα για αφαίρεση του Κασίου.
- Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
- Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
- Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα.

Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

### **3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική ετοιμασία**

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή είναι η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου. Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου (Αθανασίου, 2007).

#### **3.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή τοπική προεγχειρητική ετοιμασία**

Με αυτή επιδιώκουμε την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή, την αυστηρή τήρηση αντισηψίας του εγχειρητικού πεδίου καθώς και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων, που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων ή επιπλοκών. Πιο συγκεκριμένα, η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει (Αθανάτου, 2007):

- Καθαρτικό υποκλυσμό, ο οποίος προτιμότερο είναι να γίνεται νωρίς το απόγευμα της προηγούμενης της επέμβασης, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν ακούσια κένωση πάνω στο χειρουργικό τραπέζι αλλά και για πρόληψη συλλογής αερίων και μετεγχειρητικής διάτασης του εντέρου.
- Ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, η οποία γίνεται μετά από γενικό λουτρό με προσεκτική αποτρίχωση του δέρματος και τοπική αναισθησία.
- Ατομική υγιεινή, η οποία περιλαμβάνει το λουτρό καθαριότητας, το λούσιμο κεφαλής και τη φροντίδα στόματος και νυχιών.

- Διατροφή ελαφρά κατά τη παραμονή της επέμβασης, ενώ 6-8- ώρες πριν από αυτή δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα.
- Μέριμνα για την καλή και επαρκή ανάπαυση του ασθενούς καθώς και για τον καλό ύπνο του με πρόληψη θορύβων, μείωση του φωτός και χορήγηση ηρεμιστικού-υπνωτικού φαρμάκου.

### **3.2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη τελική προεγχειρητική ετοιμασία**

Η προετοιμασία του ασθενούς πριν το χειρουργείο είναι η ακόλουθη (Αθανάτου, 2007):

- Νηστεία,
- Τοποθέτηση ταυτότητας χεριού με το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και την κλινική όπου ανήκει,
- Λήψη ζωτικών σημείων,
- Αφαίρεση φακών επαφής, εάν υπάρχουν,
- Αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητής οδοντοστοιχίας, που πιθανόν να υπάρχουν,
- Καθαρισμός νυχιών και χειλιών, εφόσον είναι βαμμένα,
- Κένωση κύστεως ή ενέργεια καθετηριασμού αυτής,
- Προνάρκωση που χορηγείται 30 λεπτά έως 1 ώρα πριν την ξεκινήσει ο άρρωστος για το χειρουργείο,
- Συμπλήρωση προεγχειρητικού δελτίου σχετικά με την προετοιμασία του ασθενούς,
- Ένδυση του ασθενούς με την ειδική στολή του χειρουργείου,
- Μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο,
- Ενημέρωση διαγράμματος και δελτίου νοσηλείας,
- Υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο,
- Ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση της οικογένειας του ασθενούς για την πορεία της επέμβασης.

### **3.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου**

Σκοπός της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι (Αθανάτου, 2007):

- Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο,
- Η διαπίστωση και η αντιμετώπιση των αναγκών του,
- Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών,
- Η πρόληψη περαιτέρω βλαβών, κατακλίσεων, παραμορφώσεων,
- Η βοήθεια του αρρώστου να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.

#### 4.

##### **4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Η ημέρα αποχώρησης της ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση της ασθενούς και του περιβάλλοντος της. Κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο η ασθενής δεν δυνατόν να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στο προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής της. Είναι όμως δυνατό κατά την έξοδο της αν και θεραπευμένη, να χρειάζεται ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση της (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Ανάλογα με την συνθήκες, κάτω από τις οποίες θα βγει η ασθενής από το νοσοκομείο, γίνεται προετοιμασία τόσο της ίδιας όσο και του άμεσου περιβάλλοντος της για την καλύτερη προσαρμογή της στο νέο περιβάλλον. Ο χρόνος προετοιμασίας της ασθενούς και του περιβάλλοντος της για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλει. Αυτός επηρεάζεται κυρίως από την κατάσταση της ασθενούς. Κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ψυχική προετοιμασία της για την αποδοχή της κατάστασης της (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Η νοσηλεύτρια πρέπει να κατανοήσει το γεγονός ότι η ασθενής βρίσκεται σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής της ώστε να την κάνει να νιώσει σιγουριά, αυτοπεποίθηση και δύναμη που απουσιάζουν συνήθως από την προσωπικότητα της ασθενούς. Η βιασύνη, η επιπολαιότητα, η αφηρημάδα, η χρησιμοποίηση λέξεων, που δεν τις καταλαβαίνει ή που δεν της αρέσουν και η συνεχείς διακοπές της συζήτησης από τηλεφωνήματα που δεχόμαστε, μετράνε πολύ για την άρρωστη ( Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Η νοσηλεύτρια παίζει σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στην ψυχική σφαίρα της ασθενούς. Αυτή θα οπλίσει την ασθενή με θάρρος και θα στηρίξει των αγώνα που δίνει. Είναι γεγονός ότι τον ανθρώπινο πόνο δεν τον πιάνουν οι γνώσεις μας πάνω στην ειδικότητα μας, ούτε η σοφία μας. Τον πιάνει η καλλιέργεια και η ανθρωπιά μας. Έτσι επιτυγχάνεται όχι μόνο η ανύψωση της προσωπικότητας της ασθενούς αλλά και η ανύψωση του επαγγέλματος του νοσηλευτή που εργάζεται για την υγεία (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Τα αισθήματα που δοκιμάζει η ασθενής κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης, χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα

όμως είναι διστακτική, ανησυχεί και αμφιβάλλει για την συνεχιζόμενη αποκατάσταση της χωρίς την άμεση νοσοκομειακή και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι το σημείο να μην θέλει να βγει από το νοσοκομείο ( Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Η νοσηλεύτρια της δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της, να θέσει ερωτήσεις και της εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματα που τυχόν παρουσιάζει. Η ασθενής η οποία θα συνεχίσει την λήψη φαρμάκων μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με την συχνότητα και τον τρόπο λήψεως της. Οι οδηγίες συνίσταται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του φαρμάκου (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002 ).

