



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

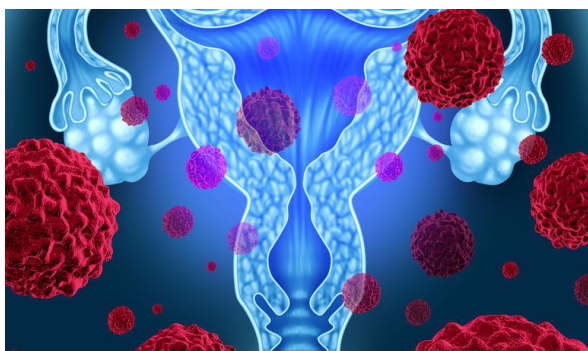
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



Εισηγήτρια

ΒΑΡΒΑΡΑ ΠΑΚΟΥ

Σπουδάστρια:

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΧΑΛΙΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

Περιεχόμενα

1. Περίληψη.....	3
2. Εισαγωγή.....	5
3. Ιστορική Αναδρομή.....	6
4. Επιδημιολογία.....	8
A' Μέρος	
1. Ανατομία.....	10
1.1 Το Αναπαραγωγικό Σύστημα της Γυναίκας.....	10
1.1.1 Τα Εσωτερικά Όργανα.....	10
1.1.2 Τα Εξωτερικά Όργανα	12
2. Φυσιολογία.....	14
2.1 Γυναικείες ορμόνες του φύλου	14
2.2 Ωογένεση & Ωοθηκικός κύκλος	14
2.3 Εμμηνορρυσιακός κύκλος.....	16
2.4 Εμμηνόπαυση.....	18
3. Παθολογία	21
4. Αιτιολογία	22
4.1 Παράγοντες Κινδύνου και Ελάττωση	23
5. Κλινική Εικόνα.....	25
6. Διάγνωση.....	26
7. Ταξινόμηση	27
7.1 Σταδιοποίηση	28
7.2 Ορώδες Καρκίνωμα	29
7.3 Βλεννώδες Καρκίνωμα	30
7.4 Ενδομητριοειδές Καρκίνωμα	30
7.5 Καρκίνωμα Διαυγών Κυττάρων	30
8. Πρόγνωση	32

9. Πρόληψη	33
10. Θεραπεία	34
10.1 Χειρουργική Επέμβαση	34
10.2 Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών	36
10.3 Χημειοθεραπεία	36
10.4 Ακτινοθεραπεία	36
Β' Μέρος	
1.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή	37
1.1.1 Εισαγωγή στο νοσοκομείο	38
1.1.2 Ο Νοσηλευτής στην Προεγχειρητική Διαδικασία	39
1.1.3 Ο Νοσηλευτής στη Μετεγχειρητική Διαδικασία	39
2.1 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Χημειοθεράποντος Ασθενή	41
2.1.1 Ανεπιθύμητες Ενέργειες Χημειοθεραπείας	41
2.1.2 Αλωπεκία	43
2.1.3 Νευροτοξικότητα	43
2.1.4 Γεννητικό σύστημα	43
3.1. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Υποστήριξη.....	44
Γ' Μέρος	
Νεότερα Δεδομένα για τον Καρκίνο Ωοθηκών.....	45
Σκοπός.....	45
Μέθοδος.....	45
Αποτελέσματα.....	45
Σχετικές Έρευνες	46
Συμπεράσματα.....	58
Βιβλιογραφία	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μια κακοήθεια του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Η νόσος έχει χαμηλά ποσοστά επιβίωσης γιατί δεν έχει συμπτώματα ή έχει ασαφή συμπτώματα που εμφανίζονται όταν η νόσος έχει προχωρήσει. Η θεραπεία του καρκίνου εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο που βρίσκεται. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την χειρουργική επέμβαση, την χημειοθεραπεία και λιγότερο συχνά την ακτινοθεραπεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και παρουσίαση του καρκίνου των ωοθηκών, τα χαρακτηριστικά του, η θεραπεία του και η νοσηλευτική φροντίδα γυναικών με καρκίνο ωοθηκών. Τέλος η αναζήτηση και παρουσίαση νέων δεδομένων σχετικά με τη νόσο.

Αποτελέσματα: Ο Επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Τα συνήθη συμπτώματα είναι ακαθόριστο κοιλιακό άλγος, ναυτία. Ελαττωμένη όρεξη καθώς και διάταση της κοιλίας σε προχωρημένο στάδιο. Τα αίτια του καρκίνου δεν είναι σαφή. Τέλος, η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της νόσου αφορά τόσο τις νοσηλευτικές πράξεις πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση και τη γενικότερη θεραπεία του όσο και την ολιστική φροντίδα ενός ατόμου που ίσως είναι και αντιμέτωπος με το θάνατο.

Συμπεράσματα: Σε μια εποχή πολλά υποσχόμενη για την έρευνα του καρκίνου υπάρχουν σημαντικά και μάλιστα ανησυχητικά κενά στην βασική γνώση και κατανόηση του καρκίνου των ωοθηκών. Η νόσος έχει χαμηλά ποσοστά επιβίωσης και οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο όταν τους γίνεται διάγνωση και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας παραμένει η χειρουργική επέμβαση και η πλατίνα (φάρμακο) στην κυτταρολογική χημειοθεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: ωοθηκών, θεραπεία, επιβίωση, επιθηλιακός καρκίνος ωοθηκών, χειρουργική επέμβαση

SUMMARY

Ovarian cancer is a malignancy of the female reproductive system. The disease has a low survival rate because it has no symptoms or has vague symptoms that occur when the disease has progressed. The treatment of cancer depends on the type and stage located. The methods of treatment include surgery, chemotherapy and radiation therapy less frequently.

Aim: The purpose of this study is the investigation and presentation of ovarian cancer, its characteristics, treatment and nursing care of women with ovarian cancer. Finally the search and presentation of new data on the disease.

Material and Method Results: Epithelial ovarian cancer is the most common cause of death from gynecological cancer. Common symptoms are vague abdominal pain, nausea. Decreased appetite and abdominal distension advanced. The causes of cancer are unclear. Finally, the nursing approach this disease affects both nursing actions before and after surgery and general treatment and the holistic care of a person who is perhaps facing death.

Conclusions: At a time promising research of cancer are significant and even alarming gaps in basic knowledge and understanding of ovarian cancer. The disease has low survival rates and more women are at an advanced stage when the diagnosis is done and the most effective way of therapy remains surgery and platinum (drug) to cytotoxic chemotherapy.

Keywords: ovarian, cancer and treatment, survival, epithelial ovarian cancer, ovarian cancer and surgery

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κακοήθεις όγκοι των ωοθηκών αποτελούν τη μεγαλύτερη πρόκληση στη Γυναικολογική Ογκολογία. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο γεννητικών οργάνων που προκαλούν περισσότερους θανάτους από όσους ο καρκίνος του τραχήλου και του σώματος της μήτρας μαζί. Είναι μια κακοήθης εξεργασία της ωοθήκης και ο συχνότερος εκπρόσωπος τους (85% - 90% των περιπτώσεων) είναι ο επιθηλιακός καρκίνος της ωοθήκης. Η αιτία εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες είναι άγνωστη. Ωστόσο, οι ακόλουθοι παράγοντες αυξάνουν τις πιθανότητες μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο στις ωοθήκες: ηλικία, ιστορικό γέννησης παιδιών, ορμονικοί παράγοντες. Η θεραπεία για τον καρκίνο των ωοθηκών εξαρτάται από το είδος του καρκίνου, το στάδιο, τη γενική κατάσταση της υγείας και την καλή φυσική κατάσταση της ασθενούς, τις συστάσεις των γιατρών. Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών συνήθως αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία. Οι οριακοί όγκοι αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση. Ο μη επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση ή/και χημειοθεραπεία. Οι περιπτώσεις καρκίνου ωοθηκών υπολογίζονται σε 141.000 το χρόνο και οι θάνατοι από τη νόσο σε 106.000. Στις χώρες του δυτικού κόσμου η συχνότητα κυμαίνεται γύρω από τις 15 περίπου νέες περιπτώσεις /100.000 γυναίκες το χρόνο. Στις ΗΠΑ περισσότερες από 25.000 γυναίκες χάνουν τη ζωή τους. Υπολογίζεται ότι μια γυναίκα πεθαίνει στις ΗΠΑ κάθε 45' από τη νόσο. Η κυριότερη αιτία είναι η καθυστερημένη διάγνωση της νόσου. Η απουσία χαρακτηριστικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα τη διάγνωση της σε προχωρημένο στάδιο στα $\frac{3}{4}$ των περιπτώσεων. Πάρα τη ποικιλία των θεραπευτικών μεθόδων η συντριπτική πλειοψηφία θα υποκύψει τελικά στη νόσο. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι είναι η δεύτερη σε σειρά συχνότητας κακοήθειας των γεννητικών οργάνων μετά τον καρκίνο του ενδομήτριου με 12-14 νέες περιπτώσεις /100.000 γυναίκες το χρόνο (Μανταλενάκης, 2007).

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο «καρκίνος» για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ. Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις (Μανταλενάκης, 2007).

Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου (Μανταλενάκης, 2007).

Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο Σκωτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου (Μανταλενάκης, 2007).

Πιο πρόσφατα, η κλωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου. Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νοο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της (Netter, 2007).

Η προέλευση της λέξης «καρκίνος» αποδίδεται στον Έλληνα Ιατρό Ιπποκράτη που έμεινε στην ιστορία ως ο πατέρας της Ιατρικής. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους καρκίνος και καρκίνωμα για να περιγράψει διαφόρους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις (Netter, 2007).

Ο Ηρόφιλος το 300 π.Χ. είναι ο πρώτος που μιλά για τις ωοθήκες. Αργότερα ο Γαληνός δίνει τη σωστή διάσταση των ωοθηκών στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Το 1762 ο RE GNET DE CURAL περιγράφει το ανθρώπινο ωάριο. Το 1843 ο Girlwood παρουσίασε τις ωοθήκες μιας παρθένου γυναίκας που είχε εμφανίσει 36 εμμηνορρυσίες. Το 1844 ο Theodore Von Bischoff διαπιστώνει ότι η ωοθηλακορυξία συμβαίνει περιοδικά ανεξάρτητα από την συνουσία. Η ωοθηκεκτομή είναι η πρώτη επέμβαση που έγινε το 1809 σε μια περίπτωση μεγάλης κύστης (Netter, 2007).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- Αποτελεί μόνο το 20% όλων των κακοηθειών των γυναικείων γεννητικών οργάνων.
- Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι αυτή των 55 ετών.
- Υπάρχουν περισσότεροι από 30 διαφορετικοί ιστολογικοί τύποι που κατατάσσονται σε 3 βασικές κατηγορίες.
- Επιθηλιακός (90%)
- Βλαστικών κυττάρων (5%)- διαγιγνώσκεται κυρίως σε γυναίκες κάτω των 30 ετών
- Όγκοι συνδετικού ιστού (5%)

Σύμφωνα με το βρετανικό μη κερδοσκοπικό οργανισμό Target Ovarian Cancer, αποστολή του οποίου είναι η πληρέστερη πληροφόρηση σχετικά με τον καρκίνο των ωοθηκών, οι δείκτες επιβίωσης για τον καρκίνο των ωοθηκών είναι χαμηλότεροι από οποιαδήποτε άλλη μορφή γυναικολογικού καρκίνου, κυρίως λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης σχετικά με τα συμπτώματά του αλλά και λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης (Σκαλκίδου και συν., 2007).

Εκτιμάται ότι σχεδόν 250.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο λαμβάνουν διάγνωση για καρκίνο των ωοθηκών σε ετήσια βάση, ενώ 140.000 χιλιάδες γυναίκες χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους λόγω αυτής της μορφής καρκίνου. Η μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου ωοθηκών παρατηρείται σε γυναίκες 55-65 ετών. Ο καρκίνος ωοθηκών αποτελεί 4η αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Ο καρκίνος της ωοθήκης προσβάλλει συνήθως γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών. Η πιθανότητα παρουσίας κακοήθειας (borderline ή διηθητικής) σε ένα νεόπλασμα ωοθήκης το οποίο αναπτύσσεται σε γυναίκες νεότερες των 40 είναι 1/10. Ο κίνδυνος αυξάνει σημαντικά μετά την ηλικία των 40 και μετά την εμμηνόπαυση γίνεται 1/3. Λιγότερες από 1 στις 100 περιπτώσεις αφορούν γυναίκες νεότερες των 20 ετών. Στις νεαρές ηλικίες οι όγκοι προέρχονται από τα γεννητικά κύτταρα κατά τα 2/3 (Σκαλκίδου και συν., 2007).

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η 5η αιτία θανάτου από καρκίνο στις ΗΠΑ και έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από τους γυναικολογικούς καρκίνους. Υπολογίζεται ότι περίπου 22,430 νέες διαγνώσεις καρκίνου ωοθηκών θα γίνουν στις ΗΠΑ μόνο το 2007, και 15,280 γυναίκες θα πεθάνουν από αυτή τη νόσο. Η διάμεση ηλικία διάγνωσης είναι τα 63 έτη. Γενικά, ο καρκίνος των ωοθηκών δεν είναι συχνός (κίνδυνος κατά τη διάρκεια της ζωής 1.44%). Πρόσφατες στατιστικές έδειξαν ότι η συχνότητά του ελαφρά μειώθηκε μεταξύ 1987 και 2002, όμως τα ποσοστά θνησιμότητας παρέμειναν σταθερά στην ίδια περίοδο. Είναι σήμερα αποδεκτό ότι η πρόγνωση για επιβίωση από καρκίνο ωοθηκών κυρίως εξαρτάται από την έκταση της νόσου κατά την αρχική διάγνωση. Τα ποσοστά 5-ετούς επιβίωσης είναι χαμηλότερα από 50%, ενώ λιγότερες από το ένα τέταρτο των ασθενών παρουσιάζονται με εντοπισμένη νόσο κατά τη διάγνωση. Γυναίκες με πρώιμο καρκίνο ωοθηκών έχουν ποσοστά 5-ετούς επιβίωσης υψηλότερα από 80%, υποδηλώνοντας ότι πρώιμη διάγνωση θα μπορούσε να βελτιώσει την επιβίωση. Επιτυχημένος πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για τον καρκίνο ωοθηκών θα μείωνε τόσο τη θνητότητα όσο και τη νοσηρότητα από τη νόσο. Ο

πληθυσμιακός έλεγχος ορίζεται ως η ανακάλυψη της νόσου είτε όταν βρίσκεται σε αρχικά στάδια είτε σε προ καρκινικό στάδιο χωρίς διηθητικά στοιχεία. (Σκαλκίδου και συν., 2007).

Η εμφάνιση του παρουσιάζει άνιση γεωγραφική κατανομή: το καρκίνωμα της ωοθήκης είναι συχνότερο στην Ευρώπη, τις ΗΠΑ και το Ισραήλ ενώ στην Ιαπωνία και στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι σημαντικά σπανιότερο. Η ηλικία κορυφαίας εκδήλωσης του είναι γύρω στα 60 έτη, στην περίπτωση σποραδικών καρκινωμάτων της ωοθήκης. Άνω του 90% των διαγνώσεων τίθενται σε γυναίκες άνω των 40ετών. Σε ποσοστό περίπου 7% ο ωοθηκικός καρκίνος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα μέσα σε οικογένειες λόγω γενετικών ελαττωμάτων και οι προσβαλλόμενες νοσούν κατά δέκα έτη νωρίτερα κατά μέσο όρο (Σκαλκίδου και συν., 2007).

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

1.1 Το Αναπαραγωγικό Σύστημα της Γυναίκας

1.1.1 Τα Εσωτερικά Όργανα

Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα ζεύγος ωοθηκών και σαλπίγγων, τη μήτρα, τον κόλπο, το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη και την κλειτορίδα. Οι μαστοί είναι επίσης τμήμα των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας. Η ουρήθρα και το στόμιό της δεν ανήκουν στα αναπαραγωγικά όργανα, βρίσκονται όμως κοντά, όπου ένα νόσημα του ενός συστήματος επηρεάζει και το άλλο (Μιχαλάς, 2010).

Οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος συνιστούν τα εσωτερικά όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας. Οι ωοθήκες είναι τα πρωτογενή αναπαραγωγικά όργανα στις γυναίκες και παράγουν επίσης τις γυναικείες ορμόνες του φύλου. Οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος χρησιμεύουν ως επικουρικοί οδοί για τις ωοθήκες και το αναπτυσσόμενο έμβρυο (Lemone & Burke, 2006). Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους περίπου 8-10cm, 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 αποτελείται από ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που εκκρίνει βλέννα. Ο κόλπος χρησιμεύει σαν δίοδος για την αποβολή εκκρίσεων όπως του υγρού της εμμήνου ρύσεως και είναι όργανο για σεξουαλική ανταπόκριση. Η φορά του είναι λοξή από επάνω και πίσω προς τα κάτω και μπροστά. Εμφανίζει δυο άκρα και σώμα (Lemone & Burke, 2006). Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με σχήμα αχλαδιού με παχιά 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 πλατύς συνδέσμους, τους στρογγυλούς συνδέσμους, τους ιερομητρικούς συνδέσμους και τους εγκάρσιους τραχηλικούς συνδέσμους. Η μήτρα υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αποτελεί τη περιοχή αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου. Το τοίχωμα της μήτρας έχει τρία στρώματα. Το περιμήτριο είναι το εξωτερικό ορογόνο στρώμα. Το μυομήτριο είναι το μέσο στρώμα και συνιστά το μεγαλύτερο τμήμα του τοιχώματος της μήτρας. Τέλος, το ενδομήτριο που επαλείφει τη μήτρα (Lemone & Burke, 2006).

Ο Τράχηλος μήτρας έχει μήκος 2,5-3 εκ. Είναι πιο στενός από το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Η πιο φυσιολογική και συνηθισμένη θέση της μήτρας είναι πρόσθια κλίση και κάμψη. Ο τράχηλος διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία βρίσκεται μέσα στο κόλπο και περιβάλλεται από τον κολπικό θόλο και την υπερκολπική μοίρα. (Ο τράχηλος της μήτρας είναι μια περιοχή του σώματος, όπου αναπτύσσονται σημαντικές παθήσεις όπως ο καρκίνος. Ο τράχηλος βρίσκεται στο ανώτερο μέρος του κόλπου της γυναίκας και ουσιαστικά είναι εκτεθειμένος σε μικροοργανισμούς και ιούς. Για παράδειγμα όταν υπάρχει ερωτική επαφή, το ανδρικό πέος έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να μεταδοθούν ιοί. Υπάρχει μια σειρά ιών που ονομάζονται Ιοί Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma viruses-HPV) οι οποίοι είναι ευρύτατα διαδεδομένοι μεταξύ των ανθρώπων και ορισμένοι ορότυποι αυτών των ιών προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέχρι και καρκίνο. Υπολογίζεται ότι το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18 (Lemone & Burke, 2006).

Οι ωαγωγοί (σάλπιγγες) είναι λεπτές κυλινδρικές δομές με μήκος περίπου 10 εκ. και διάμετρο 1εκ. Είναι προσκολλημένες στη μήτρα στο ένα άκρο τους και στηρίζονται από τους πλατύς συνδέσμους. Τα πλάγια άκρα είναι ανοικτά και αποτελούνται από προσεκβολές που ονομάζονται κροσσοί, οι οποίες περιβάλλουν την ωοθήκη. Οι σάλπιγγες αποτελούνται από λείο μυ και επαλείφονται από κροσσωτά, βλενοπαράγωγα επιθηλιακά κύτταρα. Η γονιμοποίηση του ωαρίου λαμβάνει χώρα συνήθως στο έξω τμήμα του ωαγωγού (Lemone & Burke, 2006).

Η διαίρεση σαλπίγγων είναι η εξής (Lemone & Burke, 2006):

1. Το ενδομητριακό τμήμα, που αρχίζει από τη μητρική κοιλότητα
2. Ο ισθμός
3. Η λήκυθος
4. Ο κώδωνος, που είναι το τελευταίο και κροσσωτό σχήμα της σάλπιγγας.

Οι ωοθήκες είναι επίπεδες δομές σε σχήμα αμυγδάλου που βρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας κάτω από τα άκρα των ωαγωγών. Συνδέονται με τη μήτρα με έναν σύνδεσμο και συνδέονται επίσης με τον πλατύ σύνδεσμο. Η εξωτερική τους επιφάνεια πριν την ήβη είναι ομαλή. Αργότερα όταν αρχίσει η ωοθυλακιορρηξία παρατηρούνται οζώδεις σχηματισμοί που αντιστοιχούν σε ωοθυλάκια. Οι ωοθήκες περιέχουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας και παράγουν τις θηλυκές ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη. Κάθε ωοθήκη διαιρείται σε μυελό και φλοιό. Η μυελώδης μοίρα βρίσκεται κεντριά και αποτελείται από ιστό, ελαστικές ίνες, λείες μυϊκές ίνες και άφθονες αρτηρίες και φλέβες. Περιέχει πολλές μικρές δομές που ονομάζονται ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ανώριμο ωάριο. Αν το ωάριο γονιμοποιηθεί θα έχουμε εγκυμοσύνη αλλιώς θα αποβληθεί μες την έμμηνο ρύση (Lemone & Burke, 2006).

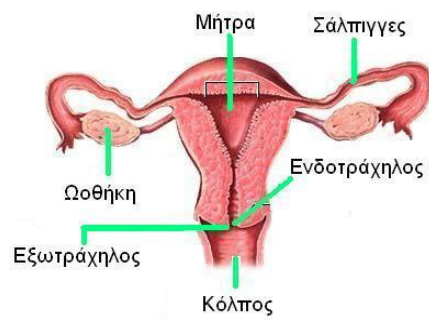
1.1.2 Τα Εξωτερικά Όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ονομάζονται συνολικά αιδοίο. Περιλαμβάνουν το εφήβαιο, τα χείλη, την κλειτορίδα, τα στόμια του κόλπου και της ουρήθρας και αδένες. Το εφήβαιο είναι ένα έπαρμα από λιπώδη ιστό και χαλαρό συνδετικό ιστό που καλύπτεται από δέρμα. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και σκεπάζεται από τριχοφυΐα (Μιχαλάς, 2000).

Τα χείλη χωρίζονται σε δύο δομές. Τα μεγάλα χείλη είναι πτυχές δέρματος και λιπώδους ιστού καλυμμένες με τρίχες και αποτελούν το πιο εξωτερικό τμήμα. Εκτείνονται από το εφήβαιο μέχρι το περίνεο και σχηματίζουν τα πλάγια της ουρογεννητικής σχισμής. Τα μικρά χείλη βρίσκονται μεταξύ της κλειτορίδας και της βάσης του κόλπου και περιβάλλονται από τα μεγάλα χείλη. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη ιστό και στυτικό ιστό. Η περιοχή ανάμεσα στα χείλη ονομάζεται πρόδρομος και περιέχει τα στόμια για τον κόλπο και την ουρήθρα. (Μιχαλάς, 2000).

Η κλειτορίδα βρίσκεται μέσα στα μεγάλα χείλη. Από το κάτω άκρο της ξεκινούν τα μικρά χείλη. Η κλειτορίδα αποτελεί στυτικό μόριο των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Βρίσκεται στην κορυφή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, πάνω από την ουρήθρα και τον κόλπο. Από άποψη λειτουργίας, είναι ανάλογη με το ανδρικό πέος. Αποτελείται από τα σπυραγγώδη σώματα της κλειτορίδας τα οποία κατά την σεξουαλική διέγερση πληρούνται με αίμα και επέρχεται στύση της κλειτορίδας. Η βάλανος της κλειτορίδας όταν αυτή δεν βρίσκεται σε στύση δεν είναι ορατή διότι καλύπτεται από την πόσθη. Τα αγγεία και τα νεύρα που κατανέμονται στην κλειτορίδα είναι περίπου όμοια με τα αντίστοιχα του πέους στον άνδρα. (Μιχαλάς, 2000).

Οι μαστοί βρίσκονται ανάμεσα στη τρίτη και έβδομη πλευρά στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Στηρίζονται από τους θωρακικούς μυς και είναι πλούσιοι σε νεύρα, αίμα και λέμφο. Μια μελαγχρωματική περιοχή που ονομάζεται άλως βρίσκεται λίγο κάτω από το κέντρο κάθε μαστού και περιέχει σμηγματογόνους αδένες και τη θηλή. Οι μαστοί αποτελούνται από λιπώδη ιστό, ινώδη συνδετικό ιστό και αδενικό ιστό. Οι σύνδεσμοι Brauer στηρίζουν το μαστό και εκτείνονται μέχρι τη θηλή διαιρώντας το μαστό σε 15-25 λοβούς. (Μιχαλάς, 2000).



Εικόνα 1: Γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα (Πηγή: healthgate.gr)

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Γυναικείες ορμόνες του φύλου

Οι ωοθήκες παράγουν τα ωάρια και εκκρίνουν τα στεροειδή δηλαδή οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα είναι αστεροειδείς ορμόνες που υπάρχουν φυσιολογικά σε τρεις τύπους: οιστρόνη, οιστραδιόλη και οιστριόλη. Η οιστραδιόλη είναι η πιο ισχυρή και είναι ο τύπος που εκκρίνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από τις ωοθήκες. Αν και τα οιστρογόνα εκκρίνονται σε όλη τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, αυξάνονται κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων φάσεων του κύκλου (Lowdermil & Shannon, 2006).

Τα οιστρογόνα είναι ουσιώδη για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου, και, σε συνδυασμό με άλλες ορμόνες διεγείρουν την προετοιμασία των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας δηλαδή προάγουν την ανάπτυξη των μαστών αλλά και του υποδόριου ιστού στους γοφούς και το στήθος για την ανάπτυξη του εμβρύου. Τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για τη φυσιολογική δομή του δέρματος και των αιμοφόρων αγγείων. Μειώνουν τον ρυθμό απορρόφησης των οστών, προάγουν την αύξηση των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας, ελαττώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης και ενισχύουν την πήξη του αίματος. Τέλος, προάγουν την κατακράτηση νατρίου και νερού (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η προγεστερόνη επιδρά κυρίως στην ανάπτυξη του μαζικού αδενικού ιστού και του ενδομήτριου. Κατά την κύηση η προγεστερόνη χαλαρώνει το λείο μυ ώστε να ελαττωθούν οι συσπάσεις της μήτρας. Αυξάνει επίσης τη θερμοκρασία του σώματος. Τα ανδρογόνα είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη τριχοφυΐας στην εφηβεία και έχουν και μεταβολικές δράσεις (Lowdermil & Shannon, 2006).

2.2 Ωογένεση & Ωοθηκικός κύκλος

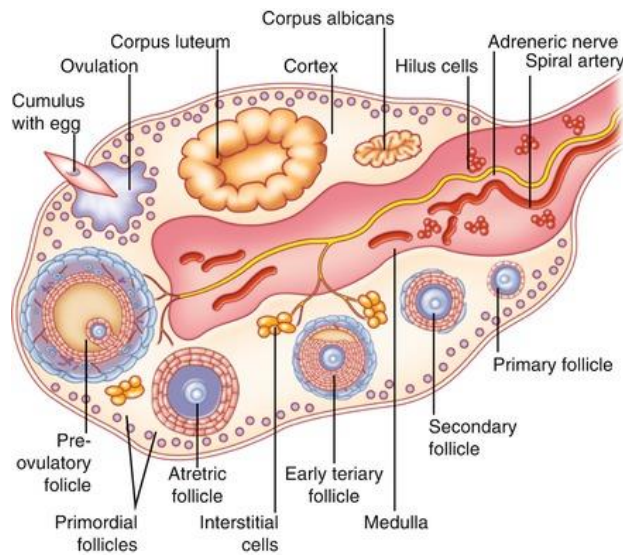
Ωογένεση ονομάζεται η ανάπτυξη του ώριμου ωαρίου από την πρόδρομη μορφή του το ωογόνου. Όλα τα ωάρια υπάρχουν ως πρωτογενή ωοκύτταρα στα αρχέγονα ωοθυλάκια κατά τη γέννηση μιας γυναίκας. Αρχικά τα ωογονία πολλαπλασιάζονται με μίτωση και στη συνέχεια ωριμάζουν σε πρωτογενή ωοκύτταρα στις ωοθήκες. Ο πολλαπλασιασμός συμβαίνει μόνο στην ενδομήτρια ζωή και 400-500 ωοκύτταρα ωριμάζουν ενώ τα υπόλοιπα εκφυλλίζονται. Ο Ωοθηκικός κύκλος έχει τρεις διαδοχικές φάσεις που συμβαίνουν κυκλικά κάθε 28 ημέρες (αν και ο κύκλος μπορεί φυσιολογικά να είναι μακρύτερος ή βραχύτερος). Η ωοθυλακική φάση διαρκεί από την 1^η μέχρι τη 10^η ημέρα του κύκλου. Η ωοθυλακιωρηκτική φάση διαρκεί από την 11^η μέχρι την 14^η ημέρα κι σταματά με την

ωοθυλακιωρηξία. Η ωχρινική φάση διαρκεί από την 14^η μέχρι την 28^η ημέρα (Lowdermil & Shannon, 2006).

Κατά την ωοθυλακική φάση, το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται κι το ωοκύτταρο ωριμάζει. Οι διεργασίες αυτές ελέγχονται από την αλληλεπίδραση της FSH και της LH. Την 1^η ημέρα του κύκλου αυξάνει η GnRH από τον υποθάλαμο και διεγείρει την παραγωγή των FSH και LH από την πρόσθια υπόφυση. Οι FSH και LH διεγείρουν την ανάπτυξη του ωοθυλακίου και το ωοκύτταρο αυξάνει σε μέγεθος. Η δομή, που τώρα ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο, γίνεται μια πολυκυττάρια μάζα περικλειόμενη από μια ινώδη κάψα, τη θήκη του ωοθυλακίου. Εν συνεχεία, παράγονται οιστρογόνα και μέσα στο ωοθυλάκιο σχηματίζεται μια κοιλότητα γεμάτη υγρό. Το ωοκύτταρο περιβάλλεται από μια μεμβράνη, τη διαφανή ζώνη. Κατά την 10^η ημέρα, το ωοθυλάκιο είναι ένα ώριμο ωοθυλάκιο και προεξέχει εξωτερικά της επιφάνειας της ωοθήκης. Μόνο ένα ωοθυλάκιο ωριμάζει μέχρι την ωοθυλακιωρηξία ενώ τα υπόλοιπα εκφυλλίζονται (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η ωοθυλακιωρηκτική φάση αρχίζει όταν τα οιστρογόνα φτάσουν σε ένα επίπεδο αρκετά υψηλό ώστε να διεγείρουν την πρόσθια υπόφυση και να παραχθεί LH, η οποία διεγείρει την μείωση στο αναπτυσσόμενο ωοκύτταρο και γίνεται η πρώτη μειωτική διαίρεση. Η LH διεγείρει επίσης ένζυμα τα οποία ενεργούν πάνω στο προεξέχον τοίχωμα της ωοθήκης, προκαλώντας του ρήξη και αποβολή του υγρού του άντρου και του ωοκυττάρου. Το ωοκύτταρο αποβάλλεται από το ώριμο ωοθυλάκιο με μια διαδικασία που ονομάζεται ωοθυλακιωρηξία (Lowdermil & Shannon, 2006).

Κατά την ωχρινική φάση η έκλυση LH διεγείρει επίσης το ραγέν ωοθυλάκιο ώστε αυτό να μεταβληθεί σε ωχρό σωματίο και κατόπιν να διεγείρει το ωχρό σωματίο ώστε να αρχίσει αμέσως να παράγει προγεστερόνη και οιστρογόνα. Η αύξηση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων στο αίμα έχει δράση αρνητικής ανατροφοδότησης στην παραγωγή LH, αναστέλλοντας την περαιτέρω αύξηση και ανάπτυξη των ωοθυλακίων. Εάν δε συμβεί κύηση το ωχρό σωματίο εκφυλλίζεται και παύει η ορμονική του παραγωγή. Η φθίνουσα παραγωγή προγεστερόνης και οιστρογόνων στο τέλος του κύκλου επιτρέπει την αύξηση στην έκκριση FSH και LH και ένας νέος κύκλος ξεκινά (Lowdermil & Shannon, 2006).



Εικόνα 2: Μορφολογία Ωοθήκης (Πηγή: [researchgate.net](https://www.researchgate.net))

2.3 Εμμηνορρυσιακός κύκλος

Το ενδομήτριο ανταποκρίνεται σε μεταβολές των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου ώστε να προετοιμασθεί για την εμφύτευση του εμβρύου. Το ενδομήτριο είναι δεκτικό στην εμφύτευση του εμβρύου μόνο για μια μικρή περίοδο κάθε μήνα, η οποία συμπίπτει με το χρόνο που το έμβρυο θα έφθανε φυσιολογικά στη μήτρα από τον ωαγωγό (7 ημέρες). Ο κύκλος αρχίζει με την εμμηνορρυσιακή φάση, η οποία διαρκεί από την 1^η μέχρι 5^η ημέρα. Το έσω στρώμα του ενδομητρίου αποβάλλεται ως έμμηνη ρύση για 3 έως 5 ημέρες. Καθώς το ωριμάζον ωοθυλάκιο αρχίζει να παράγει οιστρογόνα (ημέρες 6^η έως 14^η), αρχίζει η παραγωγική φάση. Το λειτουργικό στρώμα αναπαράγεται και παχύνετε, ενώ οι σπειροειδείς αρτηρίες αυξάνουν σε αριθμό και σχηματίζονται σωληνοειδείς αδένες. Η βλέννα του τραχήλου της μήτρας μεταβάλλεται σε μια λεπτή, κρυσταλλική ουσία, σχηματίζοντας αυλούς για βοηθήσει το σπέρμα να μετακινηθεί προς τα πάνω μέσα στη μήτρα (Lowdermil & Shannon, 2006).

Οι μεταβολές της μήτρας κατά τη διάρκεια ενός καταμήνιου κύκλου προκαλούνται από τις αλλαγές της συγκέντρωσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο πλάσμα. Κατά την παραγωγική φάση, η ανυψούμενη συγκέντρωση οιστρογόνων στο πλάσμα διεγείρει την αύξηση τόσο του ενδομητρίου όσο και του υποκείμενου λείου μυός της μήτρας. Επιπρόσθετα, επιφέρει τη σύνθεση των υποδοχέων της προγεστερόνης στα ενδομήτρια κύτταρα. Έτσι κατά την εκκριτική φάση, ύστερα από την ωορρηξία και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου, η προγεστερόνη επιδρά στο

οιστρογονοφιλές ενδομήτριο και το μετατρέπει σε ένα ενεργό εκκριτικό ιστό: οι αδένες του καθίστανται εσπειραμένοι, πληρούνται από γλυκογόνο αυξάνονται τα αιμοφόρα τους αγγεία και συσσωρεύονται ένζυμα τόσο στους αδένες όσο και στο συνδετικό ιστό. Οι αλλαγές αυτές είναι βασικές για να μετατραπεί το ενδομήτριο σε ένα φιλόξενο περιβάλλον για το ωάριο (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η προγεστερόνη αναστέλλει επίσης τις μυομητρικές συστολές, αντιτιθέμενη κύρια στη διεγερτική δράση των οιστρογόνων και των τοπικά παραγόμενων προσταγλανδινών. Τούτο είναι πολύ σημαντικό για να διασφαλισθεί ότι το γονιμοποιημένο ωάριο, άμα την άφιξή του στη μήτρα δεν θα αποβληθεί από μυομητρικές συστολές και θα προλάβει να εμφυτευτεί επάνω στα τοιχώματα της. Η κινητική απραξία της μήτρας διασφαλίζεται από την προγεστερόνη κατά τη διάρκεια της κύησης και αποτελεί προϋπόθεση για την πρόληψη πρόωρου τοκετού (Lowdermil & Shannon, 2006).

Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν σημαντικές επιδράσεις στην έκκριση βλέννας από τον τράχηλο. Κάτω από την επίδραση μόνο των οιστρογόνων η βλέννα αυτή είναι άφθονη, διαυγής και λεπτόρρευση. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο έντονα κατά την ωορρηξία, για να επιτρέπουν στο εναποτιθέμενο στον κόλπο σπέρμα να κινηθεί με ευκολία μέσα από τη βλέννα προς τη μήτρα και από εκεί προς τους ωαγωγούς. Αντίθετα η παρουσία της προγεστερόνης σε υψηλή συγκέντρωση ύστερα από την ωορρηξία καθιστά τη βλέννα παχύρρευση και γλοιώδη όπου κατά κυριολεξία δημιουργείται ένα πώμα το οποίο εμποδίζει την είσοδο βακτηριδίων στη μήτρα μέσω της κολπικής οδού. Ο αντιβακτηριακός φραγμός προφυλάσσει το έμβρυο στην περίπτωση όπου έχει επέλθει σύλληψη (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η πτώση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων του πλάσματος, η οποία επέρχεται από τον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου στερεί το καλό ανεπτυγμένο ενδομήτριο από την ορμονική του υποστήριξη και προκαλεί εμμηνορρυσία. Το πρώτο συμβάν χαρακτηρίζεται από έντονη συστολή των αγγείων της μήτρας, η οποία επιφέρει μείωση της παροχής οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στα ενδομήτρια κύτταρα. Έτσι άρχεται μια αποδόμηση ολόκληρου υποκειμένου στρώματος, το οποίο θα αποτελέσει τη μαγιά αναζωογόνησης του ενδομητρίου κατά τον επόμενο καταμήνιο κύκλο. Επίσης ο λείος μυς της μήτρας ξεκινά ρυθμικές συστολές (Lowdermil & Shannon, 2006).

Τόσο η αγγειοσυστολή όσο και οι συστολές της μήτρας διαμεσολαβούνται από τις προσταγλανδίνες που παράγονται από τον ενδομήτριο σε απόκριση της πτώσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο πλάσμα. Η κύρια αιτία καταμήνιων σπασμών, η δυσμηνόρροια, είναι η υπερπαραγωγή αυτών των προσταγλανδινών η οποία επιφέρει υπερβολικές συστολές της μήτρας. Οι προσταγλανδίνες επιδρούν επίσης και στους λείους μυς του υπόλοιπου σώματος προκαλώντας συνήθως συστηματικές συμπτωματολογικές παρενέργειες όπως είναι η ναυτία, ο εμετός και ο πονοκέφαλος (Lowdermil & Shannon, 2006).

Ύστερα από την αρχική περίοδο της αγγειακής συστολής, τα ενδομήτρια αρτηρίδια διαστέλλονται, επιφέροντας έτσι αιμορραγία μέσω των εξασθενημένων τριχοειδών αγγείων. Η εμμηνορρυσία αποτελείται από αίμα αναμιγμένο με υπολείμματα του ενδομήτριου. Φυσιολογικά η απώλεια αίματος ανά καταμήνιο περίοδο ανέρχεται περίπου από 50 έως 150 ml (Αθανάτου, 2000: Lowdermil & Shannon, 2006).

2.4 Εμμηνόπαυση

Γύρω στην ηλικία των 50 ετών, κατά μέσο όρο, οι καταμήνιοι κύκλοι χάνουν την κανονικότητά τους. Τελικά παύουν εντελώς και αυτό το σταμάτημα είναι γνωστό ως εμμηνόπαυση. Η φάση η οποία αρχίζει με ακανόνιστους καταμήνιους κύκλους και κορυφώνεται με την εμμηνόπαυση είναι γνωστή ως κλιμακτήριος περίοδος και θεωρείται αντίποδας της εφηβείας. Συνοδεύεται από πολυάριθμες φυσικές και συναισθηματικές μεταβολές καθώς η ωριμότητα φύλου αντικαθίσταται από την παύση της αναπαραγωγικής λειτουργίας (Lowdermil & Shannon, 2006).

Ο υποθάλαμος και η πρόσθια υπόφυση λειτουργούν σχετικά κανονικά αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι γοναδοτροπίνες εκκρίνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες. Ο κύριος λόγος για αυτό είναι η μειωμένη συγκέντρωση οιστρογόνων στο πλάσμα η οποία δεν εξασκεί πια της ίδιας έντασης αρνητική ανατροφοδότηση στην έκκριση των γοναδοτροπινών (Lowdermil & Shannon, 2006).

Μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων συνήθως εμμένει στο πλάσμα και μετά την εμμηνόπαυση, κύρια από την περιφερική μετατροπή των επινεφριδιακών ανδρογόνων σε οιστρογόνα, αλλά το επίπεδο αυτό είναι ανεπαρκές για να συντηρήσει τους οιστρογονοεξαρτώμενους ιστούς. Οι μαστοί και τα γεννητικά όργανα ατροφούν προοδευτικά σε μεγάλο βαθμό. Λέπτυνση και ξήρανση του κολπικού επιθηλίου μπορεί να μετατρέψουν την ερωτική συνουσία σε επίπονη πράξη. Επίσης παρουσιάζεται συχνά σημαντική μείωση της οστικής μάζας και της δύναμης, η επονομαζόμενη οστεοπόρωση, λόγω της οστικής απορρόφησης, η οποία είναι υπεύθυνη για την υψηλή συχνότητα εμφανιζομένων καταγμάτων. Η ερωτική ορμή μένει αναλλοίωτη ή μπορεί ακόμα και να αυξηθεί. Οι θερμοερυθριάσεις, το πιο τυπικό σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης, συνοδεύονται από διαστολή των αγγείων του δέρματος, η οποία προκαλεί την αίσθηση ζέστης και έντονη εφίδρωση. Ο μηχανισμός όμως πρόκλησης αυτών των συμπτωμάτων με την έλλειψη οιστρογόνων είναι άγνωστος. Ένα άλλο ζήτημα της εμμηνόπαυσης είναι η σχέση της με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι γυναίκες έχουν σημαντικά λιγότερα νοσήματα στεφανιαίων αρτηριών από ότι οι άνδρες μέχρι την εμμηνόπαυση, όπου τότε η συχνότητα εμφάνισης τους εξισούται μεταξύ των δύο φύλων. Τούτο το γεγονός αποδίδεται στην καρδιοπροφυλακτική έλλειψη των οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα εξασκούν ευεργετική δράση στη χοληστερόλη του πλάσματος, αλλά άλλες ωφέλιμες επιδράσεις αυτής της

ορμόνης πρέπει να παίζουν κάποιο ρόλο, οι οποίες όμως δεν έχουν καθορισθεί επακριβώς ακόμα. Ένα άλλο σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης που εμφανίζεται σε κάποιες γυναίκες είναι η συναισθηματική αστάθεια (Lowdermil & Shannon, 2006).

Τα περισσότερα σχετιζόμενα συμπτώματα με την εμμηνόπαυση, όπως επίσης η αύξηση της συχνότητας θανάτων από νόσους των στεφανιαίων αγγείων και η οστεοπόρωση μπορούν να μειωθούν με την παροχή οιστρογόνων. Πρόσφατες μελέτες απόδειξαν επίσης ότι η χορήγηση οιστρογόνων μπορεί να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξης της ασθένειας Alzheimer και μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη στη θεραπεία αυτής της ασθένειας. Η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπευτικών ιδιοτήτων των οιστρογόνων βρίσκεται προς το παρόν κάτω από κλινική δοκιμή (Lowdermil & Shannon, 2006).

Η θελκτικότητα όμως τέτοιας παροχής σε ολόκληρο τον πληθυσμό των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών είναι αμφισβητήσιμη διότι η μακροχρόνια (πάνω από 5 έτη) παροχή οιστρογόνων αυξάνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης ενδομητρίου καρκίνου και πιθανόν του καρκίνου του μαστού, επίσης. Η αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης ενδομητρίου καρκίνου μπορεί βασικά να απαλειφθεί με την ταυτόχρονη χορήγηση προγεσταγόνου μαζί με τα οιστρογόνα. Δυστυχώς, ένα τέτοιος συνδυασμός χορήγησης φαρμάκων δεν μειώνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Lowdermil & Shannon, 2006).

Συμπερασματικά, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει συνολικά, ότι η θεραπεία αναπλήρωσης των ορμονών τελικά μειώνει τη θνησιμότητα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, βασικά μέσω της προστατευτικής επίδρασης των οιστρογόνων ενάντια στις καρδιακές ασθένειες. Δηλαδή για τη μέση μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα η θετική προστασία ενάντια στις καρδιακές ασθένειες και την οστεοπόρωση υπολείπεται καθαρά της αρνητικής επίδρασης στην αύξηση της επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου. Τούτο όμως μπορεί να μην είναι αληθές για ατομικές περιπτώσεις γυναικών που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνων του μαστού ή του ενδομητρίου οι οποίες έχουν άλλους γνωστούς παράγοντες επικινδυνότητας σε τέτοιες ασθένειες (Lowdermil & Shannon, 2006).

Το θέμα της θεραπείας ασθενειών (π.χ. καρκίνος της μήτρας και του μαστού) με αναπλήρωση ορμονών επικεντρώνεται στην προσπάθεια ανάπτυξης τέτοιων φαρμάκων (ταμοξιφαίνη) τα οποία έχουν ταυτόχρονα τόσο οιστρογονική όσο και αντιοιστρογονική δράση. Τέτοια φάρμακα φέρουν τη γενική ονομασία επιλεκτικοί τροποποιητές οιστρογονουποδοχέων (SERMs- Selective estrogen receptor modulatorν) αφού ενεργοποιούν τους υποδοχείς οιστρογόνων σε κάποιους ιστούς, αλλά όχι σε κάποιους άλλους. Επιπλέον σε αυτούς τους τελευταίους ιστούς επενεργούν ως ανταγωνιστές των οιστρογόνων. Προφανώς το ιδανικό φάρμακο SERM θα πρέπει να έχει οιστρογονική επίδραση για να προφυλάσσει το άτομο από την οστεοπόρωση, τα καρδιακά επεισόδια και την ασθένεια Alzheimer, αλλά ταυτόχρονα το ίδιο φάρμακο να εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκίνων της μήτρας και του μαστού. Η λογική βάση που επιτρέπει την ανάπτυξη ενός τέτοιου φαρμάκου είναι το γεγονός

ότι υπάρχουν δυο εξειδικευμένοι τύποι οιστρογονουποδοχέων, οι οποίοι επηρεάζονται διαφορετικά από διάφορα φάρμακα SERM (Lowdermil & Shannon, 2006).

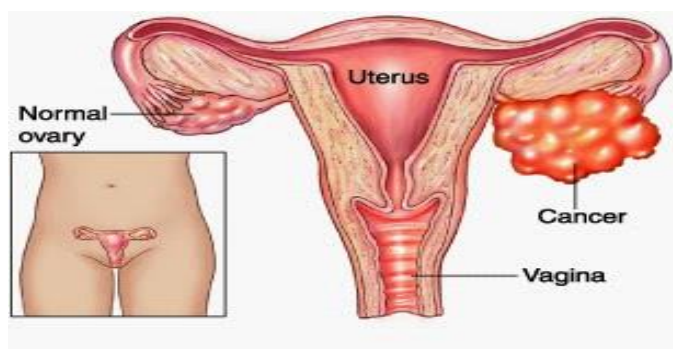
Ορμονικές μεταβολές στις φάσεις της περιεμμηνόπαυσης					
φάσεις	A	B	Γ	Δ	Ε
διάρκεια έμμηνος ρύση	2-6 μήνες κανονική	2-6 μήνες κανονική	πρώιμη προεμμηνο-παισιακή 1-2 έτη ολιγο-μηνόρροια	όψιμη προεμμηνο-παισιακή 1-2 έτη ολιγο-μηνόρροια	μετέμμηνο-παισιακή 1 έτος αμηνόρροια
ωοθυλακιορρηξία	πάντα	συχνά			όχι
FSH	↔	↔ / ↑	↑	↑	↑↑
LH	↔	↔	↔ / ↑	↔ / ↑	↑↑
οιστραδιόλη	↑	↑	↔ / ↑	↔ / ↑	↓
ανασταλτίνη	↓	↓	↓	↓	↓↓
↑: αύξηση, ↓: ελάττωση, ↔: χωρίς μεταβολή					

Εικόνα 3: Μεταβολές στη φάση εμμηνόπαυσης (Πηγή: pzarganis.gr)

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το ανθρώπινο σώμα παράγει συνεχώς νέα κύτταρα για την αντικατάσταση εκείνων που έχουν φθαρεί. Μια μη φυσιολογική αντιγραφή κυττάρων καταλήγει σε νεόπλασμα. Τα νεοπλάσματα χωρίζονται σε καλοήθη και κακοήθη. Τα καλοήθη περιβάλλονται από μια ινώδη κάψα που εμποδίζει την διασπορά των κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος. Τα κακοήθη αυξάνονται ανεξέλεγκτα, ο πυρήνας τους είναι μεγάλος και ακανόνιστος και πιθανόν οφείλεται σε αλλαγές του DNA (Αθανάτου, 2000).

Καρκίνος είναι μια ομάδα μη φυσιολογικών κυττάρων που αναπτύσσονται με ανεξέλεγκτο τρόπο, με αποτέλεσμα να προσβάλλουν και να καταστρέφουν υγιείς ιστούς. Μια ομάδα καρκινικών κυττάρων σχηματίζει έναν όγκο. Όταν ο όγκος βρίσκεται στις ωοθήκες λέγεται καρκίνος ωοθηκών. Το 90% των ωοθηκικών κακοήθων όγκων είναι επιθηλιακοί όγκοι. Οι όγκοι αυτοί μεγαλώνουν γρήγορα, εξαπλώνονται γρήγορα, είναι συνήθως αμφοτερόπλευροι και δεν ανιχνεύονται εύκολα. Αυτός είναι και ο λόγος που αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Υπάρχουν ωστόσο αρκετοί τύποι καρκίνου των ωοθηκών: επιθηλιακοί όγκοι, όγκοι από τα αρχέγονα κύτταρα και όγκοι των γεννητικών κυττάρων. Ο καρκίνος των ωοθηκών εξαπλώνεται τοπικά στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με τα καρκινικά κύτταρα που αποπίπτουν να εμφυτεύονται στο παχύ έντερο και την κύστη. Τα καρκινικά κύτταρα μέσω του περιτοναϊκού υγρού μεταφέρονται και μπορεί να εμφυτευτούν στο λεπτό έντερο και το μεσεντέριο. Επίσης, με τη λέμφο και το αίμα τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να μεταφερθούν σε όργανα όπως το ήπαρ και περνώντας το διάφραγμα να προσβάλλουν τους πνεύμονες. Αν καταληφθούν πνευμονικοί και παραορτικοί λεμφαδένες, τα καρκινικά κύτταρα παρεμποδίζουν την λεμφική παροχέτευση, προκαλώντας ασκίτη (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2010).



Εικόνα 4: Γυναικεία Μήτρα (Πηγή: tinios.biz)

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- Κληρονομική προδιάθεση
- Κάπνισμα
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Αναπαραγωγικοί παράγοντες
- Φυσική δραστηριότητα
- Ανθρωπομετρικοί παράγοντες
- Επάγγελμα
- Νόσοι/φάρμακα
- Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η ωορρηκτική δραστηριότητα της ωοθήκης παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του ωοθηκικού καρκινώματος. Οι ωορρηξίες προκαλούν τραυματισμό του επιθηλίου και η επακόλουθη επούλωση συνδέεται πάντοτε με μια διέγερση προς υπερπλασίαν. Μια μεγάλη χρονική περίοδος εμφάνισης ωορρηξιών (πρώιμη εμμηναρχή, όψιμη εμμηνόπαυση) και επομένως ένας μεγάλος συνολικός αριθμός ωορρηξιών θεωρούνται, σε μικρό βαθμό, ως παράγων κινδύνου. Η απουσία κυήσεων και η ανεπιθύμητη ατεκνία αυξάνουν τον κίνδυνο. Άλλος παράγων κινδύνου είναι οι λοιμώξεις της ελάσσονος πυέλου στο ιστορικό της ασθενούς. Αντιθέτως φαίνεται ότι δρουν προστατευτικά, οι ολοκληρωμένες εγκυμοσύνες, η μακροχρόνια λήψη αναστολέων της ωορρηξίας, η απολίνωση των ωαγώνων και η εστεροκτομή. Όσον αφορά στους δύο τελευταίους παράγοντες φαίνεται ότι ο αποκλεισμό από το εξωτερικό περιβάλλον και επομένως η μειωμένη έκθεση σε εν δυνάμει καρκινογόνες ουσίες παίζει αποφασιστικό ρόλο (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Ιστολογικά στο 90% των περιπτώσεων πρόκειται για επιθηλιακούς όγκους που εκκινούν από την ορογονική κάψα της ωοθήκης. Από αυτά 70-80% εμφανίζουν ορώδη, 20% βλεννώδη και 10% ενδομητριοειδή διαφοροποίηση. Ένα 10-20% των επιθηλιακών όγκων της ωοθήκης ανήκουν στην κατηγορία των λεγόμενων όγκων οριακής κακοήθειας. Αυτοί οι όγκοι έχουν κύτταρα με κακοήθεις χαρακτήρες όπως υψηλούς δείκτες πολλαπλασιασμού, πολλές μιτώσεις και ατυπίες, ωστόσο απουσιάζει η διηθητική ανάπτυξη (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Στους μη επιθηλιακούς όγκους της ωοθήκης ανήκουν οι όγκοι του ωοθηκικού στρώματος, οι όγκοι από γεννητικά κύτταρα και σπανιότερες μορφές. Μια πολύ σημαντική ιδιαίτερη μορφή είναι το πολυεστιακό εξωθηκικό καρκίνωμα της ωοθήκης. Στην περίπτωση του, η κακοήθεις ανάπτυξη εκκινά από το περιτόναιο, αλλά η ιστολογική και κλινική εικόνα δεν διαφέρουν από εκείνες του καρκινώματος που εκκινά από την ωοθήκη. Αυτό το καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί και μετά από προφυλακτική ωοθηκεκτομή. Ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης τους, τα καρκινώματα

διακυμαίνονται από G1 (υψηλής διαφοροποίησης) έως G3 (χαμηλής διαφοροποίησης) (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Οικογενειακό ιστορικό υπάρχει στο 5-10% των γυναικών με επιθηλιακό καρκίνο. Μια γυναίκα με συγγενή που πάσχει από τη νόσο έχει κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στη διάρκεια της ζωής της 2,5% διπλάσιο δηλαδή από τον γενικό πληθυσμό. Με δυο προσβεβλημένους στενούς συγγενείς, ο κίνδυνος αυξάνεται στο 30-40%. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των οικογενών καρκίνων είναι η σχετικά πρόωμη ηλικία εμφάνισης (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Οι περισσότερες, επίσης από αυτές της οικογένειας παρουσιάζουν επιπροσθέτως περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ή ορθοκολικού καρκίνου. Το ελαττωματικό γονίδιο στις οικογένειες είναι πολύ συχνά, το ογκοκατασταλτικό γονίδιο BRCA1 (81 %). Το γονίδιο BRCA2 είναι παθολογικό σε ποσοστό 14%. Οικογένειες με ορθοκολικό καρκίνο παρουσιάζουν βλάβες στα γονίδια επιδιόρθωσης του DNA, αλλά αυτό σπάνια βρίσκεται σε σχέση με τον οικογενή ωοθηκικό καρκίνο. Μια γυναίκα που έχει κληρονομήσει ένα παθολογικό γονίδιο BRCA1 έχει 60 % κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 50 ετών και 80 % σε όλη τη διάρκεια της ζωής της. Ωστόσο ο κίνδυνος για καρκίνο των ωοθηκών είναι χαμηλότερος, περίπου 40 % (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

4.1 Παράγοντες Κινδύνου και Ελάττωση

Θεωρία της ωοθυλακιορρηξίας διατυπώθηκε από τον Fathalla το 1972. Σύμφωνα με αυτήν ο τραυματισμός του επιθήλιου που συνεπάγεται η ΩΘΡ και οι διαδικασίες επούλωσης που ακολουθούν, ευνοούν τη δημιουργία των προϋποθέσεων για τη δράση των μηχανισμών καρκινογένεσης και την ανάπτυξη μεταλλάξεων. Επίσης σχετίζεται με το σχηματισμό κυτταρικών εγκλείστων τα όποια με τη μορφή μικρών κυστών ανευρίσκονται υποεπιθηλιακά, στο στρώμα της ωοθήκης. Το επιθήλιο των κυστών μπορεί να υποστεί μεταπλάσια και να παρουσιάσει δυσπλασία και καρκίνο (Φωτίου, 2008).

Θεωρία των γοναδοτροφίνων: μελέτη σε πειραματόζωα και επιδημιολογικές παρατηρήσεις υποστηρίζουν την άποψη ότι η μεγάλη αύξηση των γοναδοτροφίνων στην κυκλοφορία ευνοούν την δημιουργία μεταλλάξεων στο επιθήλιο της ωοθήκης (Φωτίου, 2008).

Θεωρία των στεροειδών ορμονών: Η παρουσία υποδοχέων των ανδρογόνων, οιστρογόνων και προγεστερόνης στο επιθήλιο της ωοθήκης οδήγησε στην υπόθεση ότι η δράση των στεροειδών αυτών μπορεί να αυξάνει (ανδρογόνα) ή να ελαττώνει (προγεστερόνη) τον κίνδυνο ανάπτυξης ΕΚΩ. Γυναίκες που έλαβαν αντισύλληψη με προγεστερόνη μόνο, παρουσίασαν κίνδυνο για ανάπτυξη ΕΚΩ 0.39 , για χρήση μέχρι τρία χρόνια και 0.21 για χρήση σε μεγαλύτερο διάστημα (Φωτίου, 2008).

Ορμονοθεραπεία υποκατάστασης: Σύμφωνα με έρευνες η χορήγηση οιστρογόνων και μόνο σχετίζεται σημαντική αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη του ΕΚΩ (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Στείρωση και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Τα μέχρι σήμερα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι η στείρωση από μόνη της αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του ΕΚΩ. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η χορήγηση ωοθηλακιορρηκτικών φαρμάκων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης όγκων χαμηλής δυνητικής κακοήθειας, αλλά όχι όμως και διηθητικού καρκίνου (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Ψυχοτρόπα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και ταλκ (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Κληρονομικό ιστορικό ΚΩ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη νόσο. Στο 5-10% των περιπτώσεων ο ΕΚΩ είναι κληρονομικής αιτιολογίας και οφείλεται σε μεταλλάξεις που κληρονομούνται. Κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου μαστού- ωοθηκών και αποδίδονται σε μεταλλάξεις των ογκοκατασταλτικών γονιδίων BRCA1 –BRCA2 (Φωτίου, 2008).

Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση του κινδύνου (Φωτίου, 2008):

- Τεκνοποίηση: η προστατευτική της δράση έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες. Γυναίκες με παιδιά έχουν 45% ελαττωμένο κίνδυνο για τη νόσο σε σύγκριση με άτεκνες. Κάθε τοκετός υπολογίζεται ότι προσφέρει προστασία κατά 13-19%.
- Αντισυλληπτικό χάπι: η χορήγησή του δρα προστατευτικά, ελαττώνοντας το σχετικό κίνδυνο κατά 30-60%. Η διάρκεια λήψης τους σχετίζεται επίσης με το βαθμό προστασίας. Η μείωση του κινδύνου υπολογίζεται σε 11% για λήψη για ένα χρόνο και φτάνει στο 50% για λήψη πέντε ή περισσότερων ετών.
- Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης: παρόλο που έχει αναφερθεί κάποια μικρή προστατευτική επίδραση σε γυναίκες με καθυστερημένη εμμηναρχή, τα δεδομένα που υπάρχουν δεν θεωρούνται ικανά για να την βεβαιώσουν. Καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με μικρή αύξηση του κινδύνου.
- Η υστερεκτομή με διατήρηση των ωοθηκών σχετίζεται με την ελάττωση του κινδύνου κατά 33-36%. Σημαντική επίσης προστασία προσφέρει η απολίνωση των σαλπίγγων.
- Θηλασμός: τα δεδομένα που υποστηρίζουν τον προστατευτικό ρόλο του δεν θεωρούνται επαρκή. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν την ελάττωση του RR από 19% μέχρι 50%, για θηλασμό τουλάχιστον δώδεκα μηνών.
- Φενρετινίδη και ακεταμινοφαίνη.

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι συχνά στα πρώτα στάδια μια σιωπηλή ασθένεια, πράγμα που σημαίνει ότι πολλές γυναίκες δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Αρχικά ο όγκος αναπτύσσεται σαν ένα συμπαγές, κυστικό μórφωμα στη μια ή δυο ωοθήκες χωρίς να δίνει συμπτώματα. Ακολουθεί διάσπαση κάψας και εμφύτευση κακοήθων κυττάρων στην πύελο και μετά σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Επίσης από τα πρώτα στάδια αρχίζει η λεμφογενής διασπορά με μετάσταση σε όλους τους λεμφαδένες της πύελου (Φωτίου, 2008).

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που μπορούν να υποδηλώνουν καρκίνο της ωοθήκης είναι (Smith & Netter, 2007):

- κοιλιακός τυμπανισμός/αίσθηση φουσκώματος
- απώλεια όρεξης
- ανεξήγητη αύξηση βάρους
- δυσκοιλιότητα
- κάψιμο στο στομάχι
- πόνο στη μέση
- συχνή ούρηση
- κοιλιακός/πυελικός πόνος
- κούραση

Όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα, συνήθως είναι ασαφή και μπορεί να περιλαμβάνουν οίδημα, πίεση, δυσφορία ή πόνο στην κοιλιά, καούρα, ναυτία ή φούσκωμα, αλλαγές στις συνήθειες επίσκεψης στην τουαλέτα, όπως δυσκοιλιότητα, διάρροια και συχνουρία λόγω της πίεσης, κούραση και απώλεια όρεξης, ανεξήγητη απώλεια ή αύξηση του σωματικού βάρους, αλλαγές στο εμμηνορρυσιακό κύκλο ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία, πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. Τα παραπάνω συμπτώματα είναι κοινά σε πολλές ασθένειες και οι περισσότερες γυναίκες που εμφανίζουν κάποια από αυτά δεν έχουν απαραίτητα καρκίνο των ωοθηκών. Μόνο οι εξετάσεις μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Οι περισσότεροι όγκοι του καρκίνου των ωοθηκών υπάρχουν για κάποιο χρονικό διάστημα πριν βρεθούν. Μερικές φορές ο καρκίνος των ωοθηκών βρίσκεται απρόσμενα κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης, όπως η υστερεκτομή (Φωτίου, 2008).

6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση της κοιλίας, την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και την εξέταση από το ορθό. Χαρακτηριστικά που δείχνουν κακοήθεια είναι ανώμαλο περίγραμμα, οζώδης μορφολογία, συμπαγής υφή, αμφοτερόπλευρη εντόπιση, καθήλωση, ανεύρεση ασκτικού υγρού (Φωτίου, 2008).

Διαγνωστικές εξετάσεις (Smith & Netter, 2007):

- Εξέταση αίματος και ειδική ηλεκτροφόρηση του ορού αίματος, όπου μπορεί να αντικατοπτρίζει την παρουσία της νόσου.
- Λαπαροσκόπηση γίνεται για να τεθεί η οριστική διάγνωση και να προσδιορίσει την επέκταση σε άλλα όργανα.
- Η εξέταση κυτταρικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου είναι παθολογική σε ποσοστό 30% γυναικών με καρκίνο ωοθηκών.
- Τα επίπεδα του αντιγόνου Ca 125 χρησιμεύουν στην ανίχνευση του καρκίνου των ωοθηκών. Το αντιγόνο αυτό είναι ένας καρκινικός δείκτης που έχει υψηλή συσχέτιση με τον επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών. Η διακολπική και διακοιλιακή υπερηχογραφία χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν το μέγεθος των ωοθηκών και να ανιχνεύσουν μικρές μάζες. Ωστόσο οι εξετάσεις αυτές δεν μπορούν να διακρίνουν μεταξύ κυστών ή καλοηθών και κακοήθων ωοθηκικών μαζών.
- Η αξονική τομογραφία και οι απλές ακτινογραφίες μπορούν να αναδείξουν περιοχές μετάστασης.

7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά και ο βαθμός κακοήθειας των νεοπλασμάτων της ωοθήκης παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία, η οποία εκφράζεται και με τις ιδιαιτερότητες που έχει η κλινική

συμπεριφορά τους. Η ταξινόμησή τους στηρίζεται στην ιστογενετική τους προέλευση. Στην ωοθήκη υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη ιστών με διαφορές στην προέλευση και την λειτουργικότητα. (Μαχαλάς, 2010).

Οι ωοθηκικοί όγκοι μπορεί να είναι συμπαγείς ή κυστικοί. Μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις κι επιπλέον υπάρχουν αυτοί που, ενώ παρουσιάζουν κάποια στοιχεία κακοήθειας, στερούνται ευρημάτων διήθησης του στρώματος. Αυτοί ονομάζονται οριακοί όγκοι. (Μαχαλάς, 2010).

Οι πρωτοπαθείς ωοθηκικοί όγκοι διαιρούνται στους όγκους επιθηλιακού τύπου (υποδηλώνοντας μια προέλευση από το επιφανειακό επιθήλιο), στους όγκους γοναδικού τύπου γεννητικής ταινίας (γνωστοί επίσης και ως στρωματικοί όγκοι γεννητικής ταινίας ή μεσεγγυματικοί όγκοι γεννητική ταινίας ή όγκοι με προέλευση από τη γεννητική ταινία μεσεγγυματικών στοιχείων και στους όγκους των βλαστικών κυττάρων (Μαχαλάς, 2010). Αναλυτικά (Μαχαλάς, 2010):

- Όγκους από το βλαστικό επιθήλιο
- Όγκους από τα γεννητικά κύτταρα
- Όγκους από το εξειδικευμένο (λειτουργικό) μεσέγγυμα
- Όγκους από το μη λειτουργικούς όγκους
- Μεταστατικούς όγκους.

7.1 Σταδιοποίηση

Στάδιο I : Εντόπιση στις ωοθήκες

Στάδιο IA : Εντόπιση στη μια ωοθήκη. Όχι ασκίτης, διήθηση η ρήξη κάψας όγκου

Στάδιο IB: Εντόπιση στις δυο ωοθήκες. Όχι ασκίτης, διήθηση η ρήξη κάψας όγκου

Στάδιο IC : Όγκος σταδίου II η III με κακοήγη ασκίτη η ρήξη η διήθηση της κάψας του όγκου.

Στάδιο II: Εντόπιση στη μια η δυο ωοθήκες και κατ'έκταση στη πύελο.

Στάδιο IIA : επέκταση στη μήτρα η τις σάλπιγγες

Στάδιο IIB : Επέκταση σε αλλά πυελικά όργανα

Στάδιο IIC: Όγκος σταδίου IIA η IIB με κακοήγη ασκίτη η θετική κυτταρολογική εκ πλύματος πυέλου.

Στάδιο III : Εντόπιση στη μια η δυο ωοθήκες με επέκταση της νόσου στην άνω κοιλία η τους οπισθοπεριτοναϊκούς η βουβωνικούς λεμφαδένες. Μεταστάσεις στο ήπαρ.

Στάδιο IIIA: μικροσκοπική μόνο νόσος στην άνω κοιλία

Στάδιο IIIB: Μακροσκοπικές μεταστάσεις στην άνω κοιλία

Στάδιο IIIC: Μεταστάσεις στην άνω κοιλία >2εκ. η θετικοί οπισθοπεριτοναϊκοι η βουβωνικοί λεμφαδένες.

Στάδιο IV: Εξωπεριτοναϊκες μεταστάσεις εκτός βουβωνικών λεμφαδένων η παρεγχυματικές ηπατικές μεταστάσεις (Μαχαλας, 2010).

Ταξινόμηση ωοθηκικών όγκων

Επιθηλιακοί όγκοι (85-90%)

- ορώδεις(42%)

Εκ γοναδικού στρώματος

κοκκιοκυτταρικός όγκος

Μεσεγγυματικοί όγκοι

ινώμα, λειομύωμα,

- ## Εκ γεννητικών κυττάρων

- ## 7.2 Ορώδες Καρκίνωμα

7.3 Βλεννώδες Καρκίνωμα

29

επιφάνεια και περιέχουν βλεννώδεις υγρό. Οι βλεννώδεις όγκοι είναι από τους μεγαλύτερους όγκους των ωοθηκών και μπορούν να φτάνουν σε τεράστιες διαστάσεις. Μια κύστη διαμέτρου 25 εκ. είναι σχετικά συχνή (Μαχαλάς, 2010).

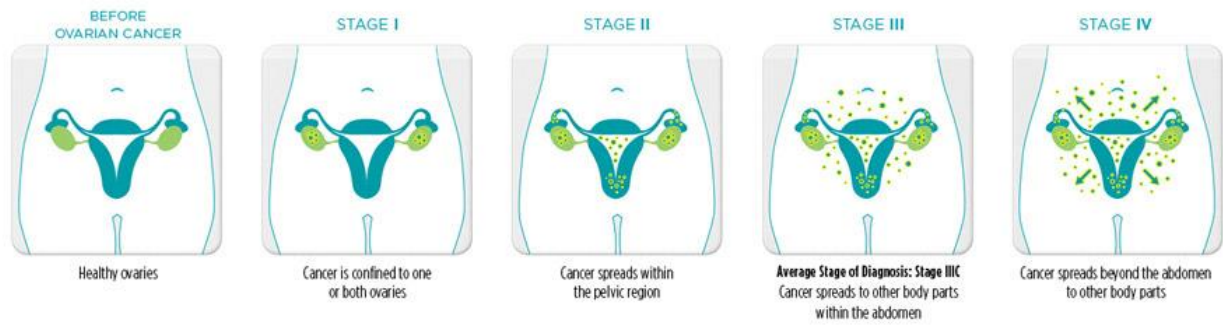
7.4 Ενδομητριοειδές Καρκίνωμα

Πρόκειται για ωοθηκικούς όγκους που μοιάζουν με καρκινώματα του ενδομητρίου. Ο χαρακτηρισμός ενός ωοθηκικού όγκου ως ενδομητριοειδές είναι δύσκολος δια γυμνού οφθαλμού. Οι περισσότεροι είναι κυστικοί, συνήθως μονόχωροι και περιέχουν θόλο, καφέχρωο υγρό. Ένα ποσοστό 5-10% παρατηρούνται σε συνδυασμό με αναγνωρισμένη ενδομητρίωση. Το ωοθηκικό αδενοακάνθωμα με πλακώδη στοιχεία καλοήθους εμφάνισης αποτελεί σχεδόν το 50% κάποιων σειρών ενδομητριοειδών όγκων. Σημαντικό είναι ότι σε ένα ποσοστό 15 % το ενδομητριοειδές καρκίνωμα της ωοθήκης συνδυάζεται με ενδομητρικό καρκίνωμα του σώματος της μήτρας. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για δυο διαφορετικούς πρωτοπαθείς όγκους (Μαχαλάς, 2010).

7.5 Καρκίνωμα Διαυγών Κυττάρων

Πρόκειται για τους πιο σπάνιους κακοηθείς επιθηλιακούς όγκους των ωοθηκών, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν ένα ποσοστό 5-10 % του συνόλου. Η εμφάνισή τους, από την οποία παίρνουν και το όνομά τους, είναι αυτή του τύπου διαυγών κυττάρων, αλλά κάποιες περιοχές εμφανίζουν σωληκοκυστική μορφή, με χαρακτηριστική κοκκιώδη εμφάνιση του επιστρώνοντος επιθηλίου (Μαχαλάς, 2010).

Καθώς υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ωοθηκικών όγκων διαυγών κυττάρων και της ωοθηκικής ενδομητρίωσης κι επειδή οι όγκοι αυτοί συχνά συνυπάρχουν με τους ενδομητριοειδείς όγκους, θεωρείται πιθανό ότι ο όγκος διαυγών κυττάρων είναι μια παραλλαγή του ενδομητριοειδούς όγκου (Μαχαλάς, 2010).



Εικόνα 5: Στάδια Καρκίνου Ωοθηκών (Πηγή: National Ovarian Cancer Coalition)

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του ΕΚΩ εξαρτάται από τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και τους ιστοπαθολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς του νεοπλάσματος. Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την έκταση της νόσου. Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα αν η διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος γίνει στα αρχικά στάδια. Όταν είναι η νόσος είναι προχωρημένη και με αρκετές μεταστάσεις σε άλλα όργανα του σώματος, η χημειοθεραπεία προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ παρατείνεται ο χρόνος επιβίωσης (Φωτίου, 2008).

Το **στάδιο της νόσου** αποτελεί τον κυριότερο προγνωστικό παράγοντα. Η πενταετής επιβίωση φθάνει το 76%-93% για το στάδιο I ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης, ενώ το στάδιο IV δε ξεπερνά το 10%. Η πρόγνωση στο στάδιο I εξαρτάται από τη παρουσία στερών συμφύσεων, τη διήθηση της κάψας του όγκου και την ύπαρξη κακοήγη ασκίτη. Η ηλικία: ασθενείς νεότερες των 50 ετών έχουν καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με περισσότερο ηλικιωμένες. Η ποσότητα της νόσου: ασθενείς με μεγάλους όγκους και άφθονες μεταστάσεις σε δυσπρόσιτες χειρουργικές περιοχές παρουσιάζουν μικρότερες πιθανότητες θεραπείας σε σύγκριση με ασθενείς ίδιων σταδίων αλλά με λιγότερο εκτεταμένη νόσο. Υπολειπόμενη νόσος: το μέγεθος των υπολειπόμενων μετά την κυτταρομείωση εστιών έχει καθοριστική επίδραση για την επιβίωση. Ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά: επιδρούν σημαντικά στη βιολογική συμπεριφορά του ΕΚΩ και επηρεάζουν την πρόγνωση. Ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα (Φωτίου, 2008).

9. ΠΡΟΛΗΨΗ

Δεν υπάρχουν προληπτικά μέτρα για τον καρκίνο της ωοθήκης, όπως για παράδειγμα το τεστ παπ για τον καρκίνο του τράχηλου. Πρακτικά, όπως και με όλες τις υπόλοιπες μορφές καρκίνου, η επιβίωση έχει να κάνει με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση (Φωτίου, 2008).

Το πιο σοφό είναι να πραγματοποιεί τον απαραίτητο ετήσιο έλεγχο με υπερηχογράφημα και γυναικολογική εξέταση στο γυναικολόγο της. Σε αυτόν θα αναφέρει και όποιο από τα παραπάνω συμπτώματα την απασχολούν. Ο γυναικολόγος θα αξιολογήσει τα συμπτώματα και εκτός από τον καθιερωμένο έλεγχο ενδέχεται να ζητήσει εξετάσεις για την περεταίρω διερεύνηση του προβλήματος. Η γενετική ανάλυση είναι ένα ισχυρό εργαλείο για την πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, οι οποίες φέρουν μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2, ή άλλες μεταλλάξεις οι οποίες συνεχίζουν να ερευνώνται από την ερευνητική κοινότητα. Πέραν της πρόληψης, η γονιδιακή έρευνα στον καρκίνο των ωοθηκών είναι πολύ σημαντική και για τη θεραπεία των ασθενών (Φωτίου, 2008).

- Ένας «φυσικός» τρόπος ζωής, με ικανοποιητική άσκηση και ισορροπημένη διαίτα με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, καροτίνη, βιταμίνες C και E και ακόρεστα λιπαρά επιδρά θετικά
- Οι τοκετοί, ο θηλασμός και η αποφυγή ανεξέλεγκτης λήψης ορμονών ελαττώνουν τον κίνδυνο για τη νόσο.
- Από πλευράς χειρουργικής πρόληψης, η απολίνωση των σαλπίγγων, η υστερεκτομή και η προφυλακτική ωοθηκεκτομή σε γυναίκες με κληρονομική νόσο.
- Η χημειοπροφύλαξη που ασκεί το αντισυλληπτικό χάπι είναι αποδεδειγμένη.
- Το διακολπικό υπερηχογράφημα έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα ως προς τη πρόληψη του ΕΚΩ. Η μέτρηση του Ca -125 στο αίμα μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου (Φωτίου, 2008).

10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών είναι συντηρητική και χειρουργική. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και το τύπο του καρκίνου γίνεται κυρίως με την χειρουργική επέμβαση και υποβοηθητικά με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Σκοπός της χειρουργικής επέμβασης είναι αφενός η Σταδιοποίηση της νόσου και αφετέρου η ριζική εξαίρεση του όγκου η έστω ενός μεγάλου τμήματος του (Φωτίου, 2008).

10.1 Χειρουργική Επέμβαση

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο των ωοθηκών περιλαμβάνουν (Φωτίου, 2008):

- Την πρωτογενή χειρουργική επέμβαση
- σταδιοποίησης
- ογκομείωσης
- Τις δευτερογενείς χειρουργικές επεμβάσεις
- ενδιάμεσης ογκομείωσης
- εγχείρησης επανελέγχου
- ογκομείωσης υποτροπιάζουσας νόσου
- Παρηγορητικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Λαπαροτομία "δεύτερης ματιάς": Η τομή της λαπαροτομίας θα πρέπει να είναι κάθετη ώστε να υπάρχει έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας. