



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ)



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΜΗΠΤΑ (Α.Μ 14312)

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΦΛΑΜΠΟΥΡΑ (Α.Μ 14403)

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΑΛΙΚΗ ΤΣΟΥΤΣΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – 2016

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>σελ.3 - 4</b>
-----------------	------------------

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

• Ιστορική Αναδρομή	σελ.5
• Επιδημιολογία	σελ.6

## **ΜΕΡΟΣ Α΄**

<b>1. Ανατομία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας</b>	<b>σελ.7</b>
<b>1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα</b>	<b>σελ.8</b>
<b>1.1.1 Αιδοίο</b>	<b>σελ.8</b>
<b>1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα</b>	<b>σελ.9</b>
<b>1.2.1 Κολεός ή Κόλπος</b>	<b>σελ.9</b>
<b>1.2.2 Μήτρα</b>	<b>σελ.10</b>
<b>1.2.2.1 Κατασκευή της μήτρας</b>	<b>σελ.11</b>
<b>1.2.2.2 Κοιλότητα της μήτρας</b>	<b>σελ.12</b>
<b>1.2.2.3 Αγγεία και νεύρα της μήτρας</b>	<b>σελ.13</b>
<b>1.2.3 Ωαγωγοί (Σάλπιγγες)</b>	<b>σελ.14</b>
<b>1.2.4 Ωοθήκες</b>	<b>σελ.15</b>
<b>2. Φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας</b>	<b>σελ.16</b>
<b>2.1 Γυναικείες ορμόνες</b>	<b>σελ.16</b>
<b>2.2 Ωογένεση</b>	<b>σελ. 17-18</b>
<b>2.3 Καταμήνιος κύκλος</b>	<b>σελ.19</b>
<b>2.4 Εμμηνόπαυση</b>	<b>σελ.20</b>
<b>2.4.1 Φυσιολογία εμμηνόπαυσης</b>	<b>σελ.21</b>
<b>2.4.2 Κλινικές εκδηλώσεις της περιεμμηνοπαυσιακής περιόδου</b>	<b>σελ.21</b>
<b>3. Παθολογία</b>	<b>σελ.23</b>
<b>3.1 Αίτια</b>	<b>σελ.24</b>
<b>3.2 Κλινική εικόνα</b>	<b>σελ.24</b>
<b>3.3 Διάγνωση</b>	<b>σελ.25</b>
<b>3.4 Διαγνωστικές εξετάσεις</b>	<b>σελ.26-35</b>
<b>3.5 Διαφορική διάγνωση</b>	<b>σελ.36</b>
<b>3.6 Οδοί διασποράς και Σταδιοποίηση</b>	<b>σελ.37</b>
<b>3.7 Πρόληψη</b>	<b>σελ.38</b>
<b>3.8 Πρόγνωση</b>	<b>σελ.39</b>

3.9 Θεραπεία	σελ.40-41
--------------	-----------

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

4. Νοσηλευτική διεργασία στον καρκίνο του ενδομητρίου	σελ.42
4.1 Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς με καρκίνο του ενδομητρίου	σελ.42
4.1.1 Ιστορικό	σελ.43
4.1.2 Φυσική εξέταση	σελ.43
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	σελ.44
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	σελ.45
4.3.1 Προεγχειρητική προετοιμασία στην υστερεκτομή	σελ.45-46
4.3.2 Μετεγχειρητική προετοιμασία στην υστερεκτομή	σελ.46-48
4.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	σελ.49-51
4.3.4 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	σελ.52-53
4.3.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται σε ορμονοθεραπεία	σελ.54
4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία της ασθενούς με καρκίνο του ενδομητρίου	σελ.55
4.4.1 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου	σελ.55-59
4.4.2 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	σελ.60-61

## **ΜΕΡΟΣ Γ΄**

5. Νέα Ερευνητικά Δεδομένα	σελ.62-86
----------------------------	-----------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	σελ.87-89
---------------------	-----------

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ένας από τους σημαντικότερους καρκίνους που απασχολεί τον γυναικείο πληθυσμό είναι ο καρκίνος της μήτρας (ενδομητρίου). Σε αυτή την εργασία αναφέρονται η ιστορική εξέλιξη του συγκεκριμένου καρκίνου, η ανατομία και η φυσιολογία της μήτρας δηλαδή η τοποθεσία και ο ρόλος της μέσα στο ανθρώπινο γυναικείο σώμα. Ακόμα, αναφέρεται η παθοφυσιολογία αλλά και η κλινική εικόνα μετά την διάγνωση του καρκίνου. Συμπτώματα, διάγνωση, θεραπευτική προσέγγιση, προδιαθεσικοί παράγοντες, νοσηλευτικές παρεμβάσεις και νέα ερευνητικά δεδομένα είναι κάποιες υποενότητες που συμπληρώνουν την εργασία αυτή αλλά ταυτόχρονα μας βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση του καρκίνου της μήτρας και στον ρόλο του νοσηλευτή σε τέτοιες καταστάσεις.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η διερεύνηση και η εκμάθηση του καρκίνου της μήτρας, η προσέγγιση του νοσηλευτή καθώς και η μελέτη του καρκίνου αυτού από την επιστημονική κοινότητα με στόχο την ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την πρόληψη της ασθένειας, την διάγνωση, την θεραπεία σε πάσχον ασθενή αλλά και την ψυχολογική – σωματική υποστήριξη από τον νοσηλευτή και την αποκατάστασή του.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην βιβλιοθήκη του ΑΤΕΙ Ηπείρου καθώς και στην διεθνούς βιβλιογραφία της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed μετά τον περιορισμό της δεκαετίας (2006 – 2016) και της αναζήτησης μόνο αγγλικών άρθρων. Τα αποτελέσματα αυτής της αναζήτησης ήταν πολλά βιβλία με αναφορές στον καρκίνο της μήτρας και του ρόλου του νοσηλευτή σε αυτόν καθώς και 10 άρθρα που συμπληρώνουν την εργασία μας.

**Αποτελέσματα:** Μετά την έρευνα των βιβλίων κύρια αναφορά τους ήταν η ανατομική θέση της μήτρας, η φυσιολογική λειτουργία της καθώς και η παθογένεια της μήτρας, η διάγνωση, η σταδιοποίηση, η πρόληψη – πρόγνωση και η θεραπεία. Επιπλέον, αναφέρονται οι νοσηλευτικές διεργασίες, οι οποίες ακολουθούνται στην περίπτωση του καρκίνου της μήτρας. Μετά την εντόπιση των 10 άρθρων, τα οποία παραθέτουν κάποια στοιχεία σχετικά με την αποκατάσταση, τους παράγοντες κινδύνου, τα αίτια, την επανεμφάνιση του καρκίνου, την πρόληψη, τις πιθανές μεταστάσεις, τη θεραπεία αλλά και ψυχολογικά θέματα.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η πτυχιακή μας εργασία αποτέλεσε στην πλήρη κατανόηση του καρκίνου της μήτρας καθώς και τις αρμοδιότητες του νοσηλευτή απέναντι σε έναν καρκινοπαθή ασθενή.

**Λέξεις ευρητηρίου:** καρκίνος του ενδομητρίου, νοσηλευτική, νοσηλευτές, ασθενείς, πρόληψη, θεραπεία

**Introduction:** One of the most important kinds of cancer which concerns the female population is the uterus cancer. In this paper we refer to the historical evolution of this specific cancer, the anatomy and the physiology of the uterus, namely its location and its role in the human female body. Additionally we refer to the pathophysiology as well as the clinical picture after the cancer diagnosis. Symptoms, diagnosis, therapeutic approach, nursing interventions and new research findings are some sub modules which complete this paper but at the same time help us to have a better understanding on the uterus cancer and the nurse's role in such situations.

**Purpose:** The purpose of this thesis was the investigation and learning, about the uterus cancer, the nurse's approach as well as the study of this cancer from the scientific community, aiming to the promotion of primary health care for the prevention, the cure of the ill patient but also the psychological – physical support by the nurse and his restoration.

**Material and method:** There has been a guest in the bibliography of “ATEI Ipirou” as well as the international bibliography of the electronic data base Pub Med after the restriction of the decade (2006-2016) and the guest of English articles only. The results of this guest were many books referring to uterus cancer and the nurse's role to it as well as 10 articles which complete our thesis.

**Results:** After the investigation of the book, their main reference was the anatomical location of the uterus, the normal operation as well as the pathogenesis of the uterus, the diagnosis, the staging, the prevention – prognosis and the therapy. Moreover they refer to the nursing processes which are being followed in the case of cervical cancer. After the of 10 articles we localized some evidence towards the restoration, the risk factors, the causes, the reappearance of cancer, the prevention, the possible metastasis, the cure as well as psychological issues.

**Conclusion:** In conclusion our thesis provided a full understanding on the uterus cancer as well as the nurse's attitude towards a cancer patient.

**Key words:** Endometrial cancer, Nursing, Nurses, Patients, Prevention, Therapy

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο καρκίνος εμφανίστηκε από τότε που υπάρχει η ζωή. Τα πρώτα ίχνη του καρκίνου ανέρχονται 80 χρόνια πριν σε ένα προϊστορικό ζώο στο British Museum του Λονδίνου. Η ανάπτυξη του καρκίνου πραγματοποιείται σε οποιοδήποτε όργανο καταστρέφοντας το και οδηγώντας το τα άτομα όπου συνυπάρχει στον θάνατο. Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός ήταν οι πρώτοι που ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού, όπου ο Ιπποκράτης υπήρξε ο πρώτος που περιέγραψε διάφορους τύπους του καρκίνου ενώ ο Γαληνός ήταν ο πρώτος που επιχείρησε να αιτιολογήσει τον καρκίνο αποδίδοντας τον σε μια μαύρη χολή.

Το 1740 δημιουργήθηκε το πρώτο ογκολογικό νοσοκομείο στη Γαλλία ενώ παράλληλα ο Morgani δημοσίευσε μια μελέτη για την φύση και τις αιτίες της ασθένειας. Το 1874 ο F. Roucher απέδειξε ότι τα κύτταρα της μήτρας απολεπίζονται και βγαίνουν μέσω του κόλπου γεγονός που αποτέλεσε σημαντικό έτος στη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας. Το 1892 μετά από 15 έτη έρευνας 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.

Ολοκληρώνοντας τις έρευνές ο Γ. Παπανικολάου ανακάλυψε μια ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδο εξέτασης των κολπικών επιχρισμάτων για την ανακάλυψη του καρκίνου της μήτρας, η οποία πήρε το όνομα του (pap-test) και χρησιμοποιείται παγκοσμίως μέχρι και σήμερα με μεγάλη επιτυχία (Μιχαλάς, 2000).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του ενδομήτριου αποτελεί σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες, το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Σε συχνότητα έπεται του καρκίνου του μαστού και είναι ο τέταρτος σε σειρά γυναικολογικός καρκίνος. Εμφανίζεται σε διπλάσια συχνότητα από τον καρκίνο των ωοθηκών και σε τριπλάσια συχνότητα από τον καρκίνο του τραχήλου μήτρας ο οποίος άλλοτε αποτελούσε το συχνότερο γυναικολογικό καρκίνο.

Ευθύνεται μόνο για το 13% του θανάτου από κακοήθειες του γεννητικού συστήματος και για το 2% ολόκληρου του σώματος αντίστοιχα. Έτσι δημιουργήθηκε ο μύθος ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι χαμηλής κακοήθειας, ενώ στην πραγματικότητα η χαμηλή θνησιμότητα οφείλετε στην πρόωμη διάγνωση. Αυτή επιτυγχάνετε επειδή η νόσος δίνει πρώιμα συμπτώματα, δηλαδή ανώμαλη κολπική αιμορραγία, γεγονός το οποίο ευαισθητοποιεί εγκαίρως την ασθενή και τον γιατρό της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το 78% των καρκίνων ενδομητρίου να διαγιγνώσκεται όταν η νόσος περιορίζεται μόνο στο σώμα της μήτρας (στάδιο 1).

Το 75% των περιπτώσεων του καρκίνου του ενδομητρίου παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, με μεγαλύτερη συχνότητα μετά τα 55, όπως και με μέγιστη συχνότητα στο 61 έτος, εάν και μπορεί να εμφανιστεί και σε γυναίκες κάτω των 40 ετών σε ποσοστό 3-5% (Μιχαλάς, 2000).

## 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από δύο τμήματα. Τα τμήματα αυτά είναι τα έξω γεννητικά όργανα και τα έσω γεννητικά όργανα. Στα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνεται το αιδοίο, ενώ στα έσω γεννητικά όργανα εντάσσονται ο κόλπος, η μήτρα, οι δύο ωαγωγοί και οι δύο ωοθήκες. Αυτά βρίσκονται μέσα στην ελάσσονα πέλο. Είναι όργανα απαραίτητα για την αναπαραγωγή καθώς και για την συνουσία (Αγιος, 2008).





## 1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

### 1.1.1 ΑΙΔΟΙΟ

Το αιδοίο αποτελείται από την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού και από δερματικές και ιστικές πτυχές. Σε κάθε πλάγιο της αιδοϊκής σχισμής υπάρχουν δύο λεπτές δερματικές πτυχές που ονομάζονται μικρά χείλη ενώ έξω από αυτά υπάρχουν δύο πλατειές πτυχές, τα μεγάλα χείλη. Τα μικρά χείλη δεν περιέχουν λιπώδη ιστό και τρίχες (Morton και συν, 2008).

Βρίσκονται εκατέρωθεν του στομίου της ουρήθρας και του κολεού χαρακτηρίζοντάς το, τον πρόδρομο του κολεού και κατ'επέκταση την δακτυλοειδή υμενώδη πτυχή δηλαδή τον παρθενικό υμένα, ο οποίος άλλοτε καλύπτει τελείως το στόμιο του κόλπου και άλλοτε σχηματίζει μια μικρή σχισμή. Επίσης, μπροστά τα μικρά χείλη ενώνονται εσωτερικά κάτω από την κλειτορίδα δημιουργώντας τη χαλινό της κλειτορίδας και πλάγια ενώνονται πάνω από τη βάλανο και το σώμα της κλειτορίδας δημιουργώντας την πόσθη της κλειτορίδας. Πίσω από τον πρόδρομο τα μικρά χείλη ενώνονται και σχηματίζουν την χαλινό των μικρών χειλιών του αιδοίου, η οποία χαρακτηρίζεται από μία μικρή εγκάρσια πτυχή. Τα μεγάλα χείλη περιέχουν λιπώδη ιστό, τρίχες και η μπροστινή τους ένωση σχηματίζουν το εφήβαιο ενώ πίσω δεν ενώνονται και διαχωρίζονται στον οπίσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλιών του αιδοίου, ο οποίος βρίσκεται πάνω από τον τενόντιο κέντρο του περινέου. Ακόμα, το εφήβαιο καλύπτει την κάτω επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και βρίσκεται μπροστά από τον πρόδρομο και την κλειτορίδα. Τέλος, τόσο τα μεγάλα όσο και τα μικρά χείλη του αιδοίου περιέχουν πολλούς ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Drake και συν, 2007).

## **1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ**

### **1.2.1 ΚΟΛΕΟΣ Ή ΚΟΛΠΟΣ**

Ο κολεός ή κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους περίπου 8-10 cm, ο οποίος βρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα και μπροστά από το ορθό. Το άνω άκρο του περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σε μια περιοχή που ονομάζεται θόλος. Το εσωτερικό τοίχωμα του κόλπου είναι βλεννογόνος που σχηματίζει πτυχές, οι οποίες ονομάζονται αύλακες. Ο βλεννογόνος αυτός αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που εκκρίνει βλέννα. Ο κόλπος χρησιμεύει σαν δίοδο για την αποβολή εκκρίσεων, συμπεριλαμβανομένου του υγρού της έμμηνου ρύσεως, και είναι επίσης ένα όργανο για σεξουαλική ανταπόκριση. Τα τοιχώματα του κόλπου είναι συνήθως υγρά και διατηρούν ένα 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. Τα οιστρογόνα διεγείρουν την ανάπτυξη των κυττάρων του κολπικού βλεννογόνου έτσι, ώστε αυτά να παχύνονται και να έχουν αυξημένη περιεκτικότητα σε γλυκογόνο. Το γλυκογόνο ζυμώνεται σε γαλακτικό οξύ από τους βακίλους του Doderlein αυξάνοντας ελαφρά την οξύτητα του κολπικού υγρού (Μπόντης, 2007).

## **ΜΗΤΡΑ**

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με σχήμα αχλαδιού με παχέα τοιχώματα το οποίο βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει τρία τμήματα: τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Στηρίζεται μέσα στην πυελική κοιλότητα από τους πλατείς συνδέσμους, τους στρογγυλούς συνδέσμους, τους ιερομητρικούς συνδέσμους και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους. Η μήτρα υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αποτελεί την περιοχή ανάπτυξης του εμβρύου. Το τοίχωμα της μήτρας έχει τρία 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 μυϊκές ίνες που στρέφονται σε διάφορες κατευθύνσεις, επιτρέποντας τις συσπάσεις κατά την έμμηνο ρύση ή κατά τον τοκετό και τη διάταση καθώς το έμβρυο μεγαλώνει. Το ενδομήτριο επαλείφει τη μήτρα και το πιο επιφανειακό τμήμα του αποβάλλεται κατά την έμμηνο ρύση. Ο τράχηλος προεξέχει μέσα στον κόλπο και σχηματίζει μια δίοδο ανάμεσα στη μήτρα και τον κόλπο. Το μητριαίο άνοιγμα του τραχήλου ονομάζεται έσω στόμιο και το άνοιγμα προς τον κόλπο ονομάζεται έξω στόμιο. Το διάστημα ανάμεσα στα δύο αυτά ανοίγματα, ο ενδοτραχηλιακός αυλός, χρησιμεύει ως δίοδο για την αποβολή έμμηνο υγρού και την είσοδο του σπέρματος. Ο τράχηλος είναι μια σκληρή δομή, η οποία μαλακώνει ως απάντηση σε ορμόνες κατά την κύηση. Προστατεύεται από βλέννα η οποία αλλάζει σε σύσταση και ποσότητα κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και κατά την κύηση (Μπόντης,2007).

### 1.2.2.1 ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος μέχρι και 2 εκατοστά και αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, τον μυϊκό και τον βλεννογόνο. Επιπλέον, περιέχει αγγεία και νεύρα. Αναλυτικότερα, ο ορογόνος χιτώνας ή αλλιώς περιμήτριο καλύπτει τα πλάγια χείλη της μήτρας, την πρόσθια επιφάνεια του υπερκοιλιακού και όλο το ενδοκοιλιακό τμήμα του τραχήλου και συνάπτεται με τον μυϊκό χιτώνα με την παρεμβολή μια στοιβάδας (υπερογόνος χιτώνας). Έπειτα, ο μυϊκός χιτώνας ή μυομήτριο αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των τοιχωμάτων της μήτρας και έχει πάχος 1.25 εκατοστά στον πυθμένα και στη μέση του σώματος, ενώ είναι λεπτότερος προς τα στόμια των σαλπίνγων. Συνίσταται, από δέσμες λείων μυϊκών ινών, μεταξύ των οποίων πορεύονται ανατομικές δομές δηλαδή αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία καθώς και νεύρα τα οποία συνάπτονται μεταξύ τους με ινώδη συνδετικό ιστό, πλούσιο σε ελαστικές ίνες. Αν και οι λείες μυϊκές ίνες διαπλέκονται σε πολλές κατευθύνσεις, στον μυϊκό χιτώνα της μήτρας διακρίνονται στην έξω, μέση και έσω στοιβάδα, οι οποίες όμως δεν διαχωρίζονται η μία από την άλλη. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο πως η μεσαία στοιβάδα αποτελεί την παχύτερη στοιβάδα του μυομητρίου και αποδίδει το κυριότερο έργο κατά τον τοκετό. Επίσης, αναφέρεται και ως αγγειώδης στιβάδα καθώς ανάμεσα από τις μυϊκές δεσμίδες της διέρχονται μεγάλα αγγειώδη στελέχη και οι πυθμένες των αδένων της μήτρας έρχονται σε επαφή μαζί της. Όσον αφορά την έσω στοιβάδα του μυομητρίου σημειώνεται πως οι μυϊκές ίνες της περιβάλλουν τους πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου (υποβλεννογόνια μυϊκή στιβάδα). Καταληκτικά, ο βλεννογόνος χιτώνας ή ενδομήτριο έχει πάχος περίπου 0.15 εκατοστά και αποτελείται από επιθήλιο, χόριο και αδένες ενώ συνάπτεται με τον μυϊκό χιτώνα χωρίς την παρεμβολή του υποβλεννογόνου χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου του σώματος είναι μονόστιβο κυλινδρικό και κατά τόπους κροσσωτό. Το χόριο είναι παχύ, συνίσταται από συνδετικό ιστό πλούσιο σε ιδιόμορφα συνδετικογενή κύτταρα (φθαρτοειδή) καθώς και άλλα τύπου κύτταρα (μακροφάγα, λεμφοκύτταρα, κοκκώδη λευκά), ενώ παράλληλα περιέχει τους μητριαίους αδένες. Το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχηλικού βλεννογόνου μεταπίπτει σε πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και οι αδένες στον τράχηλο είναι λιγότεροι σε αριθμό από ό,τι στο ενδομήτριο αλλά μεγαλύτεροι και εκβάλλουν με κοινό εκφορητικό πόρο (Άγιος, 2008).

### **1.2.2.2 ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Η κοιλότητα της μήτρας, σε σύγκριση με τον συνολικό όγκο του οργάνου είναι μικρή, κάτι που οφείλεται στα παχιά τοιχώματα της και στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 6-6.5 εκατοστά. Διακρίνεται στην κοιλότητα του σώματος και στην κοιλότητα του τραχήλου και ως όριο μεταξύ τους ορίζεται το έσω στόμιο της μήτρας που εξωτερικά αντιστοιχεί στον ισθμό. Η κοιλότητα του σώματος περιβάλλεται από ένα λεπτό στρώμα βλέννας και έχει σχήμα τριγώνου. Η κορυφή του τριγώνου αυτού αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της μήτρας και οι γωνίες της βάσης του δίνει την εικόνα χωνοειδών προσεκβολών, των οποίων η κορυφή αντιστοιχεί στο μητριαίο στόμιο των ωαγωγών. Οι κορυφές της βάσης ονομάζονται κέρατα της μήτρας. Επιπλέον, η κοιλότητα του τραχήλου έχει σχήμα ατρακτοειδές και αποπλατυσμένο, ουσιαστικά το έσω στόμιο της μήτρας είναι μια δακτυλιοειδής περίσφιξη που αποτελεί το στενότερο τμήμα της κοιλότητας της μήτρας (Άγιος, 2008).

### 1.2.2.3 ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η κύρια αρτηρία που αιματώνει τη μήτρα είναι η μητριαία αρτηρία η οποία προσεγγίζει τη μήτρα στο έσω τραχηλικό στόμιο και πορεύεται ελικοειδώς μέσω των πλάγιων χειλέων του σώματος της μήτρας μέσα στο παραμήτριο. Στο άνω μέρος του αντίστοιχου πλάγιου χείλους το αγγείο αναστομώνεται με την ωθηκική αρτηρία. Αυτή πορεύεται στον υποπεριτοναϊκό συνδετικό ιστό, πάνω από τον ουρητήρα μέχρι τη βάση του πλατέως συνδέσμου της μήτρας κοντά στον τράχηλο. Αφού διχαστεί φέρεται κατά μήκος του πλάγιου τοιχώματος της μήτρας ως ελικοειδής ανιόν κύριος κλάδος και ως κατιούσα κολεϊκή αρτηρία. Στον πυθμένα της μήτρας, ο ανιόν κύριος κλάδος συναντιέται με τον αντίστοιχο του από την αντίθετη πλευρά και χορηγούν έναν ωθηκικό κλάδο ο οποίος με τη σειρά του ενώνεται με την ωθηκική αρτηρία και ένα σαλπγγικό κλάδο προς τις σάλπιγγες (Άγιος, 2008).

Επιπλέον, ένα δίκτυο από φλέβες δίχως βαλβίδες σχηματίζει το μητρικό πλέγμα γύρω από το σώμα και τον τράχηλο της μήτρας. Αποχετεύει το αίμα διαμέσου των μητριαίων φλεβών στις έσω λαγόνιες φλέβες και βρίσκεται στο παραμήτριο (Άγιος, 2008).

Επίσης, τα λεμφαγγεία, τα οποία υποδέχονται τη λέμφο από ένα πυκνό υποπεριτοναϊκό και ένα ενδομητριακό λεμφικό δίκτυο ακολουθούν σε γενικές γραμμές την πορεία των αιμοφόρων αγγείων και αποχετεύουν τη λέμφο προς τρεις κατευθύνσεις. Αρχικά, από τον πυθμένα και το ανώτερο μέρος του σώματος και στη συνέχεια από το κατώτερο μέρος του σώματος, διαμέσου του πλατέως συνδέσμου συμπορεύονται με τον τράχηλο και εκβάλλουν κυρίως στα έξω λαγόνια λεμφογάγγλια. Τέλος, από τον τράχηλο η λέμφος απάγεται από λεμφαγγεία (Αρβανίτης και συν, 2009).

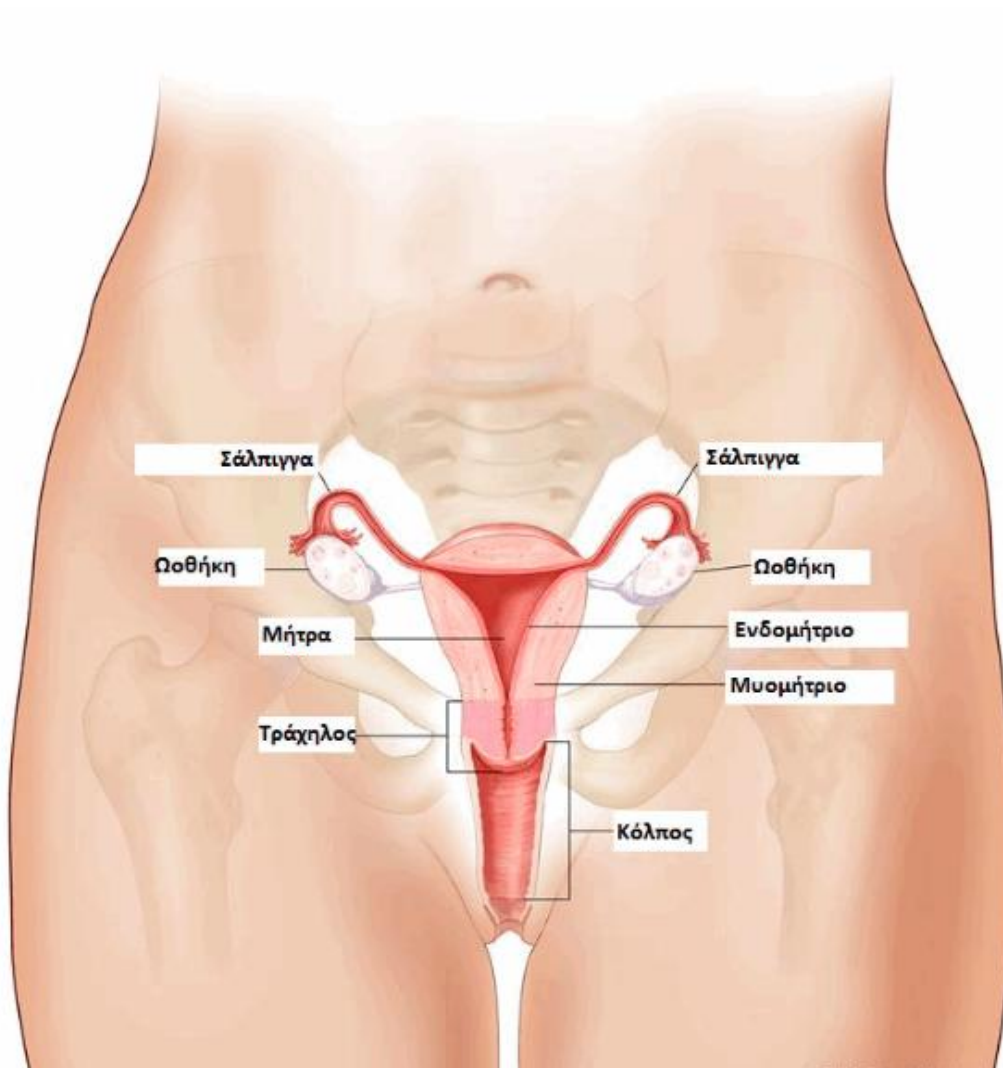
Επιπρόσθετα, η νεύρωση γίνεται κυρίως από το μητροκολεϊκό νευρικό πλέγμα το οποίο εκτός από τη μήτρα νευρώνει και τον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη, το απευθυσμένο και τον κολεό ενώ συνδέεται επιπλέον, με το ωθηκικό και το υπογάστριο πλέγμα. Καταληκτικά, πρέπει να σημειωθεί ότι στο σχηματισμό του μητροκολεϊκού πλέγματος συμβάλλουν αγγειοκινητικές προαγγλιακές ίνες από το δωδέκατο θωρακικό και πρώτο οσφυϊκό νευροτόμιο οι οποίες είναι συμπαθητικές ίνες ενώ ακόμα συμβάλλουν παρασυμπαθητικές προαγγλιακές ίνες από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο ιερό νευροτόμιο (Άγιος, 2008).

### **1.2.3 ΩΑΓΩΓΟΙ (ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ)**

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δύο ινομώδης σωλήνες τοποθετημένοι δεξιά και αριστερά στον πυθμένα της μήτρας. Το ένα άκρο τους βρίσκεται στην ενδομητριακή κοιλότητα ενώ το άλλο στην αντίστοιχη ωοθήκη. Κάθε σάλπιγγα φτάνει μέχρι 12 εκατοστά τα οποία διαχωρίζονται σε τέσσερα μέρη. Αυτά είναι ο ισθμός, η λήκυθος, ο κώδωνας και οι κροσσοί. Ο ισθμός αποτελεί το πρώτο κομμάτι των ωαγωγών, το οποίο εκφύεται από τη μήτρα και είναι το στενότερο τμήμα των ωαγωγών. Στη συνέχεια συναντάμε τη λήκυθο όπου αποτελεί το μακρύτερο και το ευρύτερο τμήμα της σάλπιγγας ενώ μέσα σε αυτή γίνεται η γονιμοποίηση. Μετέπειτα, ακολουθεί ο κώδωνας και το τελικό τμήμα των ωαγωγών οι κροσσοί. Ο κώδωνας μοιάζει με χωνί και το ελεύθερό του άκρο σχηματίζει τους κροσσούς, οι οποίοι αγκαλιάζουν την ωοθήκη και συλλέγουν τα ώριμα ωάρια (Drake, 2011).

#### 1.2.4 ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθήκες είναι δύο όργανα, τα οποία βρίσκονται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα (λίγο χαμηλότερα από την πυελική είσοδο). Αποτελούν περιοχή παραγωγής ωαρίων (ωογένεση), έχουν μήκος 3-4 εκατοστά και σχήμα ωοειδές. Κάθε ωοθήκη αποτελείται από δύο τμήματα τον φλοιό και τον μυελό. Ο φλοιός καταλαμβάνει το εξωτερικό τμήμα της ωοθήκης και αποτελείται από ωοθυλάκιο ενώ ο μυελός καταλαμβάνει το εσωτερικό τμήμα της ωοθήκης και μια περιοχή όπου υποδέχεται τα αγγεία και τα νεύρα. Τέλος, η ωοθήκη καλύπτεται από εξειδικευμένο επιθήλιο που ενώνεται με το περιτόναιο (Drake, 2007).





## **2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

### **2.1 ΓΥΝΑΙΚΙΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ**

Κατά τη διάρκεια της ήβης ξεκινά να εκκρίνονται οι παρακάτω ορμόνες με έναν κυκλικό ρυθμό. Οι ορμόνες αυτές είναι η γοναδοεκλυτίνη (Gn-RH) και η ντοπαμίνη (PIH) οι οποίες εκκρίνονται από τον υποθάλαμο, η ωοθυλακιοτρόπος (FSH), η ωχρινοτρόπος (LH) ορμόνη και η προλακτίνη (PRL) οι οποίες απελευθερώνονται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και τέλος η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα και η ανασταλτική οι οποίες εκκρίνονται από τις ωοθήκες. Η παλμική έκκριση των FSH και LH οφείλεται στην ορμόνη Gn-RH και στη συνέχεια ρυθμίζουν την έκκριση της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης. Η περιοδική απελευθέρωση των ορμονών ελέγχει τις φυλετικές λειτουργίες στις γυναίκες. Σκοπός αυτών είναι η παραγωγή ενός γονιμοποιήσιμου ωαρίου στις ωοθήκες κάθε μήνα και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος κατάλληλο για την αποδοχή των σπερματοζωαρίων και την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου (Silberuagl & Desopoulos, 2010).

## 2.2 ΩΟΓΕΝΕΣΗ

Στις αναπτυγμένες ωοθήκες τα αρχέγονα αναπαραγωγικά κύτταρα παράγουν ωογόνια με τη διαδικασία της μίτωσης κατά τη διάρκεια της 20<sup>ης</sup>-24<sup>ης</sup> εμβρυϊκής εβδομάδας παράγοντας περίπου 7 εκατομμύρια ωογόνια. Στην 8<sup>η</sup>-9<sup>η</sup> εμβρυϊκή εβδομάδα τα ωογόνια αυτά με τη διαδικασία της μείωσης γίνονται ωοκύτταρα πρώτης τάξης. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι και έξι μήνες μετά τον τοκετό όπου τα ωογόνια έχουν γίνει ωοκύτταρα. Η πρώτη μειωτική διαίρεση δεν θα ολοκληρωθεί μέχρι την ωορρηξία. Κατά τη διάρκεια της γέννησης τα ωοκύτταρα που παραμένουν ανέρχονται στα δύο εκατομμύρια ενώ κατά την εφηβεία είναι μόνο 400.000 και τέλος κατά την εμμηνόπαυση απομένουν ελάχιστα έως και καθόλου. Στην γυναίκα δεν παρατηρείται παραγωγή νέων ωογονιών και έτσι η αναπαραγωγή πραγματοποιείται με τα ήδη υπάρχοντα ωοκύτταρα τα οποία με την πάροδο του χρόνου φθίνουν. Παράλληλα, η ανάπτυξη των ωοθυλακίων γίνεται σε τρία στάδια. Το αρχικό στάδιο της ανάπτυξης των ωοθυλακίων συμβαίνει με την είσοδο των ωοκυττάρων στην πρόφαση της μείωσης και διαρκεί αρκετά χρόνια. Η μικρότερη διάρκειά του αριθμείται στα 13 έτη ενώ η μεγαλύτερη στα 50 έτη. Όταν το ωοκύτταρο της πρώτης τάξης αναπτύσσεται, τα κοκκιώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και παρέχουν στο κύτταρο θρεπτικά συστατικά και στεροειδής ορμόνες. Το αρχέγονο θυλάκιο μετατρέπεται σε πρωτογενές ωοθυλάκιο και τα κοκκιώδη κύτταρα αρχίζουν και εκκρίνουν υγρό. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την εφηβεία κανένα ωοθυλάκιο δεν εξελίσσεται πέρα από αυτό το στάδιο. Στη συνέχεια το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται πιο ταχύ από το πρώτο και η διάρκεια του είναι 70-85 ημέρες καθώς συμβαίνει μόνο στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Σε μια περιοχή του κέντρου του ωοθυλακίου που ονομάζεται άντρο, αρχίζει η συγκέντρωση ενός υγρού που περιέχει στεροειδής ορμόνες, βλεννοπολυσακχαρίτες, πρωτεΐνες και FSH. Οι στεροειδής ορμόνες που αθροίζονται στο άντρο παράγονται από τα κοκκιώδη κύτταρα τα οποία συνεχίζουν να αναπτύσσονται. Στο τέλος του δεύτερου σταδίου το ωοθυλάκιο μετονομάζεται σε γραφιανό ωοθυλάκιο. Καταληκτικά το τρίτο και τελευταίο στάδιο της ανάπτυξης των ωοθυλακίων εξελίσσεται ταχύτερα από τα προηγούμενα στάδια σε διάρκεια 5-7 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Από την 14<sup>η</sup>-28<sup>η</sup> ημέρα του καταμήνιου κύκλου πραγματοποιείται η ωορρηξία στην οποία το κυρίαρχο ωοθυλάκιο υφίσταται ρήξη και απελευθερώνει το κύτταρο μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στο χρόνο αυτό η πρώτη μειωτική διαίρεση έχει ολοκληρωθεί και το κύτταρο της δεύτερης τάξης που έχει προκύψει, εισέρχεται στο εγγύς ωαγωγό ώστε να αρχίσει η δεύτερη μειωτική διαίρεση. Κατά την ολοκλήρωση της διαίρεσης αυτής εάν το ωάριο γονιμοποιηθεί μέσα στον ωαγωγό θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός απλοειδούς ωοκυττάρου με 23 χρωμοσώματα. Τέλος, με τη ρήξη του κυρίαρχου ωοθυλακίου σχηματίζεται το ωχροσωμάτιο, το οποίο αποτελείται από κοκκιώδη κύτταρα, κύτταρα θήκης,

τριχοειδή αγγεία και ινοβλάστες. Συνθέτει και εκκρίνει στεροειδή ορμόνες όπου είναι απαραίτητες για την γονιμοποίηση αφού βοηθούν στην εμφύτευση και την επιβίωση του ζυγωτού κυττάρου. Το ωχροσωμάτιο εάν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση, εκκρίνει στεροειδή ορμόνες μέχρι την ανάληψη του ρόλου αυτού από τον αναπτυσσόμενο πλακούντα. Ωστόσο, αν δεν συμβεί η γονιμοποίηση σε διάρκεια 14 ημερών αντικαθίσταται από μια ουλή που καλείται λευκοσωμάτιο (Costanzo, 2013).

## 2.3 ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Κατά την αναπαραγωγική ηλικία του θήλεος ο καταμήνιος κύκλος διαρκεί περίπου 28 ημέρες. Τα γεγονότα του κύκλου περιλαμβάνουν την ανάπτυξη του ωοθυλάκιου και του ωοκυττάρου που περιέχει την ωορρηξία, την προετοιμασία του γεννητικού συστήματος να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο και την απόπτωση του ενδομητρίου εάν δεν επιτευχθεί η γονιμοποίηση. Οι μεταβολές που προκύπτουν στις ωοθήκες και στη μήτρα προέρχονται από τον υποθάλαμο και τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (Costanzo, 2013).

Οι πρώτες 14 ημέρες ενός καταμήνιου κύκλου χαρακτηρίζονται ως ωοθυλακική φάση στην οποία αυξάνεται το πάχος του ενδομητρίου και προετοιμάζει ουσιαστικά την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ενώ 20 ωοθυλάκια αναπτύσσονται υπό την επίδραση της ωοθυλακιοτροπίνης (FSH). Το ωοθυλάκιο που παράγει αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνων επικρατεί με αποτέλεσμα την ωρίμανση του ωοθυλακίου και την καταστροφή των υπολοίπων (Silbernag Desporoulos, 2010).

Τα οιστρογόνα είναι αυτά που διεγείρουν την αύξηση του πάχους του ενδομητρίου αλλά και αυτά που πραγματοποιούν την ωορρηξία ενώ η αύξηση τους προκαλεί την απελευθέρωση ενός κύματος FSH και LH από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (Costanzo, 2013).

Αφού ολοκληρωθεί η ωορρηξία, 1-2 ημέρες μετά παρατηρείται αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μέχρι το τέλος του κύκλου. Μετά την πραγματοποίηση της ωορρηξίας τα επίπεδα της οιστραδιόλης μειώνονται και ξεκινά η τελική φάση της έμμηνο ρύσης, η οποία ονομάζεται ωχρινική φάση. Στη φάση αυτή το ώριμο ωοθυλάκιο γίνεται ωχροσωμάτιο και αρχίζει να συνθέτει οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τα υψηλά επίπεδα προγεστερόνης αναπτύσσουν παραπάνω τη μήτρα και διεγείρουν την εκκριτική δραστηριότητά της. Τέλος, αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το ωχροσωμάτιο εκφυλίζεται, ρίχνοντας τα επίπεδα της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης προκαλώντας σύσπαση των αγγείων του ενδομητρίου και ισχαιμία με αποτέλεσμα την νέκρωση και την απόπτωση του ενδομητρίου και κατ' επέκταση την αιμορραγία (έμμηνο ρύση). Καταληκτικά, σχετικά με τις μεταβολές του τραχήλου και του βλεννογόνου κατά τον καταμήνιο κύκλο αρχικά το τραχηλικό στόμιο αποφράσσεται από ένα βλεννώδες σώμα και αργότερα ανοίγει ελαφρά ενώ η βλέννα γίνεται σταδιακά πιο υδαρής για την διευκόλυνση της εισόδου του σπέρματος (Silbernag Desporoulos, 2010).

## 2.4 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

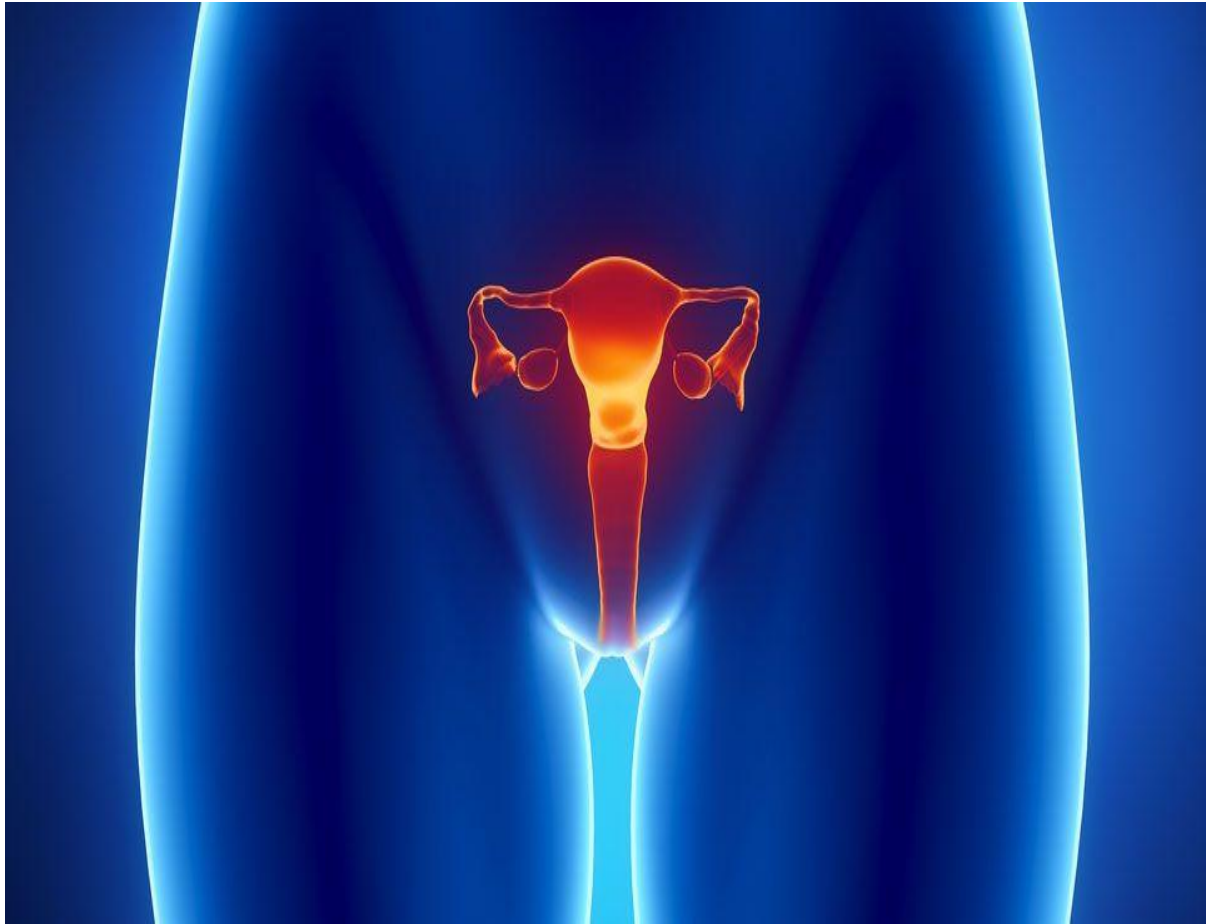
Η διακοπή των καταμήνιων κύκλων που κατά προσέγγιση συμβαίνει στην ηλικία των 50 ετών καλείται εμμηνόπαυση. Αρκετό χρόνο πριν την εμμηνόπαυση παρουσιάζονται κύκλοι χωρίς ωορρηξία και τα λειτουργικά ωοθυλάκια μειώνονται, αντιστοίχως και η έκκριση των οιστρογόνων. Λόγω της μείωσης αυτής μειώνεται και η αρνητική παλίνδρομη επίδραση στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης με αποτέλεσμα την αύξηση της παλμικής έκκρισης των FSH και LH. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης συμβαίνουν λόγω της απώλειας των οιστρογόνων των ωοθηκών και αυτά είναι η ατροφία του κολπικού επιθηλίου, η μείωση των κολπικών εκκρίσεων και της μάζας του μαζικού αδένος, η επιτάχυνση της απώλειας οστικής μάζας, η αγγειακή αστάθεια (εξάψεις) και η εναλλαγή του συναισθήματος (Costanzo, 2013).

#### **2.4.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

Η εμμηνόπαυση είναι το φυσιολογικό βιολογικό τέλος της ικανότητας αναπαραγωγής. Διακρίνεται στη χειρουργική εμμηνόπαυση όπου οι ωθήκες αφαιρούνται πριν την εμμηνόπαυση ελαττώνοντας την παραγωγή των οιστρογόνων και προγεστερόνης, και στη χημική εμμηνόπαυση η οποία πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας όταν η λειτουργία των ωθηκών διακόπτεται λόγω χρήσης κυτταροτοξικών φαρμάκων. Με την ελάττωση της λειτουργίας των ωθηκών η παραγωγή οιστραδιόλης ελαττώνεται και αντικαθίσταται από την οιστρόνη ως κύριο οιστρογόνο. Παράλληλα, με ελαττωμένη τη λειτουργία των ωθηκών, ελαττώνεται και η δεύτερη ορμόνη, η προγεστερόνη, που παράγεται στη διάρκεια της ωχρινικής φάσης του κύκλου (Λώλης, 2004).

#### **2.4.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ**

Με την μείωση των οιστρογόνων διάφοροι ιστοί διαμορφώνονται. Οι μαστοί, η τριχοφυΐα, η ελαστικότητα της επιδερμίδας και το υποδόριο λίπος μειώνονται, οι ωθήκες και η μήτρα μικραίνουν και ο τράχηλος και ο κόλπος μειώνονται σε μέγεθος και είναι ωχρά ως προς την χροιά τους. Οι αλλαγές αυτές προκαλούν ασταθείς εμμηνορρυσιακούς κύκλους, ο κόλπος, το αιδοίο και η ουρήθρα ατροφούν, δημιουργείται ξηρότητα του κόλπου, δυσπαρευνία (δηλαδή πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή), ακράτεια, ουρολοιμώξεις, κολπίτιδα, αγγειοκινητική αστάθεια με εξάνθειες, ταχυπαλμίες, ζαλάδες, πονοκέφαλος, αϋπνία, συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου, άφθονες εφιδρώσεις, εκνευρισμό, άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία και αδυναμία συγκέντρωσης. Τέλος, η μεγάλη διάρκεια έλλειψης οιστρογόνων προκαλούν οστεοπόρωση που οδηγεί σε κατάγματα και κύφωση και οι καρδιαγγειακές διαταραχές αυξάνονται. Ωστόσο, όλα τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται σε μερικές γυναίκες έντονα ενώ σε άλλες ήπια, λίγο ή καθόλου (Λώλης, 2004).



### 3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τα κύτταρα της μήτρας ανανεώνονται συνεχώς, αντικαθιστώντας τα νεκρά κύτταρα με νέα κύτταρα. Ωστόσο αν χαθεί ο έλεγχος της παραγωγής, τότε τα κύτταρα είναι δυνατόν να παράγονται σε υπερβολικά μεγάλο βαθμό δημιουργώντας μία παθολογική μάζα που λέγεται όγκος. Οι όγκοι αυτοί διακρίνονται μετά από βιοψία σε καλοήθεις ή κακοήθεις. Ωστόσο, η πτυχιακή μας εργασία εστιάζεται στην κακοήθεια του ενδομητρίου (Χαράτση-Γιωτάκη , 2010).





### **3.1 ΑΙΤΙΑ**

Οι παράγοντες κινδύνου που είναι συνήθη στις ασθένειες με καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνουν την οικογενειακή προδιάθεση, την πολυποδίαση της μήτρας, την παχυσαρκία, τις αλλαγές στην εμμηνορρυσία, το χαμηλό δείκτη γονιμότητας και την πολυτοκία, την όψιμη εμμηνόπαυση, την μεταεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, το κάπνισμα, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη, την πρόωρη εμμηναρχή, τις διαταραχές της ωορρηξίας, της λήψης αντισυλληπτικών, της θεραπείας υπογονιμότητας και ορμονικής αποκατάστασης, της ηλικίας και τέλος λόγω της θεραπείας ή πρόληψης του καρκίνου του μαστού με ταμοξιφαίνη η οποία διπλασιάζει το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου (Φωτίου, 2009).

### **3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Ο καρκίνος του ενδομητρίου εμφανίζεται στα αρχικά στάδια με ανώδυνη κοιλιακή αιμορραγία. Η έκκριση μπορεί αρχικά να είναι υδαρής αιμορραγία και στη συνέχεια να μετατραπεί σε σκουρόχρωμη και δύσοσμη (Χαράτση, Γιωτάκη, 2010).

Τα συμπτώματα του καρκίνου της μήτρας διαφέρουν ανάλογα με το αν ο καρκίνος έχει αναπτυχθεί πριν ή μετά την εμμηνόπαυση. Συνήθης συμπτώματα που εντοπίζουμε στις προκλημακτηριακές γυναίκες είναι οι περίοδοι με υπερβολική απώλεια αίματος, η αιμορραγία μεταξύ έμμηνων ροών και η αιμορραγία μετά την συνουσία. Στις μετακλημακτηριακές γυναίκες εντοπίζουμε κοιλιακή αιμορραγία η οποία μπορεί να ποικίλει από μικρά στίγματα μέχρι μεγάλη απώλεια αίματος. Επιπλέον, ως κλινικά σημεία του καρκίνου της μήτρας αλλά και της μετάστασης της περιλαμβάνονται η ανεξήγητη απώλεια βάρους, ο πυελικός πόνος, η δυσουρία, η αιματουρία, η λευκόρροια και η κοιλιακή έκκριση λόγω πυομήτρας από φλεγμονή (Φωτίου, 2009).

### 3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι υποψίες για καρκίνο της μήτρας επιβεβαιώνονται μετά από μια σειρά εξετάσεων. Για αρχή γίνονται εξετάσεις πυέλου, λήψη ενδομήτριου δείγματος για την εντόπιση καρκινικών κυττάρων καθώς και διακολπικό υπερηχογράφημα για την αξιολόγηση και την μέτρηση του πάχους του ενδομητρίου. Εάν είναι παχύτερο το ενδομήτριο από το φυσιολογικό μπορεί να αποτελεί ένδειξη καρκίνου της μήτρας. Αργότερα γίνεται διαγνωστική απόξεση, βιοψία του ενδομητρίου και ενδοσκοπική εξέταση της μήτρας. Το δείγμα από την απόξεση του ενδομητρίου μπορεί να περιέχει επιπλέον σημαντικές πληροφορίες για την επέκταση και το στάδιο του όγκου (Χαράτση- Γιωτάκη, 2010).

Το δείγμα που λαμβάνεται για βιοψία γίνεται με την διαδικασία της αναρρόφησης με λεπτή βελόνα και επιτρέπει την εκτίμηση της ιστολογίας του όγκου, το στάδιο και την διηθητικότητα του και θα αποδώσει επιπρόσθετες μοριακές, διαγνωστικές πληροφορίες όπως η έκφραση των δεικτών στην κυτταρική επιφάνεια ή ενδοκυττάρων πρωτεϊνών που χαρακτηρίζουν το είδος του καρκίνου ενώ ακόμα αυξάνονται τα στοιχεία που συνδέουν την έκφραση ορισμένων γονιδίων με την πρόγνωση και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Kasper και συν, 2005).

Αφού βεβαιωθούμε για την διάγνωση του καρκίνου της μήτρας, ελέγχουμε το ενδεχόμενο για μεταστάσεις. Ο έλεγχος πραγματοποιείται με ακτινολογικό έλεγχο όπως ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία κοιλίας και πυέλου, προκειμένου να ανιχνευτεί η εξάπλωση του όγκου, με σπινθηρογράφημα ήπατος και οστών για έλεγχο απομετακρυσμένων μεταστάσεων και με νεοπλασματικούς δείκτες όπως π.χ. Ca 125 που προσδιορίζει συμμετοχή και των ωοθηκών (Χαράτση- Γιωτάκη, 2010).

### 3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι διαγνωστικές εξετάσεις διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στις μη επεμβατικές διαγνωστικές και στις επεμβατικές διαγνωστικές.

Οι μη επεμβατικές διαγνωστικές είναι:

1. Η διακολπική υπερηχογραφία
2. Το έγχρωμο Doppler
3. Η διακοιλιακή υπερηχογραφία
4. Η μαγνητική τομογραφία ( MRI)
5. Test Pap

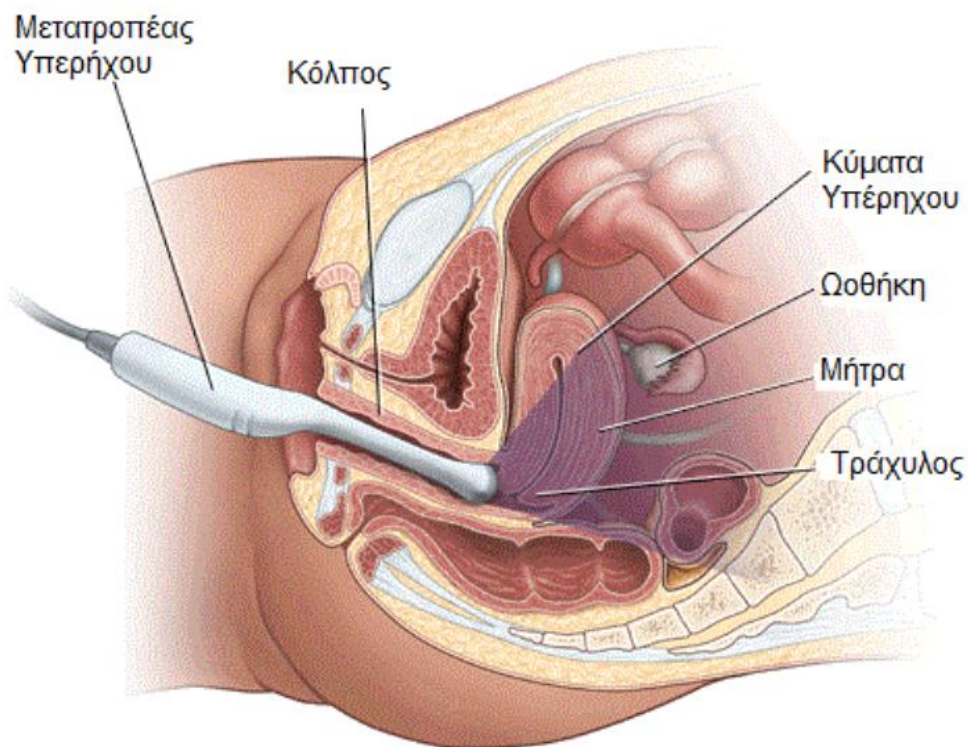
Οι επεμβατικές διαγνωστικές είναι:

1. Η κλασματική διαστολή και απόξεση
2. Η υστεροσκόπηση
3. Η υπερηχο-υστερογραφία (Μιχαλάς, 2000).

## 1.ΔΙΑΚΟΛΠΙΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

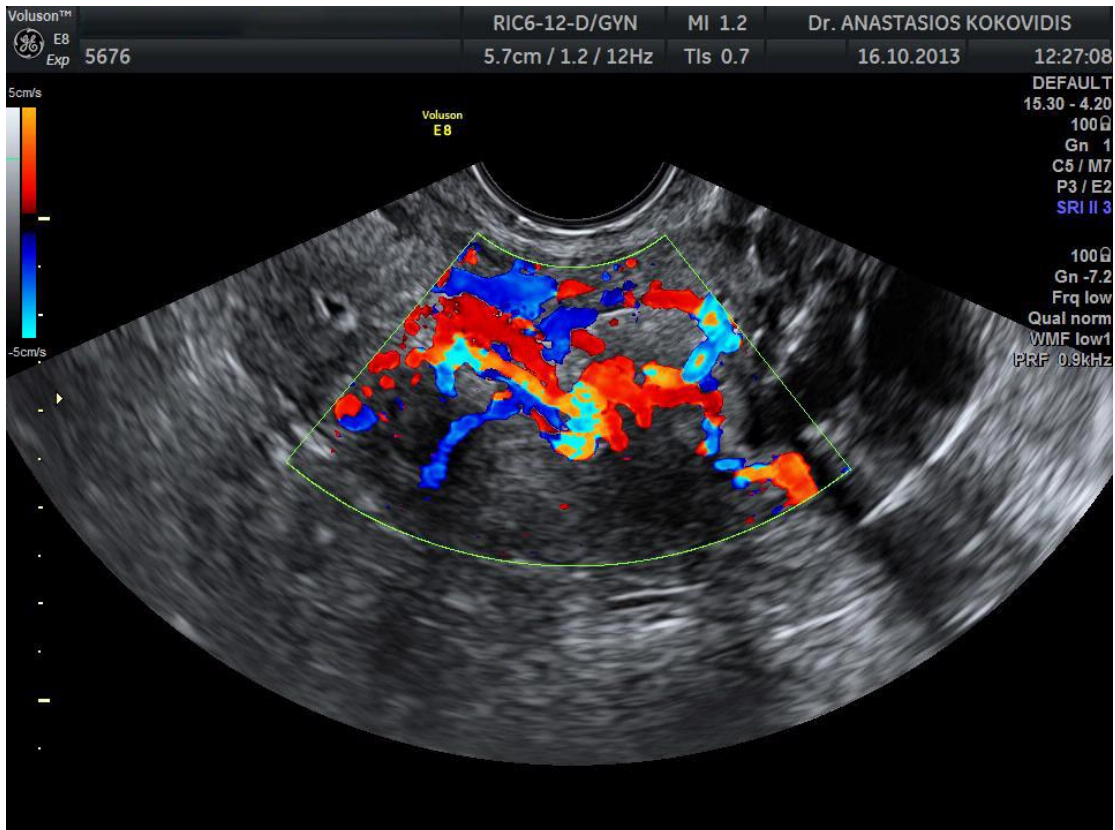
Η διακολπική υπερηχογραφία είναι μία ανέξοδη, μη επεμβατική και εύχρηστη μέθοδος απεικόνισης της ενδομητρικής κοιλότητας. Είναι αποδεκτή σε μεγάλο ποσοστό από τους ασθενείς και βοηθά ώστε να διαπιστωθεί ποια γυναίκα μπορεί να αποφύγει την ενδομητρική βιοψία με τη συνεπαγόμενη ταλαιπωρία καθώς και τον βαθμό κινδύνου της εξέτασης αυτής (Μιχαλάς, 2000).

### Διακολπικός Υπέρηχος



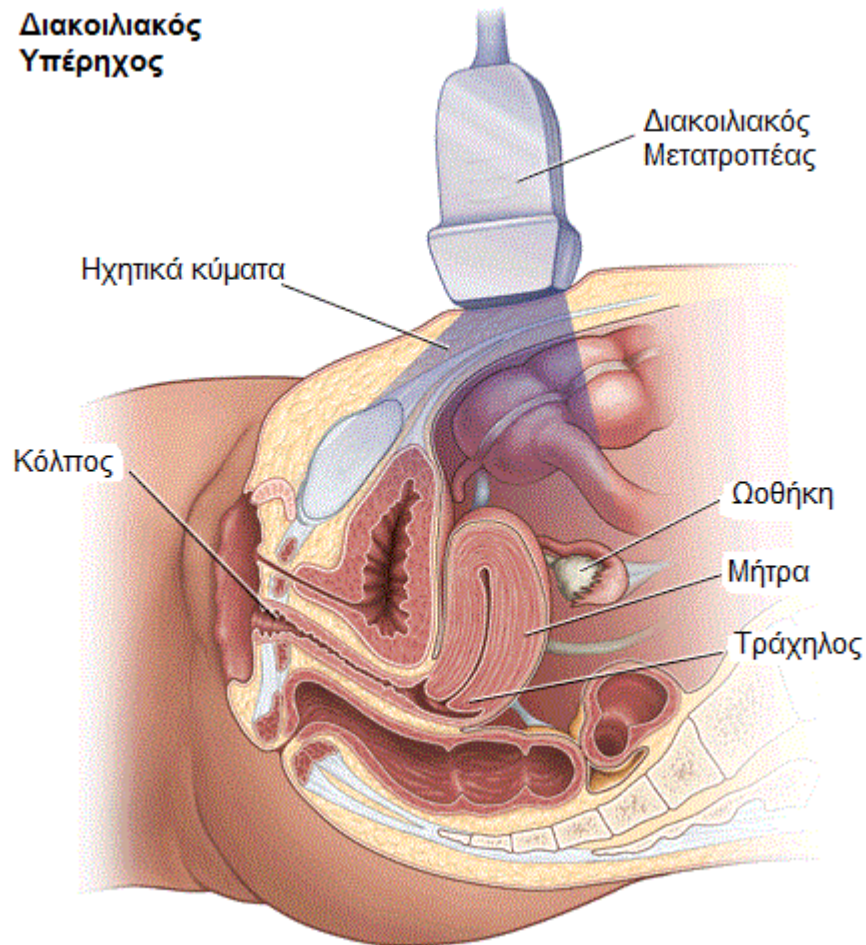
## 2. ΕΓΧΡΩΜΟ DOPPLER

Το έγχρωμο Doppler είναι διακολπικό υπερηχογράφημα που απεικονίζει τα μορφολογικά χαρακτηριστικά του ενδομητρίου δηλαδή, το πάχος του ενδομητρίου, την παρουσία ενδοκοιλοτικού υγρού και την ακεραιότητα της υποενδομητρικής άλω. Τέλος, επιτρέπει την εκτίμηση της ταχύτητας του αίματος και των αγγειακών αντιστάσεων στις μητριάδες αρτηρίες (Μιχαλάς, 2000).



### 3. ΔΙΑΚΟΙΛΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Η διακοιλιακή υπερηχογραφία χρησιμοποιείται σε υποψία καρκίνου του ενδομητρίου όταν η μήτρα είναι διογκωμένη ή απαιτείται συνολική εικόνα της πυέλου ή της κάτω κοιλίας. Γίνεται σε γυναίκες που δεν έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή και σε γυναίκες οι οποίες είναι σωματώδεις όπου η εκτέλεση διακολπικής εξέτασης είναι τεχνικά αδύνατη (SIGN, 2002).



#### 4. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Η μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται σπάνια ως η πρώτη εξέταση για την απεικόνιση της μήτρας ωστόσο στην κλινική πράξη χρησιμοποιείται για να διευκρινίσει ασαφή ευρήματα υπερηχογραφικών εξετάσεων. Αναδεικνύει έξοχα το ενδομήτριο με υψηλή ανάλυση και αποτελεί συμπληρωματική εξέταση της διακολπικής υπερηχογραφίας στην διερεύνηση ενδομητρικών πολυπόδων ή ενδομητρικού καρκίνου ή αδενομύωσης. Επιπλέον, είναι βοηθητική στην εκτίμηση της σχέσης μεγαλύτερων μαζών με το μυομήτριο ώστε να αποφασιστεί αν η αλλοίωση σχετίζεται με την μήτρα και είναι ινομύωμα ή αν δεν σχετίζεται άρα είναι ωθητικής προέλευσης. Η πολυπλοκότητα, η περιορισμένη διαθεσιμότητα, το κόστος και η δυσφορία που αισθάνονται οι ασθενείς αποτελούν μερικά από τα μειονεκτήματά της (Μιχαλάς, 2000).



## 5. TEST PAP

Το Test Pap είναι μέθοδος γενικού ελέγχου όπου γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο και εξετάζονται από το μικροσκόπιο για να εντοπιστούν τυχόν προκαρκινικές καταστάσεις. Είναι μία ανώδυνη εξέταση και διαρκεί 5-10 λεπτά.

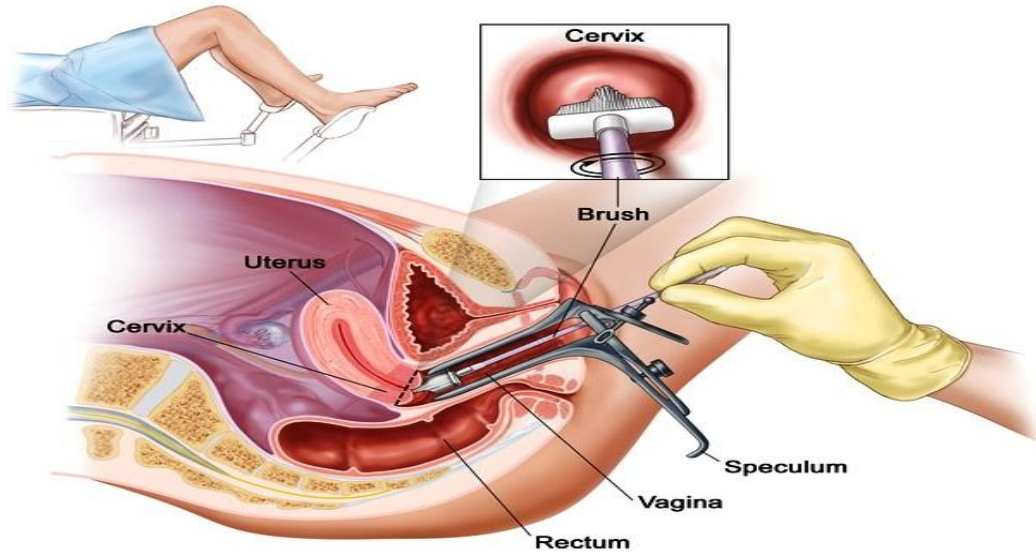
Παράλληλα, είναι απαραίτητο να γίνεται κάθε χρόνο στις γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση και κάθε 6 μήνες για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, διότι μετά την εμμηνόπαυση οι τοπικοί παράγοντες άμυνας ελαττώνονται. Με την ίδια συχνότητα πρέπει να γίνεται και από τις γυναίκες που βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο όπως και εκείνες που έχουν περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους. Επίσης, και σε γυναίκες με ιστορικό κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου (κονδυλώματα και προηγούμενα test pap μη φυσιολογικά).

Η γυναίκα δεν κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24-48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν πρέπει να έχει περίοδο, αν υπάρχει αίμα το test Pap κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή τις τελευταίες 2 ημέρες. Γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τράχηλο και ενδοτράχηλο και στη συνέχεια ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα σε πλάκες και αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα το στέλνει στον κυτταρολόγο, ο οποίος με τη σειρά του θα βάλει τα κύτταρα, θα τα παρατηρήσει στο μικροσκόπιο και θα περιγράψει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις, εάν υπάρχουν.

Ο λόγος για τον οποίο πραγματοποιείται το Test Pap είναι για να εντοπιστεί ο καρκίνος στα πρώιμα στάδια και η αντιμετώπιση να είναι πιο εύκολη, για την αντιμετώπιση άλλων τοπικών καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όπως ιογενείς λοιμώξεις, απλό έρπητα και κονδυλώματα, ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων, για να γίνει επισκόπηση κόλπου και τραχήλου, για διάγνωση πιθανής κολπίτιδας, τραχηλίτιδας και για διάγνωση κάποιου πολύποδα με γυμνό μάτι πράγμα που γίνεται χωρίς προσπάθεια ή καθυστέρηση.

Τέλος πρέπει να διερευνήσουμε την περίπτωση όταν το Test Pap είναι θετικό, εάν υπάρχει ένδειξη εμφάνισης καρκίνου ή εάν πρόκειται για κάποια άλλη πάθηση την οποία επίσης εντοπίζει το Test Pap. Ωστόσο, αν το αποτέλεσμα είναι θετικό το επόμενο βήμα είναι η βιοψία ώστε να επιβεβαιωθεί ότι πρόκειται για κακοήθεια ή προκακοήθεια. Ένα Test Pap που έχει ληφθεί σωστά οδηγεί στην διάγνωση του καρκινώματος και είναι απαραίτητο και μετά την εγκυμοσύνη. Καλό είναι δύο μήνες μετά το τέλος της εγκυμοσύνης να εκτελείται πάλι Test Pap ώστε να υπάρχει ένας καλός έλεγχος της κατάστασης (Μιχαλάς, 2000).

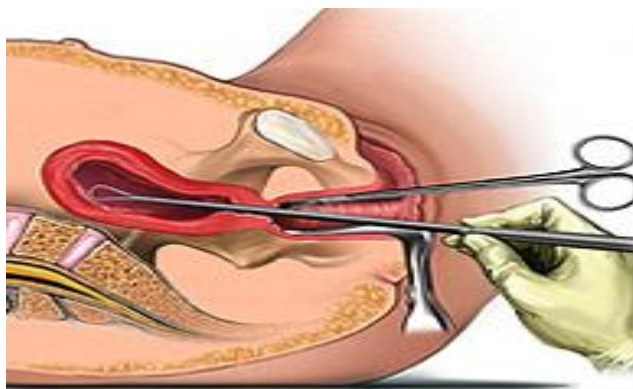




## 6. ΚΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΞΕΣΗ

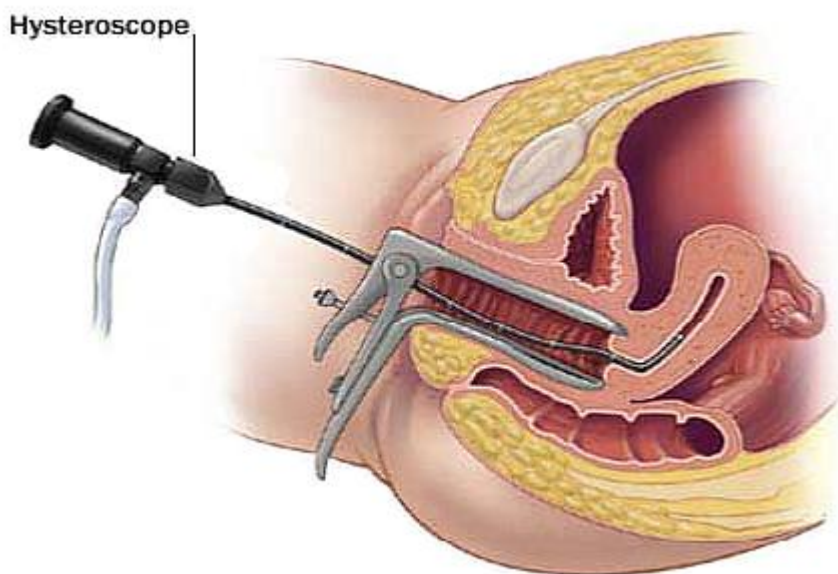
Η κλασματική διαστολή και απόξεση είναι κυτταρολογική εξέταση του οπίσθιου κολπικού θόλου και είναι ελάχιστα αποτελεσματική μέθοδος για τον έλεγχο του καρκίνου του ενδομητρίου. Η κλασματική διαστολή και απόξεση είναι η μέθοδος εκλογής και αναφοράς για δειγματοληψία ενδομητρικού ιστού. Για την δειγματοληψία αυτή χρησιμοποιούνται μικρά ξέστρα και αναρροφητικές συσκευές .

Ωστόσο, αν και έχουν επινοηθεί μέθοδοι έκπλυσης και αναρρόφησης της ενδομητρικής κοιλότητας χωρίς αναισθησία ώστε να υπάρξει ικανοποιητικότερη συλλογή ενδομητρικών κυττάρων, η ακρίβεια της διάγνωσης ποικίλλει (Μιχαλάς, 2000).



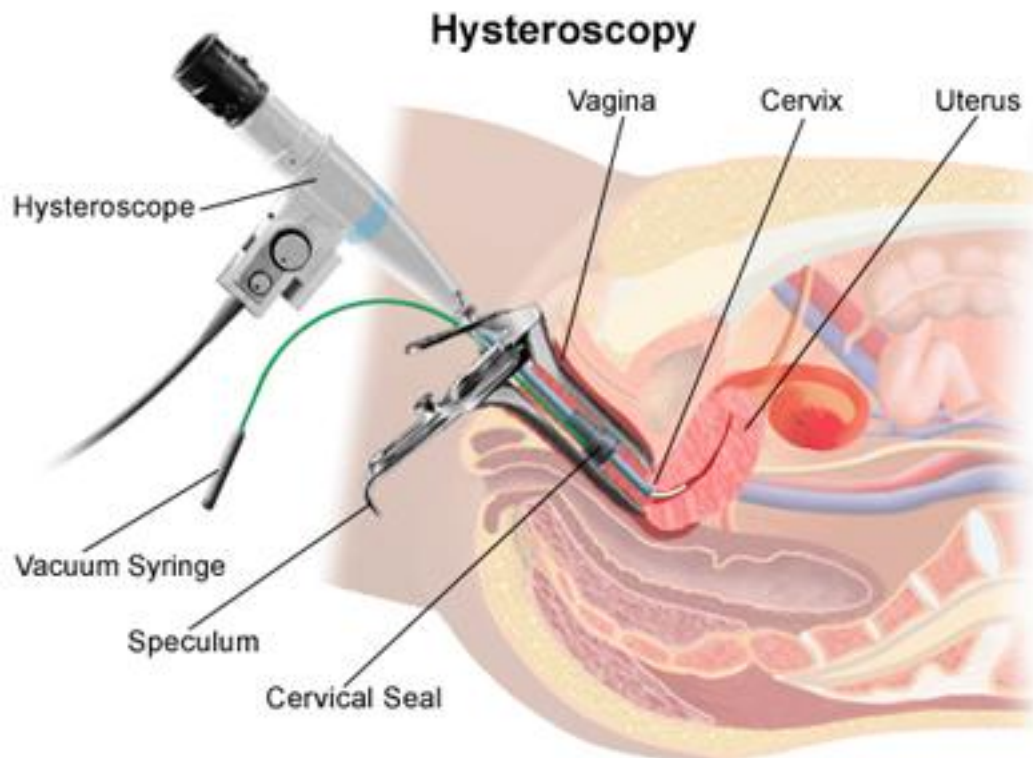
## 7. ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η υστεροσκόπηση είναι η άμεση επισκόπηση της ενδομήτριας κοιλότητας μέσω τηλεσκοπικού σωλήνα που εισάγεται διατραχηλικά. Είναι ήπια επεμβατική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και τη θεραπεία παθήσεων του ενδομητρίου και γίνεται χρήση υγρού διαλύματος για διάταση της ενδομήτριας κοιλότητας. Τα υστεροσκοπικά εργαλεία είναι μικρά σε μέγεθος και η γενική αναισθησία είναι λιγότερο απαραίτητη. Επιπλέον, επιτρέπει τη λήψη κατευθυνόμενων βιοψιών, την αφαίρεση μορφωμάτων όπως πολύποδες, υποβλεννογόνια ινομώματα, διαφράγματα και εκτομή ή καυτηριασμός του ενδομητρίου. Είναι πολύτιμη στη διερεύνηση της ανώμαλης αιματόρροιας των έξω γεννητικών οργάνων και χρησιμοποιείται συμπληρωματικά προς την υπερηχογραφία, την κλασματική απόξεση και των άλλων διαγνωστικών μεθόδων. Με την υστεροσκόπηση γίνεται άμεση επισκόπηση ώστε να διαπιστωθεί η παθολογική ή μη εικόνα του ενδομητρίου, περιοχές ύποπτες για κακοήθεια, πολύποδες και ινομώματα. Τέλος, η τραχηλική στένωση και το άγχος είναι τα συνηθέστερα αίτια αποτυχίας στο εξωτερικό ιατρείο ενώ στο χειρουργείο είναι η μειωμένη ορατότητα λόγω αιμορραγίας (Στασινού και συν, 2009).



## 8. ΥΠΕΡΗΧΟ-ΥΣΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ

Η υπερηχο-υστερογραφία αποτελεί τεχνική για ενδομητρική απεικόνιση σαν ημιεπεμβατική προέκταση της συμβατικής υπερηχογραφίας. Είναι χρήσιμη για την διάκριση ή τον αποκλεισμό πολυποειδών αλλοιώσεων, την διαφοροδιάγνωσή τους από υπερπλαστικά ενδομήτρια ή την διάγνωση υποβλενογόνιων ινομυωμάτων ενώ μπορεί να τεκμηριώσει την παρουσία αναπτυσσόμενης παθολογίας. Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην προεγχειρτική αναγνώριση της ενδοαυλικής και ενδομητρικής παθολογίας, στην επιλογή ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε επεμβατική υστεροσκόπηση και η εξέταση έχει ένδειξη όταν υπάρχει αβεβαιότητα για την ακεραιότητα της υφής του ενδομητρίου ή του περιβάλλοντός του ενώ τυχόν δυσκολίες διάτασης της ενδομητρικής κοιλότητας στην εξέταση πρέπει να εγείρουν την υπόνοια προχωρημένης ενδομητρικής νεοπλασίας (Στασινού και συν, 2009).



### 3.5 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινικά η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνει όλες τις αιτίες της μητρορραγίας. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι πολύποδες του τραχήλου ή του ενδομητρίου, τα ινομώματα της μήτρας, η αδеноματώδης υπερπλασία του ενδομητρίου, οι μεταστάσεις από καρκίνους άλλων οργάνων, η κολπική ατροφία, τα τραχηλικά και ωοθηκικά νεοπλάσματα και στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο μιας απειλούμενης έκτρωσης ή μιας παλίνδρομης κύησης. Στις προεμμηνοπαυσιακές και εμμηνοπαυσιακές γυναίκες πολλές φορές οι μητρορραγίες έχουν λειτουργικό χαρακτήρα ενώ αιμορραγία μπορεί να προκληθεί από τη μήτρα χάρις την αγωγή οιστρογόνων κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Επιπλέον, στη διαφορική διάγνωση θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της ενδομητρικής και τραχηλικής κοιλότητας με κλασματική δοκιμαστική απόξεση και με ιστολογική εξέταση. Καταληκτικά, η αιμορραγία που οφείλεται σε ενδομητρικό καρκίνο αυξάνεται τόσο όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία της γυναίκας (Φωτίου, 2009).

### 3.6 ΟΔΟΙ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ο καρκίνος της μήτρας αφού εντοπιστεί στο ενδομήτριο μέσα στην κοιλότητα της μήτρας στη συνέχεια επεκτείνεται στο μυομήτριο και στον τράχηλο. Η επέκταση εκτός μήτρας παρατηρείται μέσω διήθησης ιστών, λεμφικής διασποράς και αιματογενώς. Η διασπορά στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στον εγκέφαλο και στα οστά γίνεται συνήθως αιματογενώς και χάρις της λεμφικής διασποράς ενώ η διασπορά στις σάλπιγγες και κατ' επέκταση στην περιτοναϊκή κοιλότητα γίνεται με ιστική διήθηση. Ανάλογα με τον βαθμό επέκτασης και τον βαθμό ανάπτυξης διακρίνονται σε 4 κλινικά στάδια (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Τα στάδια αυτά είναι:

ΣΤΑΔΙΟ 0: ιστολογικά ευρήματα κακοήθειας

ΣΤΑΔΙΟ I: καρκίνωμα περιορισμένο στο σώμα της μήτρας μέχρι τον ισθμό

ΣΤΑΔΙΟ Ia: καρκίνωμα περιορισμένο στο ενδομήτριο

ΣΤΑΔΙΟ Ib: καρκίνωμα που διηθεί μέχρι το ήμισυ του μυομητρίου

ΣΤΑΔΙΟ Ic: καρκίνωμα που διηθεί πέρα από το ήμισυ του μυομητρίου

ΣΤΑΔΙΟ II: το καρκίνωμα διηθεί προς τον τράχηλο όχι όμως εκτός της μήτρας

ΣΤΑΔΙΟ IIa: το καρκίνωμα διηθεί προς τους ενδοτραχηλικούς αδένες

ΣΤΑΔΙΟ IIb: το καρκίνωμα διηθεί προς το σώμα του τραχήλου

ΣΤΑΔΙΟ III: το καρκίνωμα διηθεί εκτός της μήτρας όχι όμως εκτός πυέλου

ΣΤΑΔΙΟ IIIa: το καρκίνωμα διηθεί προς τον ορογόνο της μήτρας

ΣΤΑΔΙΟ IIIb: το καρκίνωμα διηθεί προς τον κόλπο

ΣΤΑΔΙΟ IIIc: το καρκίνωμα διηθεί προς τους πυελικούς λεμφαδένες

ΣΤΑΔΙΟ IV: το καρκίνωμα διηθεί πέρα από την πύελο στο βλεννογόνο κύστης ή ορθού

ΣΤΑΔΙΟ IVa: το καρκίνωμα διηθεί στο βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης ή ορθού

ΣΤΑΔΙΟ IVb: το καρκίνωμα διηθεί σε άλλα όργανα της κοιλιάς ή στους βουβωνικούς λεμφαδένες (Μιχαλάς, 2000).

### 3.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η κατανόηση της βιολογίας της καρκινογένεσης μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία μιας πετυχημένης πρόληψης του καρκίνου της μήτρας για την ελάττωση του κινδύνου της νόσου αυτής. Η πρόληψη διαχωρίζεται σε πρωτογενής και δευτερογενής, όπου στην πρωτογενή πρόληψη συγκαταλέγονται η αναγνώριση και η διαχείριση των γενετικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων ενώ στη δευτερογενή πρόληψη συγκαταλέγεται η αναγνώριση των ασυμπτωματικών νεοπλασματικών βλαβών σε συνδυασμό με την αποτελεσματική θεραπεία (πρόγνωση). Η πλήρης ενημέρωση του καρκίνου της μήτρας, η σωματική άσκηση, η σωστή διατροφή και κατ' επέκταση η μείωση της παχυσαρκίας, η διακοπή καπνίσματος για την αποφυγή της έκθεσης των καρκινογόνων ουσιών, η αποφυγή αλόγιστης χρήσης αντισυλληπτικών, η ενθάρρυνση για το εμβόλιο των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και κατ' επέκταση τη μετάστασή του στο ενδομήτριο, καθώς και η συχνή διεξαγωγή ενός γυναικολογικού ελέγχου ( test pap-υπερηχογραφία- μαστογραφία) είναι μερικά από τα μέτρα που προτείνονται κατά την πρόληψη. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως η χρήση ταμοξιφαίνης ενώ θεραπεύει τον καρκίνο του μαστού αυξάνει τις πιθανότητες για έναν καρκίνο της μήτρας. Για αυτό το λόγο προτείνεται η λήψη ραλοξιφαίνης, η οποία έχει τις ίδιες θεραπευτικές ιδιότητες για τον καρκίνο του μαστού ενώ έχει μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης του καρκίνου της μήτρας. Επιπλέον, ως τελικό προληπτικό μέτρο προτείνεται η χειρουργική αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή). Άρα η ενημέρωση του κόσμου προς αποφυγή των γνωστών παραγόντων κινδύνου που ευνοεί την ανάπτυξη ενός καρκίνου και η προτροπή για την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών αποτελούν τις πρώτες προσπάθειες για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου (Kasper και συν, 2005).

### 3.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ένας τρόπος πρόωμης ανίχνευσης της νόσου σε ασυμπτωματικά άτομα με στόχο την ελάττωση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Μια διάγνωση με θετικά ευρήματα στις απλές γυναικολογικές εξετάσεις παραπέμπει σε πιο εξειδικευμένες εξετάσεις οι οποίες είναι η βιοψία και η παθολογοανατομική επιβεβαίωση για καρκίνο του ενδομητρίου. Η πρόγνωση επηρεάζεται και διαφοροποιείται από παθολογοανατομικούς παραμέτρους οι οποίοι είναι το βάθος διήθησης, ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου, ο ιστολογικός τύπος, η λεμφαδενική προσβολή, η λεμφαγγειακή διήθηση, το μέγεθος του όγκου, η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού, η ηλικία, η εξαρτηματικές μεταστάσεις, οι ορμονικοί υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης, η διαφοροποίηση του πυρήνα (πυρηνικό grade) και τέλος οι βιολογικοί δείκτες του πλοϊδισμού του DNA. Άρα μια έγκυρη διάγνωση αποσκοπεί σε μια πετυχημένη θεραπεία (Φωτίου, 2009).



### 3.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Η θεραπεία διαχωρίζεται στη χειρουργική και στη συντηρητική. Μεταξύ των δύο θεραπειών συνιστάται κατά κύριο λόγο χειρουργική θεραπεία για την ακριβέστερη εκτίμηση της πραγματικής έκτασης της νόσου κατόπιν ιστολογικής βιοψίας. Η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται προεγχειρητικά καθώς δεν βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών και οδηγεί στη μη ορθή εκτίμηση του σταδίου της νόσου ενώ η βραχυθεραπεία συνίσταται για την αποφυγή τοπικής υποτροπής στο κολπικό κολόβωμα. Παράλληλα, στις άτοκες γυναίκες για τη διατήρηση της γονιμότητας συνιστάται συντηρητική θεραπεία.

Με βάση τη σταδιοποίηση της νόσου, σταδιοποιείται και η θεραπεία αυτής. Ειδικότερα στο στάδιο Ia η θεραπεία που ενδείκνυται σε αυτό το στάδιο είναι η απλή, ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων της. Κατά την χειρουργική επέμβαση μεγάλη προσοχή δίνεται στους χειρισμούς των χειρουργών για την αποφυγή της διασποράς της νόσου. Συμπληρωματική θεραπεία στο στάδιο αυτό δεν δίνεται εκτός και αν η νόσος έχει διηθεί πέραν το 50% του πάχους της μήτρας όπου συνιστάται μετεγχειρητική εξωτερική ακτινοβολήση της πυέλου για τη μείωση της υποτροπής της νόσου ενδοπυελικά. Στα στάδια Ib και Ic γίνεται επιπλέον η λεμφαδενεκτομή, κολπική ακτινοθεραπεία και εξωτερική ακτινοβολήση της πυέλου. Στην περίπτωση της κολπικής ακτινοθεραπείας (βραχυθεραπεία) να μεν μειώνεται το ποσοστό των τοπικών υποτροπών στο κολπικό κολόβωμα παρόλα αυτά δεν επηρεάζεται το ποσοστό των πυελικών μεταστάσεων για αυτό και δεν συνιστάται σε όλες τις ασθενείς. Στην περίπτωση της εξωτερικής ακτινοβολήσης μειώνονται οι ενδοπυελικές υποτροπές καθώς αποστειρώνει την πύελο από μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα.

Στο στάδιο II η θεραπεία που συνιστάται είναι η προεγχειρητική βραχυθεραπεία, η ευρεία ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και η εκλεκτική βιοψία των πυελικών λεμφαδένων. Στο στάδιο αυτό η λεμφαδενεκτομή (αφαίρεση 20 λεμφαδένων) είναι απαραίτητη καθώς επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την επιβίωση. Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε λεμφαδενεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία είχαν καλύτερη επιβίωση από τις αντίστοιχες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία χωρίς όμως λεμφαδενεκτομή. Στα στάδια IIa και IIb η βραχυθεραπεία είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με την ακτινοβολία καθώς μόνο τότε υπήρχε μικρή ελάττωση του ποσοστού, των υποτροπών στο κολπικό κολόβωμα. Σε ασθενείς που η γενική κατάσταση δεν επιτρέπει τη χειρουργική θεραπεία η εξωτερική ακτινοβολήση καθιστά τη θεραπεία τους ωστόσο τα αποτελέσματα αυτής δεν είναι ικανοποιητικά.

Στα στάδια III και IV η χειρουργική αντιμετώπιση είναι ανέφικτη και άσκοπη ωστόσο ορισμένες φορές πραγματοποιείται. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξωτερική ακτινοβολήση της πυέλου και παραμήτρια ενώ δίδεται βραχυθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Σε πολύ προχωρημένες μεταστάσεις της πυέλου γίνεται πρόσθια και οπίσθια εσπλάγχωση. Ασθενείς με Ca ενδομητρίου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία θα αντιμετωπιστούν με ορμονοθεραπεία σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους από οιστρογόνα και προγεστερόνη. Οι όγκοι που φέρουν έκφραση υποδοχέα προγεστερόνης ανταποκρίνονται καλύτερα. Τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην ορμονοθεραπεία είναι η υδροξυπρογεστερόνη, η οξική μεγαστρόλη, η δεοξυπρογεστερόνη, το αντι-οιστρογόνο ταμοξιφαίνη, τα Gn-RH και σε πειραματικό στάδιο η Raloxifene.

Τέλος παρατηρείται στις άτοκες γυναίκες που έχουν προσβληθεί από Ca του ενδομητρίου να επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Ως θεραπεία προτείνεται και σε αυτές τις γυναίκες η κλασική θεραπεία δηλαδή η αφαίρεση της μήτρας ωστόσο έχει δοκιμαστεί και η συντηρητική θεραπεία ειδικότερα σε όγκους που αναπτύσσονται επιφανειακά στο ενδομήτριο και τα κύτταρά τους μοιάζουν περισσότερο με τα φυσιολογικά κύτταρα του ενδομητρίου. Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στον προσεκτικό έλεγχο με τη διαδικασία της υστεροσκόπησης για την εξαίρεση του πάσχοντος ενδομητρίου που εξετάζεται ιστολογικά και στη συνέχεια χορηγείται προγεστερόνη για διάρκεια 3-6 μηνών (Μιχαλάς, 2000).

#### **4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ**

##### **4.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ**

Κατά την πρώτη επαφή μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενή είναι απαραίτητο να ληφθεί το ιστορικό της ασθενούς και η διεξαγωγή μιας φυσικής εξέτασης για την ολιστική αντιμετώπιση της 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 ανταπόκρισή 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).

#### 4.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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:

- 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, συμπεριλαμβανομένων των σημείων και των συμπτωμάτων που τον οδήγησαν στην αναζήτηση φροντίδας υγείας
- Άλλες συνυπάρχουσες νόσοι όπως σακχαρώδη διαβήτη κ.λ.π
- Τα τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα του ενδομήτριου καρκίνου, όπως πόνος και κατάθλιψη

Αφού ληφθεί το ιστορικό και οριστικοποιηθεί το θεραπευτικό σχέδιο, πραγματοποιείται μια συζήτηση σχετικά:

- 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 (Lemone & Bruke, 2004).

#### 4.1.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Το πρώτο κομμάτι ολοκληρώνεται με την φυσική εξέταση της ασθενούς καταγράφοντας:

- 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 ζωτικών σημείων (Lemone & Bruke, 2004).

#### **4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η εκπαίδευση του νοσηλευτή για τα μέτρα πρόληψης και τις αλλαγές του τρόπου ζωής της κοινωνίας που απαιτούνται για τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου αποτελούν τον πρωταρχικό στόχο του νοσηλευτή. Πέραν τούτου ο νοσηλευτής οφείλει να καθησυχάσει την ασθενή με ενδομήτριο καρκίνο ότι δεν είναι η ίδια υπεύθυνη για τη νόσο της (Lemone & Bruke, 2004).

Κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων η νοσηλευτική παρέμβαση είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή τους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή λεπτομερώς για το τι πρόκειται να συμβεί και τι μπορεί να κάνει για να μειώσει το άγχος. Μετά την ενημέρωση είναι απαραίτητη η συναίνεση της γυναίκας για τις διάφορες διαδικασίες. Η διασφάλιση της συναίνεσης και όλες οι σχετικές ερωτήσεις από τον ασθενή θα πρέπει να απαντώνται με σαφήνεια και ακρίβεια. Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι να συγκεντρώνει τον εξοπλισμό, να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα της ασθενούς και τέλος να κατευθύνει τη γυναίκα έτσι ώστε να μειώσει τη δυσφορία που μπορεί να προκληθεί από την εξέταση (Dewit, 2009).

Μετά από μία διάγνωση του καρκίνου ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την ασθενή να αναρρώσει και να την υποστηρίξει κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης. Ωστόσο, σε ασθενείς τελικού σταδίου ο νοσηλευτής προσφέρει ανακούφιση και διευκόλυνση στην αποδοχή της κατάστασης της ασθενούς και των οικείων της (Lemone & Burke, 2004).

### 4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 4.3.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Οι ενέργειες του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής προετοιμασίας είναι:

- Ο προσανατολισμός της ασθενούς στο δωμάτιο ή την προχειρουργική αίθουσα
- Η παροχή προεγχειρητικής διδασκαλίας, συμπεριλαμβανομένης της εξήγησης των μετεγχειρητικών ασκήσεων, της προετοιμασίας του δέρματος, των μέτρων ελέγχου πόνου και της μετεγχειρητικής φροντίδας στην αίθουσα ανάληψης και στο νοσηλευτικό τμήμα
- Η αξιολόγηση ότι οποιαδήποτε προεγχειρητική οδηγία για υποκλυσμό, λουτρό και προετοιμασία του δέρματος έχει ακολουθηθεί. Η εισαγωγή ενδοφλέβιου ή/και μόνιμου καθετήρα εάν υπάρχει οδηγία
- Η παροχή μέτρων για την υγιεινή, εξασφαλίζοντας την ιδιωτικότητα της ασθενούς. Η καθοδήγηση της ασθενούς να αφαιρέσει όλα της τα ρούχα και να φορέσει την χειρουργική ποδιά μιας χρήσης και το καπέλο
- Η καθοδήγηση της ασθενούς να αφαιρέσει κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και αξεσουάρ τα οποία πιθανόν φέρει καθώς και οποιοδήποτε άλλο υλικό από τα νυχιά. Η καταγραφή των αντικειμένων και η παραχώρησή τους σε μέλη της οικογένειας ή στην ασφάλεια για να τα τοποθετήσει σε ένα ασφαλές μέρος
- Η εφαρμογή καλτσών κατά των θρομβώσεων σύμφωνα με τις οδηγίες
- Η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων αμέσως πριν την είσοδο στο χειρουργείο
- Η βοήθεια στην κένωση πριν λάβει την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή, εάν η ασθενής δεν φέρει μόνιμο καθετήρα
- Η χορήγηση των προεγχειρητικών φαρμάκων (κατασταλτικά, αντιεμετικά, χολινεργικά, ηρεμιστικά και ναρκωτικά αναλγητικά) σύμφωνα με τις οδηγίες
- Η τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι έχοντας κοντά της το φως κλήσης και η συμβουλή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι χωρίς βοήθεια. Η παρότρυνση των μελών

της οικογένειας να παραμείνουν στο προσκέφαλο της ασθενούς έως ότου να μεταφερθεί στη χειρουργική αίθουσα και η διατήρηση ενός ήρεμου και χαλαρωτικού περιβάλλοντος για την αποβολή του άγχους και των φόβων της (Perry & Potter, 2012).

#### **4.3.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ**

Η μετεγχειρητική προετοιμασία διακρίνεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση της μετεγχειρητικής φροντίδας πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της άμεσης περιόδου αποκατάστασης όπου η ασθενής φεύγει από το χειρουργείο και πηγαίνει στην αίθουσα ανάνηψης. Η δεύτερη φάση αποκατάστασης είναι η μετεγχειρητική περίοδος ανάρρωσης όπου η ασθενής φεύγει από τη μονάδα ανάνηψης ή τη μονάδα εντατικής και πηγαίνει στο θάλαμο.

Οι ενέργειες του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής προετοιμασίας στη πρώτη φάση της άμεσης αποκατάστασης είναι:

- Ο έλεγχος του εξοπλισμού στο θαλαμίσκο της αίθουσας ανάνηψης/ μονάδας εντατικής
- Η άμεση σύνδεση της παροχής οξυγόνου, το κρέμασμα και ο έλεγχος της ροής των ενδοφλέβιων υγρών καθώς και η σύνδεση του παλμικού οξύμετρου. Η σύνδεση οποιουδήποτε σωλήνα παροχέτευσης με παροχέτευσεις βαρύτητας, όπως συνίσταται. Η σύνδεση του μόνιτορ της καρδιακής λειτουργίας και η εξασφάλιση ότι ο μόνιμος καθετήρας και ο σάκος συλλογής είναι στη θέση παροχέτευσης και ορατός
- Η πραγματοποίηση της πλήρους αξιολόγησης των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά έως ότου σταθεροποιηθεί η ασθενής
- Η διατήρηση των αεραγωγών ανοιχτών. Η ενθάρρυνση της ασθενούς να βήξει και να αναπνεύσει βαθιά κάθε 15 λεπτά και η αναρρόφηση του τεχνητού αεραγωγού και της στοματικής κοιλότητας όσο συσσωρεύονται εκκρίσεις.
- Η προσπάθεια να ξυπνήσει την ασθενή καλώντας το όνομά της ή ακουμπώντας την απαλά και μετακινώντας ένα μέλος του σώματος της για να της εξηγήσει ότι βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης ή στη μονάδα εντατικής
- Η αξιολόγηση της αιμάτωσης επιθεωρώντας το χρώμα των νυχιών, τους βλεννογόνους και το δέρμα. Η ψηλάφηση της θερμοκρασίας του δέρματος και ο έλεγχος της επαναπλήρωσης των τριχοειδών

- Η παρακολούθηση των παροχετεύσεων και των χαρακτηριστικών τους, καθώς και των ενδοφλέβιων υγρών αφού γίνει παρατήρηση του σημείου εισαγωγής του ενδοφλέβιου καθετήρα για σημεία διήθησης, όπως οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα, ενόχληση και διαρροή των ενδοφλέβιων υγρών
- Η αξιολόγηση του επιπέδου πόνου καθώς η ασθενής ξυπνά και η παροχή αναλγητικών όπως συνιστάται όταν τα ζωτικά σημεία έχουν σταθεροποιηθεί
- Η ενθάρρυνση της ασθενούς να αρχίσει βαθιές αναπνοές και τις ασκήσεις βήχα
- Η ενθάρρυνση της ασθενούς να κάνει πρακτική στις ασκήσεις των αστραγάλων και της κάμψης των κνημών
- Η εξήγηση στην ασθενή της εξέλιξης της κατάστασής της και ότι σύντομα θα μεταφερθεί σε νοσηλευτικό τμήμα κατόπιν ιατρικής εντολής αφού μετρηθούν όλα τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά πριν τη μεταφορά της (Perry & Potter, 2012).

Οι ενέργειες του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής προετοιμασίας στη δεύτερη φάση της ανάρρωσης είναι:

- Ο τελικός έλεγχος της οργάνωσης του εξοπλισμού στο δωμάτιο της ασθενούς, συμπεριλαμβανοντας λεκάνη για εμετό. Ο νοσηλευτής πρέπει να σιγουρευτεί ότι το κρεβάτι είναι σε υψηλή θέση και οι ρόδες είναι κλειδωμένες
- Η βοήθεια να τοποθετηθεί στο κρεβάτι της η ασθενής κατά την άφιξή της στο δωμάτιο
- Η άμεση σύνδεση οποιουδήποτε σωλήνα οξυγόνου υπάρχει, το κρέμασμα των ενδοφλέβιων υγρών, ο έλεγχος της ροής τους και η τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στη θέση παροχέτευσης
- Η αξιολόγηση όλων των ζωτικών σημείων
- Η διατήρηση του αεραγωγού της ασθενούς και ενθάρρυνση για βαθιά αναπνοή και βήχα χρησιμοποιώντας το μαξιλάρι ως νάρθηκα στην τομή κάθε 1 με 2 ώρες
- Η αξιολόγηση των χειρουργικών επιδέσμων της ασθενούς για το αν είναι άθικτοι καθώς και για την παρουσία και τα χαρακτηριστικά της παροχέτευσης



- Η αξιολόγηση για πιθανή διάταση ουροδόχου κύστης, εάν η ασθενής δεν έχει μόνιμο καθετήρα και προσφορά σκωραμίδας εάν η ασθενής έχει έπηξη προς ούρηση
- Η αξιολόγηση κολπικής αιμορραγίας
- Η ενθάρρυνση της ασθενούς για να συνεχίσει με τις ασκήσεις ποδιών κάθε 1 με 2 ώρες. Εάν η ασθενής δεν μπορεί ή είναι απρόθυμος να τις κάνει ο νοσηλευτής κάνει παθητική σειρά κινήσεων
- Η αναφορά στο αρχείο αποκατάστασης για τον καθορισμό εάν το αναλγητικό χορηγήθηκε. Ωστόσο το αναλγητικό θα πρέπει να χορηγείται με βάση τον πόνο της ασθενούς
- Η εκτέλεση των ακόλουθων μέτρων όταν η ασθενής σταθεροποιηθεί κατά τη διάρκεια των επόμενων ωρών ή ημερών όπως η ενθάρρυνση της ασθενούς να συμμετέχει στις μετεγχειρητικές ασκήσεις, η ενθάρρυνση για τη χρήση σπιρομέτρου εάν συνίσταται για την αποτελεσματικότητα της αναπνοής, η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων την πρώτη φορά που η ασθενής κάθεται ή στέκεται για να κρίνεται την ανοχή, η παρακολούθηση των εντερικών ήχων σύμφωνα με το πρωτόκολλο, η βοήθεια στην ασθενή να αξιολογήσει τη φυσιολογική αποβολή ούρων, η συχνή παρακολούθηση για την πρόοδο της επούλωσης του τραύματος και η αλλαγή των επιδέσμων σύμφωνα με τις οδηγίες, ο έλεγχος και η διατήρηση των συσκευών παροχέτευσης του τραύματος και η παρατήρηση της παροχέτευσης για το χρώμα, την περιεκτικότητα και την ποσότητα κάθε 4 με 8 ώρες
- Η διδασχία της ασθενούς και της οικογένειας για τα σημεία και τα συμπτώματα των επιπλοκών όπως η λοίμωξη, η διάνοιξη, η υπερβολική αιμορραγία, η θρομβοφλεβίτιδα και η ανάγκη για διατροφή για την επούλωση των πληγών καθώς και τεχνικές φροντίδας του τραύματος εάν είναι απαραίτητο
- Η συζήτηση με την ασθενή και την οικογένεια για τις οδηγίες εξόδου που θα πρέπει να περιλαμβάνουν την αποφυγή ανύψωσης βαρέων αντικειμένων, κανονική διατροφή, ανάπαυση και αποφυγή εισαγωγής αντικειμένων στον κόλπου συμπεριλαμβανομένης της συνουσίας έως ότου δοθεί σχετική οδηγία εντός 6 με 8 εβδομάδων (Perry & Potter, 2012).

### 4.3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται από τους ογκολόγους για την καταστροφή του όγκου, την ελάττωση του μεγέθους του, την ανακούφιση από τον πόνο ή την αντιμετώπιση αποφρακτικών φαινομένων. Η ακτινοβολία χορηγείται με ιονίζουσα ακτινοβολία, γάμμα και ακτινών Χ καθώς διαχωρίζεται σε τηλεθεραπεία και βραχυθεραπεία. Η τηλεθεραπεία καλείται διαφορετικά ως εξωτερική ακτινοθεραπεία ενώ ακτινοβολεί την πάσχουσα περιοχή από μια πηγή που βρίσκεται σε κάποια απόσταση από τον ασθενή. Στον όγκο παρέχεται μια σταθερή σχετικά δόση ακτινοβολίας. Η βραχυθεραπεία ή αλλιώς εσωτερική ακτινοβολία πραγματοποιείται με τη χρήση ενός ραδιενεργού υλικού που τοποθετείται μέσα ή κοντά στον όγκο. Έτσι επιτυγχάνεται η μεγάλη δόση ακτινοβολίας στην κακοήθεια και ταυτόχρονα πολύ μικρότερη δόση στους παρακείμενους φυσιολογικούς ιστούς, αποφεύγοντας τις βλάβες που μπορεί να προκληθούν σε αυτούς από την ακτινοβολία (Lemone & Bruke, 2004).

Πιο συγκεκριμένα στην τηλεθεραπεία οι νοσηλευτικές ευθύνες και η εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειας της είναι:

- Η παρακολούθηση για παρενέργειες όπως, αλλοιώσεις δέρματος, αχρωμία, ερύθημα, απολέπιση, οίδημα ή αιμορραγία, εξέλκωση των βλεννογόνων, ναυτία και εμέτους και διάρροια ή αιμορραγία από το πεπτικό
- Η παρατήρηση για δύσπνοια ή μεταβολές στην αναπνοή
- Η καταγραφή των φαρμάκων που λαμβάνει η ασθενής κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας
- Η παρακολούθηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων για ενδεχόμενη σημαντική μείωση
- Το πλύσιμο του δέρματος, πάνω στο οποίο έχει σχεδιαστεί με μελάνη το πεδίο της ακτινοβολίας, μόνο με νερό χωρίς σαπούνι. Αποφυγή χρήσης αποσμητικών, λοσιόν, φαρμάκων, αρωμάτων ή σκόνης ταλκ στην περιοχή αυτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Λήψη μέριμνας ώστε να μην σβήσουν τα σημάδια από την ειδική μελάνη
- Η ενημέρωση για την αποφυγή τριψίματος των περιοχών του δέρματος που έχουν ακτινοβοληθεί

- Η εφαρμογή ζεστών ή κρύων επιθεμάτων στην περιοχή που έχει ακτινοβοληθεί
- Ο έλεγχος του δέρματος για βλάβες ή σοβαρές αλλοιώσεις. Ειδοποίηση στον ακτινοθεραπευτή ή στον θεράποντα ιατρό
- Η ένδυση με χαλαρά και μαλακά ενδύματα πάνω από την περιοχή που έχει ακτινοβοληθεί
- Η προστασία του δέρματος από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία στη διάρκεια της θεραπείας για τουλάχιστον 1 έτος μετά την διακοπή της. Κάλυψη του δέρματος με προστατευτικά ενδύματα στη διάρκεια της θεραπείας. Με την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας γίνεται χρήση αντηλιακών με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15
- Η εξωτερική ακτινοθεραπεία δε δημιουργεί κινδύνους έκθεσης άλλων ατόμων σε ακτινοβολία, ακόμη και όταν υπάρχει στενή σωματική επαφή
- Η σωστή αναπνοή και η τήρηση μιας ισορροπημένης διαίτας
- Η ενημέρωση της ασθενούς για τυχόν παρενέργειες όπως διάρροια, κυστίτιδα, σεξουαλική δυσλειτουργία, ουρηθρική και ορθική στένωση, αλλοιώσεις στο δέρμα, στην υφή και στο χρώμα, αλωπεκία, καταστολή του μυελού των οστών με λευκοπενία, αναιμία, θρομβοπενία, κατασταλμένη ανοσολογική λειτουργία και κόπωση (Lemone & Bruke, 2004).

Αντίστοιχα, στην βραχυθεραπεία οι νοσηλευτικές ευθύνες και η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του είναι:

- Η τοποθέτηση της ασθενούς σε ξεχωριστό δωμάτιο
- Η μείωση της διάρκειας των επισκέψεων σε 10 έως 30 λεπτά. Οι επισκέπτες θα πρέπει να κάθονται σε απόσταση τουλάχιστον 2 μέτρων από την ασθενή
- Η παρακολούθηση για παρενέργειες όπως αίσθημα καύσου, υπερβολική εφίδρωση, ρίγη και πυρετό, ναυτία και έμετο ή διάρροια
- Η αξιολόγηση για τυχόν εμφάνιση συριγγίων ή νέκρωση των παρακείμενων ιστών
- Η παραμονή στο κρεβάτι και η αποφυγή απότομων κινήσεων ώστε να αποφευχθεί η μετατόπιση του ραδιενεργού εμφυτεύματος για όσο διάστημα αυτό έχει τοποθετηθεί

- Η αποφυγή της στενής επαφής με άλλα άτομα μέχρι το τέλος της θεραπείας αν αυτή πραγματοποιηθεί στα εξωτερικά ιατρεία
- Η τοποθέτηση των σωματικών υγρών/εκκρίσεων που αποβάλλονται από τον οργανισμό σε ειδικά δοχεία ή σε μια τουαλέτα που δεν χρησιμοποιείται από άλλα άτομα
- Η εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων αφού η ασθενής είναι σε θέση για κάτι τέτοιο. Συμβουλή για ξεκούραση σε περίπτωση κόπωσης
- Η συμβουλή για ισορροπημένη διαίτα. Τα συχνά μικρά γεύματα γίνονται καλύτερα ανεκτά
- Η συμβουλή του νοσηλευτή για οποιεσδήποτε απορίες ή ερωτήσεις μετά την έξοδο
- Τέλος, η ενημέρωση για τις γενικές επιδράσεις οι οποίες είναι η αυξημένη θερμοκρασία, η συχνουρία, η διάρροια, η ναυτία και η ανορεξία (Lemone & Bruke, 2004).

#### **4.3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χημειοθεραπεία είναι ακόμη μια θεραπεία εκλογής αντιμετώπισης του καρκίνου. Προκαλεί διαταραχή του κυτταρικού κύκλου σε διάφορες φάσεις του, αναστέλλοντας τον κυτταρικό μεταβολισμό και τη διαίρεση του κυττάρου. Επίσης, επηρεάζει την ικανότητα του πάσχον κυττάρου να συνθέτει ζωτικής σημασίας ένζυμα και χημικές ουσίες. Η χημειοθεραπεία χορηγείται από το στόμα, ενδομυϊκά και ενδοφλέβια. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει μέτρα για την προστασία του, όπως να φορά γάντια, μάσκες και ειδικό ρουχισμό από την προετοιμασία μέχρι και το πέρας της χημειοθεραπείας. Επίσης, μέτρα προστασίας θα πρέπει να λαμβάνονται κατά την απομάκρυνση των βιολογικών υγρών των ασθενών καθώς τα φάρμακα είναι εξαιρετικά τοξικά (Lemone & Bruke, 2004).

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των τοξικών ή άλλων παρενεργειών των φαρμάκων και η προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης. Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται είναι:

- Η εκτίμηση και παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία και συμπτώματα τοξικών παρενεργειών
- Η εκτίμηση και παρακολούθηση εργαστηριακών εξετάσεων για την προειδοποίηση τοξικών παρενεργειών
- Ο έλεγχος της περιοχής του καθετήρα για τυχόν λοίμωξη, διήθηση των ιστών και απόφραξη του καθετήρα καθώς και φροντίδα της περιοχής αυτής
- Η αντιμετώπιση της ναυτίας, του εμέτου, της διάρροιας, της φλεγμονής και της εξέλκωσης του βλεννογόνου του στόματος, την απώλεια των τριχών, τις αλλοιώσεις του δέρματος, την ανορεξία και την κόπωση με τις κατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα των σημείων φλεβικής προσπέλασης και την ασφαλή απομάκρυνση των χρησιμοποιημένων συσκευών της χημειοθεραπείας και των σωματικών υγρών
- Η ενθάρρυνση της ασθενούς για αυξημένη πρόσληψη υγρών για την διευκόλυνση της αποβολής των φαρμάκων από τον οργανισμό

- Η συμβουλή για ανάπαυση μεγάλων χρονικών διαστημάτων για καλύτερη ανοχή στη θεραπεία και την αποφυγή εμφάνισης άλλων ασθενειών
- Η ενημέρωση των ασθενών στην αναγνώριση των επιπλοκών
- Η εκπαίδευση για την κατάλληλη στιγμή που θα πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός ή η ομάδα επείγουσας βοήθειας
- Η αξιολόγηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων έτσι ώστε στις περιπτώσεις που ο αριθμός αυτός είναι χαμηλός να περιορίζεται η επαφή με άλλα άτομα
- Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων της ασθενούς που συνήθως είναι η συναισθηματική εξάντληση
- Η ενημέρωση της ασθενούς για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας οι οποίες θα επηρεάσουν την ικανότητά της να εργαστεί, να φροντίσει την οικογένειά της και το σπίτι, να έχει σεξουαλική δραστηριότητα και να συμμετέχει σε κοινωνικοψυχαγωγικές δραστηριότητες
- Η αντιμετώπιση της διαταραγμένης εικόνας του σώματος σχετιζόμενη με την αλωπεκία και την απώλεια βάρους
- Η ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων, του φόβου και της ανησυχίας
- Η ενθάρρυνση για συμμετοχή στη φροντίδα της και διατήρηση του ελέγχου της ζωής της (Lemone & Bruke, 2004).

#### 4.3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία είναι μια θεραπεία που εφαρμόζεται συνδυαστικά με άλλους τύπους θεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας προστίθεται στο σώμα μια ορμόνη επηρεάζοντας την φυσιολογική παραγωγή των ορμονών. Έτσι εάν η αύξηση του όγκου υποβοηθάτε από μια ορμόνη, χορηγώντας έναν άλλον τύπο εμποδίζεται η πρόσληψη της ορμόνης που προάγει την αύξηση και επομένως επιβραδύνεται η εξέλιξη του όγκου. Οι παρενέργειες της ορμονοθεραπείας και πιο συγκεκριμένα των υποδοχών των ανδρογόνων και αντι-οιστρογόνων είναι η τριχοφυΐα στο πρόσωπο και στο θώρακα, η διακοπή του καταμήνιου κύκλου, η συρρίκνωση του μαστού, η κατακράτηση υγρών, η ακμή, η υπερκαλιαιμία και η δυσλειτουργία του ήπατος. Στην περίπτωση που οι γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου λαμβάνουν οιστρογόνα και προγεστίνες έχουν βαριές εμμηνορρυσίες, ευαισθησία στους μαστούς και υπάρχει κίνδυνος για σχηματισμό θρόμβου (Lemone & Bruke, 2004).

Η νοσηλευτική φροντίδα στην προκειμένη περίπτωση είναι:

- Η αντιμετώπιση της διαταραγμένης εικόνας του σώματος
- Η αντιμετώπιση της κατακράτησης υγρών και η πρόληψη σχηματισμού θρόμβου
- Η αντιμετώπιση της ακμής με φαρμακευτική αγωγή κατόπιν ιατρικής εντολής και
- Η εκτίμηση και η παρακολούθηση των εργαστηριακών εξετάσεων για τυχόν υπερκαλιαιμία και μιας δυσλειτουργίας ήπατος (Dewit, 2009).



## 4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

### 4.4.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που μπορούν να προκληθούν μετά από μια διάγνωση καρκίνου είναι: ο πόνος, το σύνδρομο ανορεξίας – καχεξίας, το ψυχολογικό στρες, η διαταραχή της εικόνας του σώματος της ασθενούς, το σωματικό στρες, η διαταραχή της σεξουαλικής δραστηριότητας και το άγχος (Lemone & Bruke, 2004).

Ειδικότερα:

- ✚ Ο πόνος ενώ δεν συνοδεύει πάντα τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο και αυτό επειδή πολλοί λανθασμένα πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου. Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσης οργάνων, εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου και γενικά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 2000).

Ο καρκινικός πόνος διαχωρίζεται σε δύο μορφές τον οξύ και τον χρόνιο. Ο οξύς εμφανίζεται στα πρώτα στάδια του καρκίνου χάρις στην δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αφού ο οργανισμός αρχίσει να προσαρμόζεται στον πόνο αυτό ο οξύς πόνος εξελίσσεται σε χρόνιος και διαρκεί περισσότερο από 6 μήνες. Ο χρόνιος πόνος καταφέρνει την μεταβολή της προσωπικότητας, τη διαταραχή της λειτουργικότητας και τον τρόπο ζωής του ατόμου επηρεάζοντας τη συμμόρφωση της ασθενούς με το θεραπευτικό σχήμα και την ποιότητα ζωής της. Ο σκοπός της θεραπείας του πόνου είναι η ανακούφιση των ασθενών, γεγονός που τους προσφέρει τη δυνατότητα να ζήσουν όπως επιθυμούν ή όσον αφορά τους ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια της νόσου τους, να καταλήξουν από την πάθησή τους χωρίς να υποφέρουν (Lemone & Bruke, 2004).

Η φαρμακευτική θεραπεία του πόνου πρέπει να καθορίζεται από τον γιατρό. Στην επιλογή ενός ή περισσότερων φαρμάκων έχουμε υπ' όψιν, τα χαρακτηριστικά του πόνου, αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον άρρωστο, ποιο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου, αν μπορεί να γίνει κάτι με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο, αν μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι και αν ο εθισμός στο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα. Οι δραστηριότητες και οι ασχολίες του αρρώστου κατά τη μέρα είναι πολύ περισσότερες από τη νύκτα, για αυτό συνίσταται η μείωση των αναλγητικών φαρμάκων τη μέρα και η αύξησή τους τη νύκτα. Κατά τη χορήγηση



των αναλγητικών, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να ξεχνά ότι τα φάρμακα σε ένα βαθμό ανακουφίζουν αν ο άρρωστος πιστεύει ότι τον ωφελούν. Μερικές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να προστατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο του εθισμού αραιώνοντας το διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του φαρμάκου. Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας είναι το φάρμακο να μην επιδράσει αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι δυνατός και ο άρρωστος να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 2000).

Τα φάρμακα χορηγούνται από το στόμα και δίνονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα (κάθε 4 ώρες) ενώ όταν ο πόνος δεν υποχωρεί προστίθενται και επιπλέον δόσεις. Όταν ο ασθενής δεν είναι δυνατόν να ανακουφισθεί από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών από το στόμα μπορεί να του χορηγηθεί το ίδιο ναρκωτικό αναλγητικό που λαμβάνει συνήθως από άλλη οδό: ενδομυϊκά, υποδόρια, από το ορθό ή με αυτοκόλλητα διαδερμικά επιθέματα (patches) ή να γίνει συνεχής ενδοφλέβια έγχυση, συνήθως με τη βοήθεια ρυθμιζόμενης αντλίας (Lemone & Bruke, 2004).

- ✚ Το **σύνδρομο ανορεξίας – καχεξίας** αναπτύσσεται συχνά στα άτομα με καρκίνο. Διακρίνεται από την απότομη απώλεια βάρους χάρις στη χρήση των θρεπτικών ουσιών που προορίζονταν για τον οργανισμό και την απελευθέρωση ουσιών από τον όγκο δημιουργώντας ανορεξία – καχεξία. Ο υποσιτισμός και μια κακή ψυχολογία ενισχύει την αίσθηση του πόνου, την ανάπτυξη λοίμωξης, τη δημιουργία μιας κατάθλιψης και την ευαισθησία απέναντι στις παρενέργειες που προκαλούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία (Lemone & Bruke, 2004).
- ✚ Στο **ψυχολογικό στρες** τα άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με τη διάγνωση του καρκίνου, εμφανίζουν μια ποικιλία ψυχολογικών και συναισθηματικών αντιδράσεων. Κάποια άτομα αντιλαμβάνονται τον καρκίνο σα μια θανατική καταδίκη και αισθάνονται υπέρμετρη θλίψη, στην οποία συχνά παραδίδονται ολοκληρωτικά. Άλλοι ενδεχομένως να αισθάνονται ένοχοι, θεωρώντας ότι ο καρκίνος αποτελεί μια μορφή τιμωρίας για συνήθειες του παρελθόντος. Το άτομο είναι δυνατόν να αισθανθεί θυμό, ιδιαίτερα όταν πιστεύει ότι είχε υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ο θυμός αυτός είναι δυνατόν να υποκρύπτει ένα αίσθημα αδυναμίας. Ο φόβος είναι συνήθης: φόβος για την έκβαση της νόσου, φόβος για τις συνέπειες της θεραπείας, φόβος για τον πόνο, φόβος για τον θάνατο. Κάποια άτομα αισθάνονται απομονωμένα λόγω του στίγματος του καρκίνου και λόγω παλαιών πεποιθήσεων σχετικά με την πιθανή μεταδοτικότητα της νόσου. Συχνά υπάρχουν, χωρίς όμως να εκφράζονται,

ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος και διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος έχει προσβάλλει τα γεννητικά όργανα (Lemone & Bruke, 2004).

- ✚ Η **διαταραχή της εικόνας του σώματος** αποτελεί ακόμη μία επίπτωση του καρκίνου. Για πολλές γυναίκες, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας του καρκίνου μπορεί να είναι σχεδόν το ίδιο δυσάρεστες και οδυνηρές όσο και η ίδια η νόσος. Αν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των διαφόρων θεραπειών ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων, η σωματική εμφάνιση και η ποιότητα της ζωής της γυναίκας πάντοτε επηρεάζονται. Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η αλωπεκία, η ναυτία, ο έμετος, η κόπωση, η διάρροια, η στοματίτιδα και η χειρουργική ουλή διαταράσσουν τη σωματική εμφάνιση.

Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλευτική διεργασία που ακολουθείται είναι:

- Η εκτίμηση για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του είδους της προτεινόμενης θεραπείας και η βοήθεια στη γυναίκα να αναπτύξει σχέδιο αντιμετώπισης τους. Αυτό δίνει μια αίσθηση ελέγχου
- Η υπενθύμιση στη γυναίκα και στην οικογένειά της ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συνήθως αντιμετωπίσιμες και μπορεί να είναι προσωρινές. Επιπλέον μπορούν να ληφθούν μέτρα για την ανακούφιση από τη στοματίτιδα, για το αίσθημα της κόπωσης καθώς και να γίνει λήψη φαρμάκων για τη ναυτία, τον έμετο και τη διάρροια (Μπόντης, 2007).

- ✚ Το **σωματικό στρες** αναπτύσσεται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα προσπαθεί να καταστρέψει μια κακοήθεια. Πολλές φορές αυτό δεν επιτυγχάνεται καθώς εξαντλείται ο οργανισμός. Κατά τη διαδικασία αυτή επηρεάζεται το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, η θρέψη ενώ απαιτούνται μεγάλα ποσά ενέργειας. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από κόπωση, απώλεια βάρους, αναιμία, αφυδάτωση και διαταραχές βιοχημικών εξετάσεων (Lemone & Bruke, 2004).

- ✚ Η **διαταραχή της σεξουαλικής δραστηριότητας** μπορεί να προέλθει από την αίσθηση της γυναίκας ότι δεν είναι ελκυστική, από το αίσθημα κόπωσης ή από τον πόνο και τη δυσφορία και από την άλλη ο σύντροφός της μπορεί να νομίζει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα είναι επιβλαβής.

Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλευτική διεργασία που ακολουθείται είναι:

- Η ενθάρρυνση για την έκφραση των συναισθημάτων για την επίδραση του καρκίνου στη ποιότητα ζωής τους και στη σεξουαλική τους σκέψη. Η έκφραση των συναισθημάτων βοηθάει στη μείωση του άγχους και βελτιώνει τη χαλάρωση
  - Η πρόταση στο ζευγάρι να προσφύγουν σε εναλλακτικές σεξουαλικές στάσεις και να συντονίζουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε στιγμές ξεκούρασης και στιγμές χωρίς ιδιαίτερο πόνο και φυσικά όταν ο γιατρός το επιτρέπει. Έτσι δημιουργείται πιο ευνοϊκό περιβάλλον για ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα (Μπόντης, 2007).
- ✚ Το **άγχος** δημιουργείται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης αλλά και της πρώτης θεραπείας. Είναι αποτέλεσμα της δυνητικής ή πραγματικής μεταβολής της κατάστασης της υγείας, του λειτουργικού ρόλου στην κοινωνία, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της ασθενούς, του πόνου, της αλλαγής της εικόνας του σώματος και λόγω της απειλής του θανάτου. Το άγχος εμφανίζεται ως τρόμος, ανησυχία, ερεθιστικότητα, έντονη δραστηριότητα, διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, απόσυρση, ανησυχίες έκφρασης στο πρόσωπο, αποφυγή οπτικής επαφής, αϋπνία, αίσθημα έντασης και αγωνίας για το μέλλον, έκφραση ανησυχίας για τις αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει η νόσος και φόβος για τις μελλοντικές εξελίξεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους είναι:

- Η αξιολόγηση του επιπέδου άγχους της ασθενούς( μέτριο, έντονο, πανικός) και κατά πόσο οι απειλές που αντιμετωπίζει λόγω του καρκίνου είναι πραγματικές, προσδιορίζοντας την σωστή και κατάλληλη παρέμβαση για την συγκεκριμένη ασθενή
- Η δημιουργία μιας ειλικρινής σχέσης με την ασθενή, προσφέροντας αίσθημα ζεστασιάς και συμπάθειας και ακούγοντάς την χωρίς επικριτική διάθεση
- Η ενθάρρυνση της ασθενούς να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά της, ακόμα και αν ντρέπεται για αυτά
- Η εξέταση των στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων που η ασθενής είχε χρησιμοποιήσει παλαιότερα και η στήριξη σε επιτυχείς συμπεριφορές του

παρελθόντος, συστήνοντας παράλληλα και νέες στρατηγικές όπου χρειάζεται. Η εξήγηση ορισμένων στρατηγικών όπως η καταστολή του θυμού ή η καταφυγή στη χρήση αλκοόλ δε μπορούν να βοηθήσουν

- Η υπόδειξη για πηγές βοήθειας στο επίπεδο της κοινότητας, όπως γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση κρίσεων και ομάδες υποστήριξης, που μπορούν να βοηθήσουν την ασθενή να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που της δημιουργούν άγχος
- Η πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία της και το τι θα αναμένεται, ιδιαίτερα εάν είναι φανερό ότι δεν είναι καλά πληροφορημένη
- Η δημιουργία ενός ασφαλούς, ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος για την ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πανικού. Η παραμονή μαζί της και η χορήγηση αγχολυτικών, σύμφωνα με τις οδηγίες
- Η χρήση της θεωρίας της παρέμβασης για την αντιμετώπιση των κρίσεων ώστε να υποστηριχθούν η ασθενής και τα σημαντικά για αυτήν πρόσωπα, ασχέτως της έκβασης της νόσου (Lemone & Bruke, 2004).

#### 4.4.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ένας από τους πρώτους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να ανατρέψουν την καθιερωμένη εικόνα του καρκίνου, εφόσον είναι ασυμβίβαστη με τις διαπιστώσεις των σύγχρονων ερευνών. Οι ασθενείς χρειάζεται να δουν τον καρκίνο όχι σαν ένα τοπικό πρόβλημα αλλά σαν μια διαταραχή του συστήματος του οργανισμού, όχι σαν ένα ξένο, νέο πλάσμα που βασανίζει το σώμα τους αλλά σαν αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης στους βιολογικούς, στους ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθήσουν τις καρκινοπαθείς να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι πάντα θύματα της ασθένειας αλλά και πως οι ίδιες μπορεί να συνέβαλαν στην ανάπτυξή της, να παρακολουθήσουν την εξέλιξή της και να ανακαλύψουν τις σημαντικότερες καταστάσεις στρες του πρόσφατου παρελθόντος. Ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των ασθενών στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού τους. Εφόσον η γυναίκα το επιθυμεί της συστήνουμε να επισκεφτεί έναν ειδικό. Έτσι, αρχίζοντας ατομική ψυχοθεραπεία η ασθενής ακολουθώντας τις οδηγίες του ψυχοθεραπευτή μπορεί να αισθάνεται ενεργητική, με εμπιστοσύνη στον εαυτό της, να εκφράζει τα συναισθήματά της, αντιλήψεις και ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι αποδεκτά από τους άλλους. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να ξαναβρεί την ελπίδα και τη δύναμη να αγωνιστεί για τη ζωή (Dewit, 2009).

Η αποκατάσταση για τους ασθενείς με καρκίνο αφορά την ανάκτηση των δυνάμεων μετά από μια χειρουργική επέμβαση ή τη χημειοθεραπεία αλλά και την ανάρρωση της ασθενούς από τα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Η αποκατάσταση εστιάζεται στην ψυχολογική υποστήριξη, στη διατήρηση της επαγγελματικής απασχόλησης και την αποθεραπεία πριν την πλήρη ανάληψη των υποχρεώσεων της ασθενούς. Η ψυχολογική αποκατάσταση των ασθενών που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο διαπραγματεύεται τα θέματα μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. Η εξάλειψη του φόβου από την εμπειρία του καρκίνου και τα κοινωνικά ζητήματα που προέκυψαν αλλά και η επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία είναι κάποια από τα ζητήματα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής.

Τα ζητήματα αυτά είναι:

- Η ενθάρρυνση για ανεύρεση εργασίας

- Η ενθάρρυνση για επανένταξη στις καθημερινές δραστηριότητες, υποχρεώσεις και στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Συμβουλές και προτάσεις για την ανάκτηση της σεξουαλικότητας της γυναίκας και
- Η παρότρυνση για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες αυτοβοήθειας (Lemone & Bruke, 2004).

Επειδή η διαδικασία της αποκατάστασης, το πρώτο διάστημα γίνεται συνήθως στο σπίτι της ασθενούς πολλές φορές την διαδικασία αυτή θα πρέπει να ακολουθούν και οι οικείοι της, για αυτό ακόμη θα πρέπει να υπάρχει και μια κατ' οίκον φροντίδα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση είναι:

- Η εκπαίδευση στη φροντίδα του τραύματος της ασθενούς με ανοιχτά τραύματα ή με κάποια βλάβη από την οποία υπάρχει εκροή υγρού και παρότρυνση για παραπομπή σε νοσηλευτή που προσφέρει κατ' οίκον νοσηλεία για την παρακολούθησή της
- Η εξήγηση για τις ειδικές δίαιτες με σαφήνεια ή παραπομπή της ασθενούς σε διαιτολόγο πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο
- Ο έλεγχος εάν η ασθενής και η οικογένειά του έχουν κατανοήσει τις ιατρικές οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή ή τις άλλες μορφές θεραπείας καθώς και το πότε θα συναντήσει τον ιατρό της για τη μετέπειτα παρακολούθησή της
- Η χορήγηση ή η παραγγελία του απαραίτητου εξοπλισμού και των υλικών που απαιτούνται για την κατ' οίκον φροντίδα, ιδιαίτερα κάποιο ειδικό κρεβάτι ή συσκευές που βοηθούν στην κινητικότητα και παρέχουν ασφάλεια στο σπίτι
- Η εξασφάλιση της παραπομπής της ασθενούς στην οποία απαιτείται σύνθετη φροντίδα (παρεντερική διατροφή) πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο, σε νοσηλευτή που ασχολείται με την κατ' οίκον φροντίδα.

Τέλος, τα άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου συνήθως αρνούνται οποιαδήποτε ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα επιλέγοντας την παραμονή τους στο σπίτι. Στις περιπτώσεις αυτές η συμβουλή που δίνεται είναι η επανένταξή του στην καθημερινότητα και η παρακολούθηση ενός προγράμματος παρηγορητικής φροντίδας (Lemone & Bruke, 2004).

## **ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η πτυχιακή μας εργασία ολοκληρώνεται μετά την εύρεση των νέων ερευνητικών δεδομένων. Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι η λήψη επιπρόσθετων πληροφοριών όσον αφορά τον καρκίνο του ενδομητρίου.

## **Article 1**

**Chun, N., (2011), 41(4), p. 471-480**

**Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer.**

### **Abstract**

#### **PURPOSE:**

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer.

#### **METHODS:**

The integrative 6-hr (two hours per session) program reflecting physical and psychosocial aspects of women's sexuality was developed based on Annon's PLISSIT model. Participants were 61 women with cervical, ovarian, or endometrial cancer. Of them, 29 were assigned to the experimental group and 32 to the control group. The women completed the Female Sexual Function Index (FSFI) including sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. Independent t-test and repeated measured ANOVA were used to test the effectiveness of the program.

#### **RESULTS:**

Significant group differences were found on FSFI sub-domain scores including sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, and satisfaction but not pain. Significant time differences were found on all domains except for pain in the experimental group repeated measured ANOVA.

#### **CONCLUSION:**

The results indicate that the three-week PLISSIT model sexual program is effective in increasing sexual function for women with gynecologic cancer. Nurses may contribute to improving women's sexual function by utilizing the program. Strategies to relieve sexual pain need to be considered for greater effectiveness of the program.



## **Άρθρο 1**

**Chun, N., (2011), 41(4), p. 471-480**

**Η αποτελεσματικότητα του σεξουαλικού προγράμματος PLISSIT στη θηλυκή σεξουαλική λειτουργία για γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο.**

### **Περίληψη**

#### **Σκοπός:**

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της άδειας, της περιορισμένης πληροφόρησης, των συγκεκριμένων προσδοκιών και της εντατικής θεραπείας (PLISSIT) του σεξουαλικού προγράμματος στη θηλυκή σεξουαλική λειτουργία για γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο.

#### **Μέθοδοι:**

Το ολοκληρωμένο 6ωρο πρόγραμμα (δύο ώρες ανά συνεδρία) αντανακλώντας φυσικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της γυναικείας σεξουαλικότητας αναπτύχθηκε βασισμένο στο μοντέλο PLISSIT του Annon. Οι συμμετέχοντες ήταν 61 γυναίκες με αυχένιο, ωθηκικό ή ενδομήτριο καρκίνο. Από αυτές οι 29 ήταν εγγεγραμμένες στο πειραματικό γκρουπ και 32 στο γκρουπ αυτοελέγχου. Οι γυναίκες συμπλήρωσαν την ένδειξη θηλυκής σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI) συμπεριλαμβάνοντας τη σεξουαλική επιθυμία, τον ερεθισμό, τη λίπανση, τον οργασμό, την ευχαρίστηση και τον πόνο. Ανεξάρτητα t-test και επαναλαμβανόμενα μετρημένα ANOVA χρησιμοποιούνταν για να ελέγχουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

#### **Αποτελέσματα:**

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν σε υποκατηγορία του FSFI η οποία περιλαμβάνει τη σεξουαλική επιθυμία, τον ερεθισμό, τη λίπανση, τον οργασμό και την ευχαρίστηση αλλά όχι τον πόνο. Παράλληλα, στο πειραματικό γκρουπ βρέθηκαν σημαντικές χρονικές διαφορές σε όλα τα πεδία ορισμού εκτός από τον πόνο, μέσω των επαναλαμβανόμενων μετρημένων ANOVA.

#### **Συμπέρασμα:**

Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι των τριών – εβδομάδων σεξουαλικό πρόγραμμα PLISSIT είναι αποτελεσματικό στο να αυξήσει την σεξουαλική λειτουργία για γυναίκες με

γυναικολογικό καρκίνο. Οι νοσοκόμες μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα. Στρατηγικές για την ανακούφιση του σεξουαλικού πόνου χρειάζεται να ληφθούν υπ' όψιν για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

## Article 2

**Karageogri, S., Hankinson, SE., Kraft, P., De Vivo, I., (2010) 126(1), p. 208-216**

### **Reproductive factors and postmenopausal hormone use in relation to endometrial cancer risk in the Nurses' Health Study cohort 1976-2004.**

Endometrial cancer is a disease primarily driven by cumulative exposure to estrogen unopposed by progesterone. Reproductive factors associated with changes in endogenous hormone levels and use of exogenous hormones such as postmenopausal hormones influence the risk of disease. The authors used the Nurses' Health Study, comprised of 121,700 nurses, to assess the above associations. Over 28 years of follow-up, 778 adenocarcinoma cases were diagnosed and 1,850,078 person-years were accumulated. Cox proportional hazards models were used to estimate relative risks (RR) and 95% confidence intervals (CI). A late age at menarche decreased the risk independent of body mass index (BMI) (P-trend = 0.02). A late age at menopause increased cancer risk (P-trend = 0.0003). An advanced age at last birth reduced the risk (P-trend < 0.0001), however, an inverse association with age at first birth and parity diminished after adjustment for age at last birth. Compared with never users, an increased risk was observed among long-term (> or =5 years) users of both estrogen (E) (RR = 7.67, 95% CI: 5.57, 10.57) and combined estrogen plus progesterone (E+P) (RR = 1.52, 95% CI: 1.03, 2.23). Normal-weight (BMI < 25) women had the highest risk following E or E+P use (P-interaction-E = 0.0008, P-interaction-E+P = 0.02). The findings from this study underscore the importance of hormonal mechanisms in endometrial carcinogenesis.

## Άρθρο 2

Karageogri, S., Hankinson, SE., Kraft, P., De Vivo, I., (2010) 126(1), p. 208-216

**Αναπαραγωγικοί παράγοντες και χρήση της μετεμμηνοπαυσιακής ορμόνης σε σχέση με το ρίσκο του ενδομήτριου καρκίνου στη μελέτη υγείας των νοσοκόμων του στρατιωτικού λόχου από το 1976 μέχρι το 2004.**

Ο ενδομήτριος καρκίνος είναι μια ασθένεια κατά βάση καθοδηγούμενη από τη συσσωρευτική έκθεση σε οιστρογόνα χωρίς αντίσταση από την προγεστερόνη. Οι αναπαραγωγικοί παράγοντες που σχετίζονται με αλλαγές στα επίπεδα της ενδογενούς ορμόνης και στη χρήση εξωγενών ορμονών όπως η μετεμμηνοπαυσιακή ορμόνη επηρεάζουν το ρίσκο της ασθένειας. Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τη μελέτη υγείας των νοσοκόμων αποτελούμενη από 121.700 νοσοκόμες για να εκτιμήσουν τους παραπάνω συσχετισμούς. Περίπου για 28 χρόνια κατά εξακολούθηση, διαγνώστηκαν 788 περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος και 1.850.078 ανθρωποέτη συσσωρεύτηκαν. Μοντέλα αναλογικών κινδύνων και διαστήματα αυτοπεποίθησης (CI) σε ποσοστό 95% χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση σχετικών ρίσκων (RR). Μια καθυστέρηση της εμμηναρχής μείωσε το ρίσκο ανεξάρτητα από την ένδειξη σωματικής μάζας (BMI) ( $P - \text{trend} = 0.02$ ). Μια καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης αύξησε το ρίσκο του καρκίνου ( $P - \text{trend} = 0.0003$ ). Μια τελευταία γέννα σε προχωρημένη ηλικία περιόρισε το ρίσκο ( $P - \text{trend} < 0.0001$ ), παρόλο αυτά, ένας αντίστροφος συσχετισμός με την ηλικία στην πρώτη γέννα και την ισοτιμία μειώθηκε μετά από διευθέτηση της ηλικίας στην τελευταία γέννα. Σε σύγκριση με άτομα που δεν ήταν ποτέ χρήστες ένα αυξανόμενο ρίσκο παρατηρήθηκε ανάμεσα σε μακροχρόνιους χρήστες ( $> \eta = 5$  χρόνια) τόσο οιστρογόνων (E)(RR = 7.67, 95% CI: 5.57, 10.57) όσο και συνδυασμών οιστρογόνων και προγεστερόνης (E+P) (RR = 1.52, 95% CI: 1.03, 2.23). Οι γυναίκες με φυσιολογικό βάρος (BMI < 25) είχαν το μεγαλύτερο ρίσκο ακολουθώντας είτε τη χρήση οιστρογόνων ή συνδυασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης ( $P - \text{αλληλεπίδραση} - E = 0.0008$ ,  $P - \text{αλληλεπίδραση} - E+P = 0.02$ ). Τα πορίσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τη σημασία των ορμονικών μηχανισμών στην ενδομήτρια καρκινογένεση.

### **Article 3**

**Cramer, Dw., (2012) 26(1), p. 1-12**

#### **The epidemiology of endometrial and ovarian cancer.**

This review highlights similarities in the epidemiology of endometrial and ovarian cancer, including highly correlated incidence rates and similar risk factor profiles. Factors that decrease risk for both cancers include a late menarche, early age at first birth, giving birth and breastfeeding, and use of oral contraceptives. Short or irregular cycles and late menopause are associated with increased risk for both. Other risk factors that appear to operate in a similar direction include decreased risk associated with IUD use or a tubal ligation, and increased risk associated with obesity, lack of exercise, and use of talc powders in genital hygiene. Estrogen excess is proposed as the underlying mechanism for most endometrial cancers, whereas incessant ovulation has been suggested as the explanation for ovarian cancer. However, an increased number of estimated ovulatory cycles correlates directly with risk for both endometrial and ovarian cancer, suggesting that reproductive tissue turnover with an accumulation of PTEN or p53 mutations represents a possible common mechanism. An immune-based explanation involving mucin proteins represents another common mechanism that could explain additional risk factors. Maintenance of ideal weight, breastfeeding children, use of oral contraceptives, and avoidance of talc powders in genital hygiene are measures that could lower the risk for both types of cancer. Careful selection of patients for prophylactic oophorectomy for those women who are coming to hysterectomy for benign disease is an additional measure to consider for ovarian cancer.

### Άρθρο 3

Cramer, Dw., (2012) 26(1), p. 1-12

#### Η επιδημιολογία του ενδομήτριου και του ωθηκικού καρκίνου.

Αυτή η ανάλυση επισημαίνει ομοιότητες στην επιδημιολογία του ενδομήτριου και του ωθηκικού καρκίνου περιλαμβάνοντας υψηλά επίπεδα συσχετιζόμενων περιστατικών και παρόμοιων προφίλ παραγόντων κινδύνου. Παράγοντες οι οποίοι μειώνουν το ρίσκο και για τις δύο μορφές καρκίνου περιλαμβάνουν μια καθυστερημένη εμμηναρχή, μια πρώτη εγκυμοσύνη σε νεαρή ηλικία, τη γέννα, το θηλασμό και τη χρήση αντισυλληπτικών. Οι μικροί ή ανώμαλοι κύκλοι και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συσχετίζονται με αύξηση του ρίσκου και για τις δύο μορφές καρκίνου. Άλλοι παράγοντες κινδύνου που εμφανίζονται να ενεργούν σε παρόμοια κατεύθυνση περιλαμβάνοντας μειωμένο κίνδυνο που συσχετίζεται με τη χρήση IUD ή μια σωληνώδη απολίνωση, και αυξημένο κίνδυνο που συσχετίζεται με την παχυσαρκία, την απουσία άσκησης και τη χρήση πούδρας talc στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων. Η υπέρβαση στα οιστρογόνα εμφανίζεται ως ο μηχανισμός που υπογραμμίζει τις περισσότερες μορφές ενδομήτριου καρκίνου ενώ η αδιάκοπη ωορρηξία έχει προταθεί ως η εξήγηση του ωθηκικού καρκίνου. Παρόλα αυτά ένας μεγάλος αριθμός υπολογισμένων κύκλων ωορρηξίας συσχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο τόσο του ενδομήτριου όσο και του ωθηκικού καρκίνου, υποδηλώνοντας ότι μια εναλλαγή στον αναπαραγωγικό ιστό με μία συσσώρευση PTEN ή p53 μεταλλάξεων αντιπροσωπεύει έναν πιθανό κοινό μηχανισμό. Μια εξήγηση με απρόσβλητη βάση που περιλαμβάνει πρωτεΐνη βλεννίνης αντιπροσωπεύει έναν άλλο κοινό μηχανισμό ο οποίος θα μπορούσε να εξηγήσει επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Η διαχείριση του ιδανικού βάρους, ο θηλασμός παιδιών, η χρήση στοματικών αντισυλληπτικών και η αποφυγή της πούδρας talc στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων είναι μέτρα που θα μπορούσαν να μειώσουν τον κίνδυνο και για τους δύο τύπους καρκίνου. Η προσεκτική επιλογή ασθενών για προληπτική ωθηκεκτομή για εκείνες τις γυναίκες που φθάνουν στην υστερεκτομή για καλοήγη ασθένεια είναι ένα επιπρόσθετο μέτρο που θα έπρεπε να ληφθεί υπ' όψιν για τον ωθηκικό καρκίνο.

#### **Article 4**

**Grunfeld, E., Moineddin, R., Gunraj, N., Del Giudice, ME., Hodgson,**

**DC., Knon, JS., Elit, L., (2012) 58(9), p. 980-986**

**Cancer screening practices of cancer survivors: population-based, longitudinal study.**

#### **OBJECTIVE:**

To describe cancer screening rates for cancer survivors and compare them with those for matched controls.

#### **DESIGN:**

Population-based, retrospective study with individuals linked across administrative databases.

#### **SETTING:**

Ontario.

#### **PARTICIPANTS:**

Survivors of breast (n = 11 219), colorectal (n = 4348), or endometrial (n = 3473) cancer, or Hodgkin lymphoma (HL) (n = 2071) matched to general population controls. Survivors were those who had completed primary treatment and were on "well" follow-up. The study period was 4 years (1 to 5 years from the date of cancer diagnosis).

#### **MAIN OUTCOME MEASURES:**

Never versus ever screened (in the 4-year study period) for breast cancer, colorectal cancer (CRC), and cervical cancer and never versus ever received (during the study period) a periodic health examination; rates were compared between cancer survivors and controls. Random effects models were used to estimate odds ratios and 95% CIs.

#### **RESULTS:**

Sixty-five percent of breast cancer survivors were never screened for CRC and 40% were never screened for cervical cancer. Approximately 50% of CRC survivors were never

screened for breast or cervical cancer. Thirty-two percent of endometrial cancer survivors were never screened for breast cancer and 66% were never screened for CRC. Forty-four percent of HL survivors were never screened for breast cancer, 77% were never screened for CRC, and 32% were never screened for cervical cancer. Comparison with matched controls showed a mixed picture, with breast and endometrial cancer survivors more likely, and CRC and HL survivors less likely, than controls to be screened.

**CONCLUSION:**

There is concern about the preventive care of cancer survivors despite frequent visits to both oncology specialists and family physicians during the "well" follow-up period.



## **Άρθρο 4**

**Grunfeld, E., Moineddin, R., Gunraj, N., Del Giudice, ME., Hodgson,**

**DC., Knon, JS., Elit, L., (2012) 58(9), p. 980-986**

**Οι πρακτικές καρκινικής διαλογής των επιζώντων από καρκίνο: Μελέτη με βάση τον πληθυσμό και το γεωγραφικό μήκος.**

### **Σκοπός:**

Η περιγραφή των επιπέδων καρκινικής διαλογής των επιζώντων από καρκίνο και η σύγκρισή τους με εκείνους των αντίστοιχων μελετών.

### **Σχεδιάγραμμα:**

Βασισμένο στον πληθυσμό, και στην αναδρομική μελέτη με άτομα συσχετισμένα κατά μήκους διοικητικών βάσεων δεδομένων.

### **Τοποθέτηση:**

Οντάριο

### **Συμμετέχοντες:**

Επιζώντες από καρκίνο του μαστού (n=11219), από καρκίνο του παχέους εντέρου (n=4348), από ενδομήτριο καρκίνο (n=3473) και από λέμφωμα Hodgkin (HL) (n=2071) αντίστοιχα με τον γενικό πληθυσμό. Οι επιζώντες ήταν εκείνοι που είχαν ολοκληρώσει την αρχική θεραπεία και εξακολούθησαν να βρίσκονται σε καλά επίπεδα. Η περίοδος της μελέτης διήρκεσε 4 χρόνια (1 με 5 χρόνια από την ημερομηνία διάγνωσης του καρκίνου).

### **Οι κύριες μετρήσεις αποτελεσμάτων:**

Το «ποτέ σε αντίθεση με το πάντα» αντιπροσωπευμένο σε μια περίοδο μελέτης 4-χρόνων για τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του παχέους εντέρου (CRC), και τον ωοθηκικό καρκίνο έλαβε (κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης), μια περιοδική εξέταση υγείας. Τα πορίσματα ήταν σε σύγκριση ανάμεσα σε επιζώντες καρκίνου και ελέγχου. Τυχαία μοντέλα επιδράσεων χρησιμοποιήθηκαν για να εκτιμήσουν αναλογίες πιθανοτήτων και 95% CIs.

### **Αποτελέσματα:**

Το 65% των επιζώντων από καρκίνο του μαστού δεν διαγνώστηκαν ποτέ για CRC και 40% δεν διαγνώστηκαν ποτέ για ωοθηκικό καρκίνο. Το 50% κατά προσέγγιση των επιζώντων από

CRC δεν διαγνώστηκαν ποτέ για ωθητικό καρκίνο ή καρκίνο του μαστού. Το 32% των επιζώντων από ενδομήτριο καρκίνο δεν διαγνώστηκαν ποτέ για καρκίνο του μαστού και το 66% δεν διαγνώστηκαν για CRC. Το 44% των επιζώντων από HL δεν διαγνώστηκαν ποτέ για καρκίνο του μαστού, το 77% δεν διαγνώστηκε ποτέ για CRC και το 32% δεν διαγνώστηκε ποτέ για ωθητικό καρκίνο. Η σύγκριση με τους αντίστοιχους ελέγχους έδειξε μια ανάμεικτη εικόνα με πιο πιθανούς τους επιζώντες από καρκίνο του μαστού και του ωθητικού καρκίνου και λιγότερο πιθανούς τους επιζώντες από CRC και HL.

#### **Συμπέρασμα:**

Εν κατακλείδι υπάρχει μια ανησυχία σχετικά με την προληπτική φροντίδα των επιζώντων από καρκίνο παρά τις συχνές επισκέψεις τόσο σε ειδικούς ογκολόγους όσο και σε οικογενειακούς γιατρούς κατά τη διάρκεια της περιόδου καλής αποκατάστασης.

## Article 5

Sams, SB., Currens, LIS., Roabs, S., (2012) 137(2), p. 248-254

### **Liquid-based Papanicolaou tests in endometrial carcinoma diagnosis. Performance, error root cause analysis, and quality improvement.**

Recent reports show that the sensitivity of endometrial carcinoma detection on liquid-based Papanicolaou (Pap) tests (88%) is considerably higher than that reported on conventional Pap smears (20%-30%), although few laboratories have corroborated these results. We performed a 5-year retrospective review of all liquid-based Pap tests (n = 69) in women who later were given a diagnosis of endometrial carcinoma, performed error root cause analysis, and developed quality improvement initiatives as a means of error reduction. The original and rescreened Pap test sensitivity rates for endometrial carcinoma were 31.9% and 59.3%, respectively. Root cause analysis showed that poor specimen quality and cognitive failures contributed to a false-negative error in 67% (18/27) and 59% (16/27), respectively, of all cases. System analysis showed that latent factors contributing to error included lack of redundant and educational systems. We conclude that system redesign of liquid-based Pap test screening processes has the potential to improve sensitivity in endometrial carcinoma diagnosis.

## Άρθρο 5

Sams, SB., Currens, LIS., Roabs, S., (2012) 137(2), p. 248-254

### **Τεστ Παπανικολάου βασισμένο σε υγρά στη διάγνωση του ενδομήτριου καρκινώματος. Εμφάνιση και ανάλυση της ρίζας του ιού και βελτίωση ποιότητας.**

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ευαισθησία της ανίχνευσης του ενδομήτριου καρκινώματος με το test Pap που βασίζεται στα υγρά (88%) είναι θεωρητικά υψηλότερη από τις αναφερόμενες τυπικές κηλίδες του test Pap (20% - 30%) παρόλο που πολλά εργαστήρια έχουν ενισχύσει αυτά τα αποτελέσματα. Εκτελέσαμε μια 5ετή αναδρομική ανάλυση όλων των test Pap που βασίζονται σε υγρά (n=69) σε γυναίκες που αργότερα διαγνώστηκαν με ενδομήτριο καρκίνο, κάναμε ανάλυση της ρίζας που προκαλεί τον ιό και αναπτύξαμε πρωτοβουλίες για την βελτίωση της ποιότητας σαν ένα μέσο μείωσης του ιού. Τα ποσοστά ευαισθησίας του αυθεντικού και νέας διαλογής test Pap για το ενδομήτριο καρκίνωμα ήταν 31,9% και 59,3% αντίστοιχα. Η ανάλυση της ρίζας του ιού έδειξε ότι η φτωχής ποιότητας δείγματα και η έλλειψη γνώσης συνέβαλαν σε έναν λάθος αρνητικό ιό στο 67% (18/27) και 59% (16/27) αντίστοιχα σε όλες τις περιπτώσεις. Η ανάλυση του συστήματος έδειξε ότι λανθάνοντες παράγοντες που συμβάλλουν στον ιό περιλάμβαναν έλλειψη πλεοναστικών και εκπαιδευτικών συστημάτων. Καταλήγουμε ότι ο ανασχεδιασμός του συστήματος των test Pap που βασίζονται σε υγρά έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ευαισθησία στη διάγνωση του ενδομήτριου καρκινώματος.

## **Article 6**

**Nassir, M., Roth, A., Gasimli, K., Braicu, EI., Fotopoulou, C., Mawrin, C., Badakhshi, H., Warnke, JP., Sehouli, J., (2014) 34(1), p. 249-257**

### **Is endometrial cancer really a neurophobic tumor? A case report and review of the literature.**

Brain metastases due to endometrial cancer are rare and usually occur in the context of widespread disease. We present a rare case of a 74-year-old woman with recurrent endometrial cancer in terms of a solitary brain lesion two years after initial diagnosis. She was treated with local resection of the brain metastasis and subsequent whole-brain radiotherapy. She then experienced relapse twice, presenting two solitary metastases at two different time points at the same location as at initial diagnosis, but never showed any signs of extracranial widespread disease. The patient has been alive for 13 months after detection of her initial brain metastasis. Despite the identification of some risk factors, there is still very limited knowledge why some patients develop brain metastases as the only sign of distant spread. Our review of the literature revealed that the combination of two treatment modalities yields higher survival rates than single treatment-alone, as was the case in the presented patient. Further case reports, as well as large and prospective studies, may contribute to a better understanding of the etiology and dynamics of this disease and allow better evaluation of treatment options.

## Άρθρο 6

**Nassir, M., Roth, A., Gasimli, K., Braicu, EI., Fotopoulou, C., Mawrin, C., Badakhshi, H., Warnke, JP., Sehouli, J., (2014) 34(1), p. 249-257**

**Είναι ο ενδομήτριος καρκίνος πραγματικά ένας νευροφοβικός όγκος; Μια υποθετική ανάλυση και έκθεση της βιβλιογραφίας.**

Οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο εξαιτίας του ενδομήτριου καρκίνου είναι σπάνιες και συχνά συμβαίνουν στο πλαίσιο μιας εξαπλωμένης ασθένειας. Παρουσιάζουμε μια σπάνια περίπτωση μιας 74χρονης γυναίκας με επαναλαμβανόμενο ενδομήτριο καρκίνο στα πλαίσια μιας μονομερούς εγκεφαλικής κάκωσης δύο χρόνια μετά την αρχική διάγνωση. Θερατεύτηκε με τοπική εκτομή από τη μετάσταση στον εγκέφαλο και μεταγενέστερη ραδιοθεραπεία σε ολόκληρο τον εγκέφαλο. Από τότε η γυναίκα υποτροπίασε δύο φορές παρουσιάζοντας δύο μονομερείς μεταστάσεις σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές στο ίδιο σημείο όπως και στην αρχική διάγνωση, αλλά ποτέ δεν έδειξε σημάδια εξωκρανιακής εξαπλωμένης ασθένειας. Η ασθενής έχει ζήσει για 13 μήνες μετά την εκτομή της αρχικής εγκεφαλικής μετάστασης. Παρά την αναγνώριση κάποιων παραγόντων κινδύνου υπάρχει ακόμη πολύ περιορισμένη γνώση πάνω στο λόγο για τον οποίο κάποιοι ασθενείς αναπτύσσουν εγκεφαλική μετάσταση ως μοναδικό σημάδι μακρινής εξάπλωσης. Η ανάλυσή μας πάνω στην βιβλιογραφία αποκάλυψε ότι ο συνδυασμός δύο θεραπευτικών τυπικοτήτων αποφέρει υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης από μια μονομερή θεραπεία όπως ήταν η περίπτωση με την παρούσα ασθενή. Επιπλέον αναφορές περιπτώσεων όπως και μεγάλες επικείμενες μελέτες μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση της αιτιολόγησης και της δυναμικής αυτής της ασθένειας και μπορούν να επιτρέψουν καλύτερη αξιολόγηση των θεραπευτικών επιλογών.

## Article 7

**Dudnyikova, A., Horvath, K., Pete, I., (2013) 57(3), p. 203-206**

### **Endometrial cancer in young patients: report of 17 cases.**

Endometrial cancer of young (less than 40 years old) patients comprises 4-5% of all endometrial cancers in Hungary. The majority of patients did not give birth yet, so fertility sparing is very important. Fertility sparing treatment is possible if the tumor's histology is endometrial type and Grade 1 (well differentiated). The tumor localizes only to the endometrium and there is no myometrium infiltration. The authors present 17 cases of patients treated at the Department of Gynecology of National Institute of Oncology (Budapest, Hungary). In 3 cases conservative therapy (progesterone treatment) was possible, and 14 patients had to undergo surgery, because conservative treatment did fail. Of 17 patients 14 were never pregnant. The average patient's age was  $32.35 \pm 4.27$  years. The mean body weight was  $93.13 \pm 30.79$  kg (from 58 kg up to 147 kg); in 7 cases BMI (body mass index) was more than 30. After surgery histological examination had revealed 2 cases with normal ovaries, 1 case of simple cyst and 1 case of malignant ovarian tumor (serous adenocarcinoma, Grade 2), and 10 cases of polycystic ovaries associated with endometrial cancer. Of 3 cases that had only curettage, the endometrial cancer was Grade 1, and in 1 case radiological imaging showed simplex ovarian cyst. The authors' findings concerning young endometrial cancer patients confirm the results published in the literature. In cases suitable for fertility sparing treatment it is not sufficient to concentrate only on endometrial findings, but is very important to focus on the therapy of cystic ovaries (80% of which is PCO), obesity and diabetes mellitus as well.

## Άρθρο 7

Dudnyikova, A., Horvath, K., Pete, I., (2013) 57(3), p. 203-206

### Ενδομήτριος καρκίνος σε νεαρούς ασθενείς: ανάλυση 17 περιπτώσεων.

Ο ενδομήτριος καρκίνος νεαρών (μικρότερους των 40 ετών) ασθενών περιλαμβάνει το 4% - 5% όλων των ενδομήτριων καρκίνων στην Ουγγαρία. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν έχουν γεννήσει ακόμη, έτσι η φειδωλή γονιμότητα είναι πολύ σημαντική. Η θεραπεία της φειδωλής γονιμότητας είναι πιθανή εάν η ιστολογία του όγκου είναι ενδομήτριου τύπου και πρώτου βαθμού (καλά διαφοροποιημένα). Ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο ενδομήτριο και δεν υπάρχει διείσδυση στο μυομήτριο. Οι συγγραφείς παρουσιάζουν 17 περιπτώσεις ασθενών που θεραπεύτηκαν στο τμήμα γυναικολογίας του Εθνικού Ινστιτούτου Ογκολογίας ( Βουδαπέστη – Ουγγαρία). Σε 3 περιπτώσεις ήταν πιθανή η συντηρητική θεραπεία (θεραπεία προγεστερόνης) και 14 ασθενής έπρεπε να προβούν σε χειρουργείο καθώς η συντηρητική θεραπεία απέτυχε. Από τις 17 ασθενείς οι 14 δεν κυοφόρησαν ποτέ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $32,35 \pm 4,27$  ετών. Το μέσο σωματικό βάρος ήταν  $93,13 \pm 30,79$  κιλά (από 58kg μέχρι 147 kg) :σε 7 περιπτώσεις ο ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) ήταν πάνω από 30. Μετά το χειρουργείο η ιστολογική εξέταση είχε αποκαλύψει 2 περιπτώσεις με φυσιολογικές ωοθήκες, 1 περίπτωση απλής κύστης και 1 περίπτωση κακοήθης ωοθηκικού όγκου (ορώδες αδenoκαρκίνωμα δευτέρου βαθμού) και 10 περιπτώσεις πολυκυστικών ωοθηκών που συσχετιζόνταν με ενδομήτριο καρκίνο. Από τις 3 περιπτώσεις στις οποίες έγινε μόνο απόξεση ο ενδομήτριος καρκίνος ήταν πρώτου βαθμού και σε 1 περίπτωση η ακτινολογική απεικόνιση έδειξε απλή ωοθηκική κύστη. Τα πορίσματα των συγγραφέων που αφορούν νεαρούς ασθενείς με ενδομήτριο καρκίνο επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα που δημοσιεύτηκαν στην βιβλιογραφία. Σε περιπτώσεις κατάλληλες για θεραπεία φειδωλής γονιμότητας δεν επαρκεί να συγκεντρωθούμε μόνο στα ενδομήτρια ευρήματα αλλά είναι πολύ σημαντικό να επικεντρωθούμε στη θεραπεία των κυστικών ωοθηκών (80% των οποίων είναι PCO), της παχυσαρκίας και επίσης του σακχαρώδη διαβήτη.



## **Article 8**

**Eifel, PJ., 2013 27(10), p. 990-999**

### **The value of pelvic radiation therapy after hysterectomy for early endometrial cancer.**

Although endometrial carcinoma is one of the most common cancers affecting women, most cases are detected at an early stage and are cured with hysterectomy alone. Most recurrences occur in the relatively small subset of patients whose surgical specimens reveal multiple risk factors. Clinicians have sought to define adjuvant treatments that can improve the outcome of treatment for these higher-risk patients. Although randomized trials have demonstrated that radiation therapy improves local control, they have failed to demonstrate an improvement in survival with radiation therapy. In this review, the results and limitations of studies concerning adjuvant radiation therapy and chemotherapy for endometrial cancer will be discussed, focusing on evidence that can help to guide treatment decisions.

## Άρθρο 8

Eifel, P.J., 2013 27(10), p. 990-999

**Η αξία της θεραπείας με λεκανική ακτινοβολία μετά την υστερεκτομή για τον ενδομήτριο καρκίνο σε πρωταρχικά στάδια.**

Παρόλο που το ενδομήτριο καρκίνωμα είναι μία από τις πιο κοινές μορφές καρκίνου που επηρεάζουν τις γυναίκες, στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται διάγνωση σε πρωταρχικό στάδιο και θεραπεύονται απλά με υστερεκτομή. Οι περισσότερες επανεμφάνισεις συμβαίνουν σε ένα σχετικά μικρό αριθμό ασθενών των οποίων τα χειρουργικά ευρήματα αποκαλύπτουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. Οι κλινικοί γιατροί έχουν στοχεύσει στο να προσδιορίσουν επικουρικές θεραπείες οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Παρόλο που τυχαίες δοκιμές έχουν δείξει ότι η θεραπεία με ακτινοβολία βελτιώνει τον τοπικό έλεγχο, έχουν αποτύχει στο να αποδείξουν κάποια βελτίωση στην επιβίωση με θεραπεία ακτινοβολίας. Σε αυτή την ανάλυση τα αποτελέσματα και οι περιορισμοί των μελετών που λαμβάνουν υπ' όψιν την επικουρική θεραπεία ακτινοβολίας και την χημειοθεραπεία για τον ενδομήτριο καρκίνο θα συζητηθούν εστιάζοντας στα στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν στην καθοδήγηση των θεραπευτικών αποφάσεων.

## **Article 9**

**Elliot, E., (2013) 22(10), p. 26 – 30**

### **Supporting patients following pelvic radiotherapy for endometrial cancer.**

Endometrial cancer is the commonest gynaecological cancer in the UK. Affected women often live with long-term complex and debilitating side-effects of radiotherapy treatment, such as bowel toxicity, fatigue and psychosexual problems. Women also experience negative feelings around self-image and sexuality, which contribute to a decline in their quality of life. A review of the literature and national policy showed that women had unmet needs after completing radiotherapy treatment for endometrial cancers, and that cancer nurse specialists are in a prime position to deliver a holistic package of personalized care. Staff at a nurse-led gynaecology oncology clinic performed an audit that found the clinic was not meeting the longer-term needs of most women after radiotherapy for endometrial cancers, and that women were attending multiple appointments to access different services. The clinical nurse specialist reviewed local and national policy, carried out situational analysis and engaged with service users to identify where change was needed and to examine whether a new model of service provision, where patients could consult different professionals at one appointment, would help the move forward in life after treatment.

## Άρθρο 9

Elliot, E., (2013) 22(10), p. 26 – 30

### **Η υποστήριξη των ασθενών που ακολουθούν λεκανική ακτινοθεραπεία για τον ενδομήτριο καρκίνο.**

Ο ενδομήτριος καρκίνος είναι ο πιο κοινός γυναικολογικός καρκίνος στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι προσβεβλημένες γυναίκες συχνά ζουν με εξαιρετικά πολύπλοκες και εξουθενωτικές παρενέργειες από την ακτινοθεραπεία όπως την τοξικότητα του εντέρου, την κούραση και τα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα. Επίσης οι γυναίκες βιώνουν αρνητικά συναισθήματα γύρω από την εικόνα τους για τον εαυτό τους και τη σεξουαλικότητά τους, τα οποία συμβάλλουν ύφεση της ποιότητας ζωής τους. Μια ανάλυση της βιβλιογραφίας και της εθνικής πολιτικής έδειξε ότι είχαν ανικανοποίητες ανάγκες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας για τον ενδομήτριο καρκίνο και ότι οι νοσοκόμες που ειδικεύονται στον καρκίνο έχουν πρωταρχική θέση στο να παρέχουν ένα ολικό πακέτο εξατομικευμένης φροντίδας. Το προσωπικό σε μια γυναικολογική ογκολογική κλινική καθοδηγούμενο από νοσοκόμες εκτέλεσε έναν έλεγχο ο οποίος εντόπισε ότι η κλινική δεν ανταποκρίνεται στις μακροπρόθεσμες ανάγκες των περισσότερων γυναικών μετά τη θεραπεία για ενδομήτριους καρκίνους και ότι οι γυναίκες παρευρίσκονταν σε πολλαπλά ραντεβού ώστε να έχουν πρόσβαση σε διαφορετικές υπηρεσίες. Η ειδική κλινική νοσοκόμα επιθεώρησε την τοπική και εθνική πολιτική, πραγματοποίησε ανάλυση της κατάστασης και ήρθε σε επαφή με χρήστες της υπηρεσίας ώστε να εξακριβώσει που ήταν απαραίτητη η αλλαγή και να εξετάσει κατά πόσο ένα νέο μοντέλο υπηρεσιών πρόνοιας, όπου οι ασθενείς θα μπορούσαν να συμβουλευούνται διάφορους ειδικούς σε ένα ραντεβού, θα βοηθούσε να προχωρήσουν στη ζωή τους μετά τη θεραπεία.

## **Article 10**

**Hammer, K., Mogensen, O., Hall, EO., (2009) 13(4), p.274 – 279**

**Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer.**

### **AIM:**

This article presents findings from a hermeneutic-phenomenological study with the aim to investigate the meaning of the lived experience of hope in women newly diagnosed with gynaecological cancer.

### **METHOD:**

Fifteen women were interviewed the day they were receiving the diagnosis at a gynaecological department of a Danish university hospital. The women, aged 24-87 (median 52 yrs), were diagnosed with ovarian, endometrial, cervical and vulvar cancer.

### **RESULTS:**

Hope was found to be connected to both diagnosis, cure, family life and life itself and closely tied to hopelessness. The newly received cancer diagnosis made the women oscillate between hope and hopelessness, between positive expectations of getting cured and frightening feelings of the disease taking over. Five major interrelated themes of hope were identified: hope of being cured, cared for and getting back to normal, hope as being active and feeling well, hope as an internal power to maintain integration, hope as significant relationships and hope as fighting against hopelessness. Thus, hope was woven together with hopelessness in a mysterious way; it took command through inner strength and courage based on a trust in being cured and of being in relationship with significant others.

### **CONCLUSION:**

The findings of the close relationship between the shades of hope and hopelessness support the need for nurses to continue to practice hope-inspiring nursing. Nurses need to understand the complexity of hope and its close connection to hopelessness when newly diagnosed with a threatening disease as cancer; and the findings might help nurses assist patients in fighting hopelessness.

## **Άρθρο 10**

**Hammer, K., Mogensen, O., Hall, E.O., (2009) 13(4), p.274 – 279**

**Η ελπίδα όπως βιώνεται σε γυναίκες που έχουν μόλις διαγνωστεί με γυναικολογικό καρκίνο.**

### **Σκοπός:**

Αυτό το άρθρο παρουσιάζει πορίσματα μιας ερμηνευτικής – φαινομενολογικής μελέτης με σκοπό να ερευνηθεί η σημασία της βιώσιμης εμπειρίας της ελπίδας σε γυναίκες που έχουν μόλις διαγνωστεί με γυναικολογικό καρκίνο.

### **Μέθοδος:**

Δεκαπέντε γυναίκες έδωσαν συνέντευξη την ημέρα που λάμβαναν την διάγνωση σε ένα γυναικολογικό τμήμα ενός Δανέζικου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Οι γυναίκες, ηλικίας 24 – 87 (μέσος όρος 52 ετών) διαγνώστηκαν με ωθητικό, ενδομήτριο, αυχένιο καρκίνο και καρκίνο του αιδοίου.

### **Αποτελέσματα:**

Η ελπίδα φάνηκε να συνδέεται με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την οικογενειακή ζωή και τη ζωή γενικότερα αλλά και να είναι στενά δεμένη με την απελπισία. Η πρόσφατη διάγνωση καρκίνου έκανε τις γυναίκες να ισορροπούν ανάμεσα στην ελπίδα και την απελπισία, ανάμεσα σε θετικές προσδοκίες ότι θα θεραπευτούν και σε τρομακτικά συναισθήματα ότι η ασθένεια θα τις καταβάλει. Πέντε κύρια αλληλένδετα θέματα της ελπίδας αναγνωρίστηκαν: η ελπίδα ότι θα θεραπευτούν, η φροντίδα και η επιστροφή στη φυσιολογική ζωή, η ελπίδα ότι θα είναι δραστήριες και θα αισθάνονται καλά, η ελπίδα σαν μια εσωτερική δύναμη για να χειριστούν την ενσωμάτωση, η ελπίδα για τις σημαντικές σχέσεις και η ελπίδα σαν μάχη απέναντι στην απελπισία. Έτσι η ελπίδα ήταν δεμένη με την απελπισία με έναν μυστήριο τρόπο· κυριάρχησε μέσω μιας εσωτερικής δύναμης και κουράγιου βασισμένο στη πίστη ότι θα θεραπευτούν και ότι θα περιβάλλονται από σημαντικούς ανθρώπους.

### **Συμπέρασμα:**

Τα πορίσματα της στενής σχέσης ανάμεσα στις αποχρώσεις της ελπίδας και της απελπισίας υποστηρίζουν την ανάγκη να συνεχίσουν οι νοσοκόμες να εξασκούν νοσηλεία που εμπνέει την ελπίδα. Οι νοσοκόμες πρέπει να καταλάβουν πόση περίπλοκη είναι η έννοια της ελπίδας και πόσο άμεσα συνδεδεμένη με την απελπισία όταν σε μία γυναίκα γίνεται διάγνωση για μια

τόσο απειλητική ασθένεια όσο ο καρκίνος· και τα πορίσματα ίσως βοηθήσουν τις νοσοκόμες να στηρίζουν τις ασθενείς στη μάχη απέναντι στην απελπισία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Bigrigg, A., Caird, L., Grawford, S., Critchley, H., Davis, J., Deans, H., Foy, R., Guthrie, E., Harbour, R., Mc Coville, J., Muir, R., Naim, M., Neil, Sherry, W., Warner, P.,** (2009). Investigation of post – menopausal bleeding. A national clinical guideline. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*. (SIGN publication: no 61). P.25
- **Chun, N.,** (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), p. 471-480
- **Costanzo, L. S.,** (2013). *Φυσιολογία*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Cramer, Dw.,** (2012). The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. *Heimatology oncology clinics of North America*, 26(1), p. 1-12
- **Dewit, S. C.,** (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος 2, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Dewit, S. C.,** (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος 1, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Drake, R. L., Vogl, W., Mitchell, A. W. M.,** (2007). *Grey's Ανατομία*. Τόμος 1, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Drake, R. L., Vogl, W., Mitchell, A. W. M.,** (2011). *Dorland's Grey's Ανατομία: Ετυμολογία Ανατομικών Όρων*. Τόμος 5, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Dudnyikova, A., Horvath, K., Pete, I.,** (2013). Endometrial cancer in young patients: report of 17 cases. *Magyar onkologia*, 57(3), p. 203-206
- **Eifel, PJ.,** (2013). The value of pelvic radiation therapy after hysterectomy for early endometrial cancer. *Oncology*, 27(10), p. 990-999
- **Elliot, E.,** (2013). Supporting patients following pelvic radiotherapy for endometrial cancer. *British journal of nursing*, 22(10), p.26-30
- **Grunfeld, E., Moineddin, R., Gunraj, N., Del Giudice, ME., Hodgson, DC., Knon, JS., Elit, L.,** (2012). Cancer screening practices of cancer survivors: population-based, longitudinal study. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(9), p. 980-986



- **Hammer, K., Mogensen, O., Hall, E. O.,** (2009). Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European journal of oncology nursing*, 13(4), p.274-279
- **Karageogri, S., Hankinson, SE., Kraft, P., De Vivo, I.,** (2010). Reproductive factors and postmenopausal hormone use in relation to endometrial cancer risk in the Nurses' Health Study cohort 1976-2004. *International Journal of cancer. Journal International du cancer*, 126(1), p. 208-216
- **Kasper, Hauser, Braunwald, Longo, Fauci, Jameson,** (2005). *HARRISON: Εσωτερική Παθολογία*. Τόμος 1, Αθήνα: Εκδόσεις Γρ. Παριζιάνος
- **Lemone, P., Burke, K.,** (2004). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος 1, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Morton, D. A., Peterson, K. D., Albertine, K. H.,** (2008). *Grey's Ανατομία: Οδηγός Ανατομής του Ανθρώπινου Σώματος*. Τόμος 4, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Nassir, M., Roth, A., Gasimli, K., Braicu, EI., Fotopoulou, C., Mawrin, C., Badakhshi, H., Warnke, JP., Sehouli, J.,** (2014). Is endometrial cancer really a neurophobic tumor? A case report and review of the literature. *Anticancer research*, 34(1), p. 249-257
- **Perry, G. A., Potter, P. A.,** (2012). *Βασική Νοσηλευτική και Κλινικές Δεξιότητες*, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Sams, SB., Currens, LIS., Roabs, S.,** (2012). Liquid-based Papanicolaou tests in endometrial carcinoma diagnosis, performance, error root cause analysis and quality improvement. *American Journal of clinical Pathology*, 137(2), p. 248-254
- **Silbernagl, S., Despopoulos, A.,** (2010). *Εγχειρίδιο Φυσιολογίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Swartz, M. H.,** (2013). *Κλινική Διάγνωση: Ιστορικό και Φυσική Εξέταση*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Άγιος, Α. Ε.,** (2008). *Περιγραφική και Εφαρμοσμένη Ανατομική: Β. Τα σπλάχνα*. Τόμος Β, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. UNIVERSITY STUDIO PRESS

- **Αρβανίτης, Δ. Α., Σκανδαλάκης, Π. Ν., Δημητρίου, Θ. Σ., Θαλασσινός, Ν. Δ., Καναβάρος, Π. Η., Μανώλης, Ε. Ν., Νάτσης, Κ. Ι., Παπαδημητρίου, Ε. Δ.,** (2009). *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής: Εσωτερικά Όργανα II*, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Λώλης, Δ.,** (2004). *Γυναικολογία και Μαιευτική*, Αθήνα: Εκδόσεις Γρ. Παριζιάνος
- **Μαλγαρινού, Μ. Α., Κωνσταντινίδου, Σ.Φ.,** (2000). *Παθολογική Χειρουργική*. Τόμος Β', Αθήνα: Εκδόσεις Γρ. Παριζιάνος
- **Μιχαλάς, Σ.,** (2000). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρ. Παριζιάνος
- **Μπόντης, Ι.,** (2007). *Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. UNIVERSITY STUDIO PRESS
- **Στασινού, Σ., Λιτός, Μ., Μπασιώτου, Β., Λιάπης, Ε., Αντωνίου, Σ.,** (2009). Η συμβολή της υστεροσκόπησης στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση γυναικολογικών παθήσεων. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 21(4): 323 – 327
- **Φωτίου, Σ. Κ.,** (2009). *Γυναικολογική Ογκολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης
- **Χαράτση – Γιωτάκη, Ε.,** (2010). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Σιώκης