Όταν κριθεί από το γιατρό ότι η ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί η ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσοκομειακών οδηγιών. Την ημέρα την αποχώρησεως της ασθενούς εκδίδεται το υπογραφέν από τον ιατρό εξιτήριο και ο νοσηλευτής της νοσοκομειακής ομάδας βοηθάει την ασθενή να ετοιμαστεί για την αποχώρηση της από το νοσοκομείο (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου, 2002).

## Γ' ΜΕΡΟΣ

### ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΛΟΜΕΝΑ)

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο συχνότερος καρκίνος της πυέλου που διαγιγνώσκεται στις μέρες μας. Οι περισσότερες περιπτώσεις συναντώνται σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση με τη μεγαλύτερη συχνότητα της στα τέλη της 5<sup>ης</sup> και αρχές 6<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής. Όταν η διάγνωση και η θεραπεία γίνει νωρίς, το ποσοστό επιβίωσης φτάνει το 90%.

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία που πραγματεύεται το καρκίνο της μήτρας χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, στο δεύτερο την παθολογία της μήτρας, στο τρίτο αναλύεται ο τραχηλικός καρκίνος και στο τέταρτο αναλύονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε όλα τα στάδια της νόσου αυτής. Επιπλέον στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας μας βρίσκονται σύγχρονα άρθρα με νέα δεδομένα που πραγματεύονται στην εξέλιξη αλλά και στη θεραπεία της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar, HealLink και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης είναι παρμένο από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα του ΤΕΙ ΗΠΕΡΟΥ αλλά και της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν (καρκίνος της μήτρας) (χημειοθεραπεία), (ακτινοθεραπεία) (cancer of uterus), (chemotherapy), (cancer), (treatment), (health), (nursing).

## **Abstract 1**

### **The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy--the use of semi-structured diaries.**

The aim of this study from, was to evaluate the effects of a 6-week intervention with structured physical activity, relaxation, body-awareness techniques and massage on the symptoms/side-effects of cancer patients undergoing chemotherapy. The study was prospective and exploratory, and 54 patients completed assessments for all 6 weeks of the intervention. In order to obtain a continuous record of side-effects, a diary was developed for the patients' use throughout the intervention. The patients scored their symptoms/side-effects on a scale from 0 to 4, using the Common Toxicity Criteria and reported these scores in questionnaires. Twelve possible symptoms/side-effects were registered daily: lack of appetite, nausea, vomiting, diarrhea, paraesthesia, constipation, physical fatigue, mental fatigue, treatment-related fatigue, muscle pain, arthralgia and other pain. During the intervention a decrease in the scoring for 10 out of the 12 side-effects was found. Statistical significance was observed in the pain score ( $P=0.046$ ) and the arbitrary-derived sum of the scores for symptoms and side-effects ( $P=0.036$ ) respectively. Patients with evidence of disease ( $n=26$ ) had significantly higher levels of symptoms/side-effects than patients with no evidence of disease ( $n=28$ ) ( $P=0.027$ ). The results indicate that a six weeks multidimensional exercise intervention undertaken by cancer patients with or without residual disease while undergoing chemotherapy can lead to a reduction in treatment-related symptoms (Andersen et al., 2007).

## **Περίληψη**

Ο στόχος αυτής της μελέτης από τους Andersen et al., (2007), ήταν να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα μιας έξι εβδομάδων επέμβασης με τη δομημένη σωματική δραστηριότητα, της χαλάρωσης, των τεχνικών σώμα-συνειδητοποίησης και του μασάζ τα συμπτώματα και τις παρενέργειες των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται στη χημειοθεραπεία. Η μελέτη ήταν ενδεχόμενη και διερευνητική, και 54 ασθενείς ολοκλήρωσαν τις αξιολογήσεις και για τις 6 εβδομάδες της επέμβασης. Προκειμένου να ληφθεί ένα συνεχές αρχείο των παρενεργειών, ένα ημερολόγιο



αναπτύχθηκε για τη χρήση των ασθενών σε όλη την επέμβαση. Οι ασθενείς σημείωσαν τα συμπτώματα και τις παρενέργειές τους σε μια κλίμακα από 0 έως 4, χρησιμοποιώντας τα κοινά κριτήρια τοξικότητας και παρουσίασαν αυτά τα αποτελέσματα στα ερωτηματολόγια. Δώδεκα πιθανά συμπτώματα/παρενέργειες καταχωρήθηκαν καθημερινά: έλλειψη όρεξης, ναυτίας, εμετού, διάρροιας, παραισθήσεις, δυσκοιλιότητα, φυσική κούραση, διανοητική κούραση, επεξεργασία-σχετικής με τον κούραση, πόνου μυών, αρθραλγίας και άλλου πόνου. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης μια μείωση στη σημείωση για 10 από τις 12 παρενέργειες βρέθηκε. Η στατιστική σημασία παρατηρήθηκε στο αποτέλεσμα πόνου ( $P=0.046$ ) και το αυθαίρετος παραγόμενο ποσό των αποτελεσμάτων για τα συμπτώματα και τις παρενέργειες ( $P=0.036$ ) αντίστοιχα. Οι ασθενείς με τα στοιχεία της ασθένειας ( $n=26$ ) είχαν τα σημαντικά πιο υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων/παρενεργειών από τους ασθενείς χωρίς τα στοιχεία της ασθένειας ( $n=28$ ) ( $P=0.027$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μια πολυδιάστατη επέμβαση άσκησης έξι εβδομάδων που αναλαμβάνεται από τους ασθενείς με στη χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε μια μείωση των σχετικών συμπτωμάτων.

## **Abstract 2**

### **Understanding sexuality in women with gynaecological cancer**

To develop a better understanding of the term "sexuality" in the context of gynaecological cancer and to examine the applicability of Woods (1987) conceptual framework of sexuality when examining changes in sexuality following a gynaecological cancer diagnosis. A comprehensive search for literature focusing on sexuality in gynaecological cancer patients, published in English from 1998 to 2009, was performed in the electronic databases CINAHL, Pubmed and ISI Web of Knowledge. Results revealed that a lack of conceptual frameworks exist which aim to describe the concept of sexuality in cancer care. In addition, a greater emphasis exists in the literature on the physical aspect of sexual functioning with a neglect of other broader dimensions. However, Woods (1987) proposes a holistic view of sexuality which is composed of three inter-related dimensions 1) Sexual Function 2) Sexual Self Concept and 3) Sexual Relationships. Through the examination of empirical literature surrounding sexuality in a gynaecological cancer context, this framework was further developed to create a neo-theoretical framework of sexuality. The main

conclusion that can be drawn from this review of the literature is that sexuality is a multidimensional construct and must be assessed in this way. The neo theoretical framework of sexuality provides a holistic view towards sexuality which is lacking in the literature surrounding sexuality in the female cancer care context. Healthcare professionals could use this holistic approach when providing information and support to patients with gynaecological cancer (Cleary & Hegarty, 2002).

### **Περίληψη**

Η Cleary & Hegarty (2002), για να αναπτύξει μια καλύτερη κατανόηση του όρου «σεξουαλικότητα» στα πλαίσια του γυναικολογικού καρκίνου και για να εξετάσουν τη δυνατότητα εφαρμογής του εννοιολογικού πλαισίου ξύλων (1987) της σεξουαλικότητας κατά την εξέταση των αλλαγών στη σεξουαλικότητα μετά από μια γυναικολογική διάγνωση μητρικού καρκίνου. Μέθοδοι: Μια περιεκτική αναζήτηση που εστιάζει στη σεξουαλικότητα στους γυναικολογικούς ασθενείς με καρκίνο, που δημοσιεύθηκε στα αγγλικά από το 1998 ως το 2009, εκτελέστηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων CINAHL, τον Ιστό Pubmed και ISI των αποτελεσμάτων Knowledge. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι υπάρχει μια έλλειψη εννοιολογικών πλαισίων που στοχεύουν να περιγράψουν την έννοια της σεξουαλικότητας στην προσοχή καρκίνου. Επιπλέον, μια μεγαλύτερη έμφαση υπάρχει στη βιβλιογραφία στη φυσική πτυχή της σεξουαλικής λειτουργίας με μια παραμέληση άλλων ευρύτερων διαστάσεων. Εντούτοις, τα ξύλα (1987) προτείνουν μια ολιστική άποψη της σεξουαλικότητας που αποτελείται από τρεις συσχετισμένες διαστάσεις 1) Σεξουαλική λειτουργία 2) Σεξουαλική μόνη έννοια και 3) Σεξουαλικές σχέσεις. Μέσω της εξέτασης της εμπειρικής περιβάλλουσα σεξουαλικότητας σε ένα γυναικολογικό πλαίσιο καρκίνου, αυτό το πλαίσιο αναπτύχθηκε περαιτέρω για να δημιουργήσει ένα νέο θεωρητικό πλαίσιο της σεξουαλικότητας. Το κύριο συμπέρασμα που μπορεί να προέλθει από αυτήν την αναθεώρηση είναι ότι η σεξουαλικότητα είναι ένα πολυδιάστατο κατασκευάσμα και πρέπει να αξιολογηθεί κατά αυτόν τον τρόπο. Το νέο θεωρητικό πλαίσιο της σεξουαλικότητας παρέχει μια ολιστική άποψη προς τη σεξουαλικότητα που λείπει στην περιβάλλουσα σεξουαλικότητα στο θηλυκό πλαίσιο προσοχής του καρκίνου. Οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν αυτήν την ολιστική προσέγγιση σύμφωνα με τις πληροφορίες και την υποστήριξη στους ασθενείς με μητρικό καρκίνο.

### **Abstract 3**

#### **The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer.**

This paper reports from on how patients with uterine cancer, receiving radiotherapy, experience fatigue, other symptoms and global quality of life. The results showed that fatigue increased significantly during the therapy. Also the other symptoms; loss of appetite, nausea/vomiting and diarrhoea increased significantly and were significantly correlated to general fatigue. Global quality of life decreased significantly during treatment compared to baseline. The variation of the level in general fatigue after completed therapy was only explained by the level of general fatigue experienced at baseline. The result can lead to a better understanding of the severity of symptoms experienced by patients with uterine cancer treated with radiotherapy (Ekmana et al., 2005).

#### **Περίληψη**

Οι Ekmana και συν (2005), σε αυτό το έγγραφο, μας μιλούν σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με το καρκίνο της μήτρας, που λαμβάνουν την ακτινοθεραπεία, αισθάνονται κούραση, άλλα και άλλα διάφορα συμπτώματα που μειώνουν την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κούραση αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης τα άλλα συμπτώματα όπως ,η απώλεια όρεξης, ναυτίας/εμετού και διάρροιας , αυξήθηκαν σημαντικά και όλα αυτά συσχετίστηκαν με την γενική κούραση. Η σφαιρική ποιότητα ζωής μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας έναντι της βασικής γραμμής.. Το αποτέλεσμα μπορεί να οδηγήσει σε μια καλύτερη κατανόηση της δριμύτητας των συμπτωμάτων που βιώνονται από τους ασθενείς με το μητρικό καρκίνο που θεραπεύεται με την ακτινοθεραπεία.

## **Abstract 4**

### **Management of cancer during pregnancy.**

Although cancer during pregnancy is infrequent. Its management is difficult for patients, their families, and their physicians. When termination of the pregnancy is unacceptable, decisions regarding the use of irradiation and chemotherapy are complicated by the well-known high risks of abortion and fetal malformation. This risk is concentrated in the first trimester and varies with the choice of chemotherapeutic agents or combinations of agents. There is only minimal evidence of increased risk of malformation or abortion in the second or third trimester. Recent progress in cancer therapy has made cure a reasonable goal, and for some malignant neoplasms, cure is still possible even when initial therapy is modified or delayed. When cure is a reasonable goal, curative therapy should not be compromised by modification or delay. When treatment for cure or significant palliation is not possible, however, the goal should shift to protection of the fetus from damage by the injudicious use of teratogenic cancer therapy. This report will review the available data that may assist in these difficult decisions (Vandenbroucke et al., 2015).

### **Περίληψη**

Αν και ο καρκίνος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σπάνιος σύμφωνα με τον Vandenbroucke και συν (2015), η διαχείριση του είναι δύσκολο για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, και τους γιατρούς τους. Όταν στο τέλος της εγκυμοσύνης οι αποφάσεις σχετικά με τη χρήση της ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας περιπλέκεται από τους υψηλούς κινδύνους των αμβλώσεων στο εμβρύου και τις δυσπλασίες. Ο κίνδυνος αυτός είναι στο πρώτο τρίμηνο και ποικίλει ανάλογα με την επιλογή των χημειοθεραπευτικών παραγόντων ή των συνδυασμών παραγόντων. Υπάρχει μόνο ελάχιστη ένδειξη αυξημένου κινδύνου δυσμορφίας ή έκτρωση κατά το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο. Η πρόσφατη πρόοδος στη θεραπεία του καρκίνου έχει κάνει θεραπεία και για ορισμένα κακοήθη νεοπλάσματα, η θεραπεία είναι δυνατή ακόμα και όταν η αρχική θεραπεία είναι τροποποιημένο ή υπάρχει περίπτωση να καθυστερήσει. Όταν η θεραπεία είναι ένας λογικός στόχος, η θεραπευτική αγωγή δεν πρέπει να διακυβεύεται με τροποποίηση ή καθυστέρηση. Όταν η αγωγή για τη θεραπεία ή η

σημαντική ανακούφιση δεν είναι δυνατόν, οι στόχοι θα πρέπει να στραφούν στην προστασία του εμβρύου από τη ζημία από την αλόγιστη χρήση των τερατογόνων για τη θεραπεία του καρκίνου. Η έκθεση αυτή θα εξετάσει τα διαθέσιμα δεδομένα που μπορούν να βοηθήσουν σε αυτές τις δύσκολες αποφάσεις.

## Abstract 5

### **Identifying early cancer of the uterine cervix - a look at the precursor lesions: literature integrative review.**

Presenting a literature review from, reflects on the prevention of precursor lesions for cancer of the uterine cervix. This about a literature integrative study. Were used in this review: books (6), summaries of theses (5) and thesis (1) articles (7), as well as national and international publications in terms of health print and online. These materials were read and analyzed between April 2009 and July 2010. Upon reading and cataloging the data were organized into analytical categories: identification of risk factors, prevention, early diagnosis and appropriate treatment, access to services, recognition of the subjectivity of women with precancerous lesions of the cervix. This study allowed reflection on the diagnosis and treatment of precursor lesions demonstrating the importance of a closer look at prevention in order to improve service access, dialogue with health professionals, as well as the quality of life and longevity of women with these lesions. **Descriptors:** nursing; women's health; cervix neoplasms prevention; cervical intraepithelial neoplasia; early diagnosis (Rosana et al., 2002).

### **Περίληψη**

Στόχος της Rosana και συν(2002), σε αυτή τη μελέτη είναι η παρουσίαση μιας βιβλιογραφικής επισκόπησης που απεικονίζει την πρόληψη των πρόδρομων τραυμάτων για τον καρκίνο μήτρας. Μέθοδος: αυτό είναι για μια περιεκτική μελέτη λογοτεχνίας. Χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την μελέτη: τα βιβλία (6), οι περιλήψεις των διατριβών(5) και των άρθρων διατριβής (1) (7), καθώς επίσης και οι εθνικές και διεθνείς δημοσιεύσεις on-line. Αυτά τα υλικά διαβάστηκαν και αναλύθηκαν μεταξύ

του Απριλίου του 2009 και του Ιουλίου του 2010. Οδηγεί: επάνω στην ανάγνωση και την καταχώρηση των στοιχείων οργανώθηκε μια λίστα με αναλυτικές κατηγορίες: προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία, πρόσβαση στις υπηρεσίες, αναγνώριση της υποκειμενικότητας των γυναικών με τα προκαρκινικά τραύματα του τραχήλου της μήτρας. Συμπέρασμα: σε αυτήν την μελέτη που απευθυνθήκαμε στη διάγνωση και τη θεραπεία των προδρόμων τραυμάτων και στην πρόληψη τους προκειμένου να βελτιωθούν, είναι η πρόσβαση υπηρεσιών, ο διάλογος με τις ιατρικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και η ποιότητα ζωής και η μακροζωία των γυναικών με αυτά τα τραύματα. Περιγραφείς: περιποίηση της υγεία των γυναικών και πρόληψη νεοπλασμάτων τραχήλων, αυχενική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και έγκαιρη διάγνωση.

## **Abstract 6**

### **Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy.**

The aim of the study from, was to examine anxiety and depression and their effects on the quality of life (QOL) of patients with breast cancer undergoing chemotherapy or radiotherapy. A cross-sectional descriptive design was used. Data were collected from a self-report survey derived from the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)-Cantonese/Chinese version, the Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer (FACT-B)-Chinese version, and from demographic and clinical characteristics. Chi-square tests and the General Linear Model (GLM) were used for secondary data analysis. The study group consisted of 218 women ( $>$  or  $=$  18 years old) who were midway through chemotherapy or radiotherapy for stage I-III breast cancer. All subjects were recruited from the outpatient sections of the Departments of Clinical Oncology or Breast Centers of the four Hong Kong public hospitals. The percentage of participants with anxiety ( $\chi^2=6.56$ ,  $p=0.01$ ) or depression ( $\chi^2=7.26$ ,  $p=0.007$ ) was higher in the chemotherapy group. More participants in the chemotherapy group had both anxiety and depression than those in the radiotherapy group, though no statistically significant difference was reported. Anxiety and depression had detrimental effects on the overall and other domains of QOL of these women undergoing adjuvant therapy for breast cancer. This study should increase nurses'

awareness of the importance of integrating psychological symptom assessment into nursing assessment procedures, and enhance their clinical sensitivity in identifying high-risk groups of patients undergoing specific cancer treatments (Winnie et al., 2010).

## **Περίληψη**

Ο στόχος της μελέτης του Winnie et al (2010), ήταν να εξεταστεί η ανησυχία , η κατάθλιψη και τα αποτελέσματά στη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μήτρας που υποβάλλεται στη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία. Μέθοδοι: Ένα ατομικό περιγραφικό σχέδιο χρησιμοποιήθηκε. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από μια έρευνα εκθέσεων που προήλθε από την κλίμακα ανησυχίας και κατάθλιψης νοσοκομείων (HADS) - από την Καντόνα/κινεζική εκδοχή, η λειτουργική αξιολόγηση της θεραπείας καρκίνου για το καρκίνο της μήτρας , και από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Οι chi-τετραγωνικές δοκιμές και το γενικό γραμμικό πρότυπο (GLM) χρησιμοποιήθηκαν για τη δευτεροβάθμια ανάλυση στοιχείων . Δείγμα: Η ομάδα μελέτης αποτελούταν από 218 γυναίκες ( $\geq 18$  χρονών) που ήταν ευρισκόμενες στη μέση της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας για το στάδιο III καρκίνος του μήτρας. Όλα τα άτομα στρατολογήθηκαν από τα τμήματα εξωτερικών ασθενών των τμημάτων κλινικών κέντρων ογκολογίας ή των τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων του Χονγκ Κονγκ. Αποτελέσματα: Το ποσοστό των συμμετεχόντων με την ανησυχία ( $\chi^2 = 6.56, \pi = 0.01$ ) ή την κατάθλιψη ( $\chi^2 = 7.26, \pi = 0.007$ ) ήταν υψηλότερο στην ομάδα χημειοθεραπείας. Περισσότεροι συμμετέχοντες στην ομάδα χημειοθεραπείας είχαν και την ανησυχία και την κατάθλιψη από εκείνους στην ομάδα ακτινοθεραπείας, αν και καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν αναφέρθηκε. Η ανησυχία και η κατάθλιψη είχαν τα καταστρεπτικά αποτελέσματα στις γενικές και άλλες περιοχές QOL αυτών των γυναικών που υποβάλλονται στη βοηθητική θεραπεία για το καρκίνο του μήτρας. Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη πρέπει να αυξήσει τη συνειδητοποίηση των νοσοκόμων και της σημασίας στην ψυχολογική αξιολόγηση ,στις διαδικασίες αξιολόγησης της περιποίησης, και να ενισχύσει την κλινική ευαισθησία τους στον προσδιορισμό των υψηλού κινδύνου ομάδων ασθενών που υποβάλλονται στις συγκεκριμένες θεραπείες του καρκίνου.

## **Abstract 7**

### **The male role in cervical cancer.**

Experimental, clinical, and epidemiological evidence strongly suggests that genital Human Papillomaviruses (HPVs) are predominantly sexually transmitted, Epidemiological studies in virginal and HPV-negative women clearly indicate that sexual intercourse is virtually a necessary step for acquiring HPV. As with any other sexually transmitted disease (STD) men are implicated in the epidemiological chain of the infection. Penile HPVs are predominantly acquired through sexual contacts. Sexual contacts with women who are prostitutes play an important role in HPV transmission and in some populations sex workers may become an important reservoir of high-risk HPVs. Acting both as "carriers" and "vectors" of oncogenic HPVs male partners may markedly contribute to the risk of developing cervical cancer in their female partners. Thus, in the absence of screening programs, a woman's risk of cervical cancer may depend less on her own sexual behavior than on that of her husband or other male partners. Although more rarely than women, men may also become the "victims" of their own HPV infections as a fraction of infected men are at an increased risk of developing penile and anal cancers. Male circumcision status has been shown to reduce the risk not only of acquiring and transmitting genital HPVs but also of cervical cancer in their female partners. More research is needed to better understand the natural history and epidemiology of HPV infections in men (Castellsagué et al., 2003).

### **Περίληψη**

Τα πειραματικά, κλινικά, και επιδημιολογικά στοιχεία προτείνουν ότι το γεννητικό ανθρώπινο Papillomaviruses (HPVs) είναι κυρίως σεξουαλικός διαβιβαστής Castellsagué και συν., (2003). Οι επιδημιολογικές μελέτες στις virginal και HPV-αρνητικές γυναίκες σαφώς δείχνουν ότι η σεξουαλική επαφή είναι ουσιαστικά ένα απαραίτητο βήμα για την απόκτηση HPV. Οποιοδήποτε άτομο ασθενειών (STD) εμπλέκεται στην επιδημιολογική αλυσίδα της μόλυνσης. Penile HPVs είναι κυρίως επίκτητο μέσω των σεξουαλικών επαφών. Οι σεξουαλικές επαφές με τις γυναίκες που είναι πόρνες διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη μετάδοση HPV και σε



μερικούς πληθυσμούς οι εργαζόμενοι φύλων μπορούν να γίνουν μια σημαντική δεξαμενή υψηλού κινδύνου HPV's. Ενεργώντας και οι δύο ως «μεταφορείς» HPV's μπορούν εμφανώς να συμβάλουν στον κίνδυνο για τον μητρικό καρκίνο στις γυναίκες. Κατά συνέπεια, ελλείψει των προγραμμάτων διαλογής, ο κίνδυνος μιας γυναίκας για μητρικό καρκίνο μπορεί να εξαρτηθεί λιγότερο από τη σεξουαλική συμπεριφορά από ότι αυτόν του συζύγου της ή άλλων αρσενικών συνεργατών. Αν και σπανιότερα από τις γυναίκες, οι άνδρες μπορούν επίσης να γίνουν «τα θύματα» των μολύνσεων HPV τους ως μέρος των μολυσμένων ανδρών διατρέχουν έναν αυξανόμενο κίνδυνο τους για πρωκτικούς καρκίνους. Η αρσενική θέση περιτομής έχει αποδειχθεί για να μειώσει τον κίνδυνο όχι μόνο της απόκτησης και της διαβίβασης γεννητικού HPV's αλλά και μητρικού καρκίνου στις γυναίκες τους.

## **Abstract 8**

### **Radical Hysterectomy in Cervical Cancer**

Radical hysterectomy belongs to classical procedures in gynecological oncology with a history longer than a hundred years. The surgical technique and the role of radical hysterectomy in the management of cervical cancer have been developing dramatically and are still in progress. A commonly accepted indication is the treatment of cervical cancer stage IB1, in which radical hysterectomy achieves excellent oncological outcomes. Ongoing randomized trials are validating the possibility of abandoning parametria resection and replacing radical with simple hysterectomy in selected subgroups of patients with small tumors of IB1 stage. Surgical treatment can achieve satisfactory outcomes also in the management of locally advanced tumors of stages IB2, IIA and selected IIB on the condition that adequate radicality of hysterectomy and lymphadenectomy is performed.

Acceptance of harmonized terminology and a unified classification system is a challenging task for the specialty to enable comprehensive collaboration and further research. The ABCD classification system represents a modern and simple solution which recognizes four types of radical hysterectomy (B, C1, C2, D), including nerve sparing modification. A critical parameter for the classification is the resection extent of all three parts of parametria.

The extent of parametrectomy, particularly in vertical dimension, is the crucial factor for early and late morbidity. The most significant symptom in the early postoperative period is a failure of spontaneous voiding, while bladder dysfunctions, including urinary incontinence and impairment of bladder sensation, belong to common late postoperative complications. Quality of life can be also compromised due to less frequent symptoms such as anorectal dysfunctions, mainly constipation and flatulence incontinence as well as sexual dysfunctions (Cibula, 2015).

### **Περίληψη**

Ριζική υστερεκτομία ανήκει στις κλασσικές διαδικασίες στη γυναικολογική ογκολογία με μια ιστορία πιο μακροχρόνια από εκατό έτη Cibula, (2015). Η χειρουργική τεχνική και ο ρόλος της ριζικής υστερεκτομής στη διαχείριση του μητρικού καρκίνου έχουν αναπτυχθεί εντυπωσιακά και είναι ακόμα υπό εξέλιξη. Μια συνήθως αποδεκτή ένδειξη είναι η θεραπεία του μητρικού σταδίου καρκίνου IB1, στο οποίο ριζική υστερεκτομή επιτυγχάνει τις άριστες ογκολογικές εκβάσεις. Η χειρουργική επεξεργασία μπορεί να επιτύχει ικανοποιητικές εκβάσεις επίσης στη διαχείριση των τοπικά προηγμένων όγκων των σταδίων IB2, IIA και επιλεγμένου IIB ότι η υστερεκτομή εκτελείται. Η αποδοχή της εναρμονισμένης ορολογίας και ενός συστήματος ταξινόμησης είναι ένας προκλητικός στόχος για την ειδικότητα να επιτραπεί η περιεκτική συνεργασία και η περαιτέρω έρευνα. Το σύστημα ταξινόμησης ABCD αντιπροσωπεύει μια σύγχρονη και απλή λύση που αναγνωρίζει τέσσερις τύπους ριζικής υστερεκτομής (B, C1,C2, Δ). Το σημαντικότερο σύμπτωμα στις αρχές της υστερεκτομής περιόδου είναι μια αποτυχία της αυθόρμητης αποβολής, όπως και δυσλειτουργίες κύστεων, συμπεριλαμβανομένης την ακράτεια ούρων και της εξασθένησης της αίσθησης κύστεων, που ανήκουν στις κοινές επιπλοκές. Η ποιότητα ζωής μπορεί να συμβιβαστεί επίσης λόγω των λιγότερο συχνών συμπτωμάτων όπως οι ορθοπρωκτικές δυσλειτουργίες, ακράτεια κυρίως δυσκοιλιότητα καθώς επίσης και σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

## **Abstract 9**

### **Use of adjuvant radiotherapy in women with stage I endometrioid adenocarcinoma of the uterus: A National Cancer Database study.**

Randomized controlled trials have consistently shown that the use of post-operative radiotherapy in stage I endometrial cancer leads to a reduction in the incidence of pelvic recurrences without a corresponding reduction in mortality. We hypothesized that a reduction in mortality associated with the receipt of radiotherapy could be identified in a large dataset with greater statistical power.

**Methods:** The National Cancer Database was queried to identify women with stage I endometrial adenocarcinoma diagnosed between 2003 and 2011 and treated with total hysterectomy. A Cox regression analysis was performed to determine the impact of known prognostic factors and receipt of radiotherapy (pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy) on mortality.

**Results:** A total of 43,188 eligible women were identified (33,081 stage IA and 10,107 stage IB). Of these, 89.2% of women with stage IA and 55.8% of women with stage IB tumors received no radiotherapy. Older age, co-morbid disease, higher histologic grade and larger tumor size were independently associated with an increase in mortality. Receipt of vaginal brachytherapy was independently associated with a reduction in mortality in both stage IA (HR 0.81; 95% CI 0.67-0.97) and stage IB disease (HR 0.62; 95% CI 0.51-0.74).

**Conclusions:** Analyses from this large database support the utility of post-operative radiotherapy for many women with stage I endometrial cancer. Radiotherapy appears to be underused in this population. Greater adherence to consensus guidelines may lead to improved outcomes (Rydzewski et al., 2016).

## **Περίληψη**

Ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας στη φάση I καρκίνο του ενδομητρίου οδηγεί σε μείωση της συχνότητας εμφάνισης υποτροπών της πυέλου χωρίς αντίστοιχη μείωση της θνησιμότητας. Υποθέσαμε ότι η μείωση της θνησιμότητας που σχετίζεται με την παραλαβή της ακτινοθεραπείας θα μπορούσε να εντοπιστεί σε ένα μεγάλο σύνολο δεδομένων με μεγαλύτερη στατιστική ισχύ.

Μέθοδοι: Η Βάση Δεδομένων του National Cancer είχε ερωτηθεί για τον εντοπισμό των γυναικών με το στάδιο I αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου, οι οποίες διαγνώστηκαν μεταξύ 2003 και 2011 και αντιμετωπίστηκαν με απόλυτη υστεροτομία. Μια ανάλυση παλινδρόμησης Cox εκτελέστηκε για να προσδιοριστεί η επίδραση των γνωστών προγνωστικών παραγόντων και την παραλαβή της ακτινοθεραπείας (πυελική ακτινοθεραπεία ή κολπική βραχυθεραπεία) στη θνησιμότητα.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν συνολικά 43.188 επιλέξιμες γυναίκες (33081 στάδιο IA και 10.107 το στάδιο IB). Από αυτά, το 89,2% των γυναικών με το στάδιο IA και 55,8% των γυναικών με όγκους σταδίου IB έλαβε καμία ακτινοθεραπεία. Η μεγαλύτερη ηλικία, συννοσηρότητα της νόσου, υψηλότερα ιστολογική ποιότητας και μεγαλύτερο μέγεθος όγκου συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με αύξηση της θνησιμότητας. Παραλαβή των κολπικών βραχυθεραπεία συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τη μείωση της θνησιμότητας και στις δύο IA (HR 0,81-95% CI 0,67- 0,97) το στάδιο και η νόσος του IB στάδιο (HR 0,62-95% CI 0,51 - 0,74).

Συμπεράσματα: Αναλύσεις από αυτή την μεγάλη βάση δεδομένων υποστηρίζουν την χρησιμότητα της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας για πολλές γυναίκες με σταδίου I καρκίνο του ενδομητρίου. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αξιοποιήθηκε πλήρως σε αυτόν τον πληθυσμό. Μεγαλύτερη προσήλωση στις οδηγίες , μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα.

## **Abstract 10**

### **Adjuvant therapy for grade 3, deeply invasive endometrioid adenocarcinoma of the uterus**

Objectives: Although patients with grade 3 deeply invasive endometrioid adenocarcinoma are typically managed with primary surgery, the type of adjuvant therapy used is controversial. This subgroup was excluded from PORTEC-1 and -2 because they were felt to have a high risk of recurrence. Although they were included in GOG99, only 38 patients fell into this category. The purpose of this study was to evaluate the role of adjuvant radiation and/or chemotherapy in women with deeply invasive grade 3 endometrioid tumors.

Methods: A multicenter retrospective chart review was performed at 3 large medical institutions in the United States. Patients with grade 3 endometrioid adenocarcinoma invading more than 50% of the myometrium were included. Medical records were queried to evaluate whether lymph node assessment was performed, the status of the lymph nodes, and adjuvant treatment strategy used. Overall survival (OS) was calculated from the date of primary surgery to date of last follow-up or death. Log-rank tests were performed to compare management strategies. A multivariable Cox proportional hazards model was then conducted, controlling for age and body mass index.

Results: Between 1984 and 2012, 257 patients were identified with a median follow-up of 3.08 years. Most patients (n = 215, 84.7%) underwent evaluation of pelvic and/or para-aortic lymph node status and 92 (43%) had positive lymph nodes. For node-negative patients, there was no difference in 5 year survival between those who received adjuvant pelvic radiation +/- vaginal brachytherapy (n = 52) versus brachytherapy alone (n = 46) (0.73 vs 0.70,  $P = .729$ ). Among patients with positive lymph nodes (n = 92), 16 patients received radiation alone versus 50 who received combination of chemotherapy +/- radiation. Chemotherapy did not improve 5-year overall survival compared with radiation alone (0.48 vs 0.50,  $P = .761$ ).

Conclusions: Among women with grade 3 deeply invasive endometrioid adenocarcinoma, vaginal cuff brachytherapy alone resulted in similar survival compared with pelvic radiation in node-negative patients. The addition of chemotherapy did not show clear benefit compared with radiation therapy alone in women with positive nodes.

## Περίληψη

Στόχοι: Αν και οι ασθενείς με βαθμό 3 και βαθιά επεμβατική ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα, αντιμετωπίζονται συνήθως με πρωτογενή χειρουργική επέμβαση, το είδος της επικουρικής θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι αμφιλεγόμενο. Αυτή η υπο-ομάδα αποκλείστηκε από PORTEC-1 και -2, επειδή θεωρήθηκε ότι έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Παρόλο που περιελήφθησαν στο GOG99, μόνο 38 ασθενείς έπεσε σε αυτή την κατηγορία. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ρόλου της ακτινοβολίας ή χημειοθεραπεία σε γυναίκες με βαθιά διεισδυτική βαθμού 3 όγκους ενδομητριοειδές.

Μέθοδοι: Μια πολυκεντρική αναδρομική ανασκόπηση διαγραμμάτων πραγματοποιήθηκε σε 3 μεγάλα ιατρικά ιδρύματα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με βαθμό 3 ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα που εισβάλλουν περισσότερο από το 50% του μυομητρίου. Ιατρικά αρχεία είχαν ερωτηθεί για να αξιολογηθεί κατά πόσον πραγματοποιήθηκε εκτίμηση των λεμφαδένων, την κατάσταση των λεμφαδένων, και τη στρατηγική επικουρική θεραπεία που χρησιμοποιείται. Η συνολική επιβίωση (OS) υπολογίζεται από την ημερομηνία της πρωτοβάθμιας χειρουργικής επέμβαση για την ημερομηνία της τελευταίας παρακολούθησης ή θάνατο. Τεστ log-rank πραγματοποιήθηκαν για σύγκριση των στρατηγικών διαχείρισης. Ένα πολύπλοκο μοντέλο Cox ,αναλογικών κινδύνων διεξήχθη στη συνέχεια, για τον έλεγχο ,για το δείκτη μάζας , την ηλικία και το σώμα.

Αποτελέσματα: Μεταξύ 1984 και 2012, 257 ασθενείς προσδιορίστηκαν με διάμεση παρακολούθηση των 3,08 χρόνια. Οι περισσότεροι ασθενείς (n = 215, 84,7%) υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση της πυελικής ή / και παρα-αορτική κατάσταση λεμφαδένα και 92 (43%) είχαν θετική λεμφαδένας. Για τους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένας, δεν υπήρχε διαφορά στην επιβίωση 5 ετών μεταξύ εκείνων που έλαβαν έκδοχο πυελική ακτινοβολία +/- κολπική βραχυθεραπεία (n = 52) έναντι βραχυθεραπεία μόνο (n = 46) (0.73 vs 0.70,  $P = 0.729$ ). Μεταξύ των ασθενών με θετικούς λεμφαδένας (n = 92), 16 ασθενείς έλαβαν μόνο ακτινοβολία έναντι 50 που έλαβαν συνδυασμό χημειοθεραπεία +/- ακτινοβολίας. Η χημειοθεραπεία δεν βελτίωσε τη 5-ετή συνολική επιβίωση σε σύγκριση με την ακτινοβολία μόνη της (0,48 vs 0,50,  $P = 0,761$ ).

Συμπεράσματα: Μεταξύ των γυναικών με βαθμό 3 βαθιά διηθητικό αδενοκαρκίνωμα ενδομητριοειδές, κολπική βραχυθεραπεία μόνο, οδήγησε σε παρόμοια επιβίωση σε σύγκριση με την πυελική ακτινοβολία σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένας. Η προσθήκη της χημειοθεραπείας δεν έδειξε σαφή οφέλη σε σύγκριση με ακτινοθεραπεία μόνο σε γυναίκες με θετικούς λεμφαδένας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αγοραστός, Θ., Βασίλης, Δ., Μπόντης, Ι. (1999).** *Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου.* Εκδόσεις : University Studio Press.
- **Αγοραστός, Θ., Βαβίλης, Δ., Μπόντης, Ι. (2006).** *Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού Καρκίνου.* Εκδόσεις University studio press.
- **Αδαμόπουλος, Ν. (2002).** *Η παθολογία στην ιατρική πράξη.* Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισινος.
- **Αθανάτου, Ε. (2007).** *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική.* Έκδοση Η, Αθήνα.
- **Αραβανίτου, Ι. (2001).**, *Παθολογία της γυναίκας.* Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου.
- **Καλογερόπουλος, Α, (2004).**, *Γενική γυναικολογία, Γυναικολογική ογκολογία, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Σύγχρονα ειδικά θέματα.* 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- **Μαλγαρινού, Μ, (2002).** *Νοσηλευτική – Γενική Παθολογική Χειρουργική.* Αθήνα, Εκδόσεις Η ΤΑΡΙΘΑ.
- **Μιχάλας, Σ., (2000).**, *Επιτομή μαιευτική και γυναικολογία.* Εκδόσεις Παρισιάνου , Αθήνα.
- **Μουτσόπουλος, Χ, (2000).**, *Cecil Βασική παθολογία.* 4<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- **Πατηράκη, Ε. & Κουρμπανη, Μ., (2005).** *Νοσηλευτική ογκολογία το πλαίσιο φροντίδας,* Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- **Σαχίνη- Καρδάση, Α, & Πάνου, Μ, (2002).** *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική.* Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- **Σαχίνη, - Καρδάση, (2000).** *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες.* ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.

- Φερτάκης. Α., Βλασσόπουλος. Κ., Δουράτσος. Δ., Δρίβας. Γ., Καλλιακμάνης. Ν., Κάλος. Α., Κολιτσόπουλος Α., Κουφός. Χ., - Σακελλαρίου. Δ., Χατζηγιαννάκης .Μ., (2009)., *Παθολογική φυσιολογία*. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.

## ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andersen. C., Adamsen. L., Moeller. T., Quist. M., Tveteraas. A, Rorth. M., (2006)., *The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy—The use of semi-structured diaries*. European Journal of Oncology Nursing. 10(4):247–262.
- Castellsagué. X., Bosch. FX., Muñoz. N., (2003)., *The male role in cervical cancer*. Salud Pública de México. 45(3):S345-S354.
- Charls. C., Robert .C., Joseph. L., (2000)., *Cecil Βασική Παθολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας τόμος α.
- Cibula. D., (2015)., *Radical Hysterectomy in Cervical Cancer.Chapter*. Pelvic Cancer Surgery. 353-365.
- Classen. M., Diehl. V., Koshiek. K., (2010)., *Εσωτερική παθολογία και διαφορική διάγνωση*, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης Α.Ε, 2<sup>η</sup> έκδοση.
- Cleary. V., Hegarty. J., (2011)., *Understanding sexuality in women with gynecological cancer*. European Journal of Oncology Nursing. 15(1):38-45.
- Colyer. H., (1996) ., *Women's experience of living with cancer*. Interprofessional Health and Commumty Studies. (23):496-501.
- Dennis. L., Anthrony. S., Dan. L., Eugene. B., Stephen. L., Larry. G., (2005)., *Harrison Εσωτερική Παθολογία*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανου Α.Ε.
- Drake. L., Vogl. W., Mitchell. A., (2007)., *Gray's Ανατομία*. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης Α.Ε.



- **Ekman. T., Johansson. F., (2005),** *The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer.* International Journal of Nursing Studies . 42, (4):377–386.
- **Han. F., Vandenbroucke. M., Calsteren. M., Verheecke. M., (2015),** *Management of cancer in pregnancy.* Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 29(5):741–753.
- **Laughlin. K., (1998) .,** *Changes in Bladder Function in the Woman Undergoing Radical Hysterectomy for Cervical Cancer.* Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 15(5):380-285.
- **Lemone. P., Burke. K., Bauldoff. G., (2014),** *Medical Surgical Nursing Critical Thinking in Patient Care.* Ιατρικές εκδόσεις τόμος β.
- **Melo. R., Lopes. R., Moreira. R., (2011),** *Identifying early cancer of the uterine cervix - a look at the precursor lesions: literature integrative review.* Journal of Nursing UFPE on. 5(3).
- **Nicholas. R., Anna. E., Eric. D., Margaux. J., John. R., Wilberto. N., Jonathan. B., (2016),** *Use of adjuvant radiotherapy in women with stage I endometrioid adenocarcinoma of the uterus: A National Cancer Database study.* Journal of Clinical Oncology 34(15):3-7.
- **Onstad. M., Ducie. J., Fellman. B., McGree.M., Abu-Rustum. N., Leitao. M., Mariani. M., Soliman. K., (2016),** *Adjuvant therapy for grade 3, deeply invasive endometrioid adenocarcinoma of the uterus.* Gynecologi concology 141(1):42-43.
- **Swartz. M., (2013),** *Κλινική διάγνωση ιστορικό και φυσική κατάσταση.* Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, έκτη έκδοση.
- **Williamson. M., (1992),** *Sexual Adjustment After Hysterectomy.* Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 21(1) :42–47.
- **Winnie. K., Marsh. G., Leung. L., Joe.C, Yeung. M., Anxiety. G., (2010),** *Depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy.* European Journal of Oncology Nursing. 14(1):17–22.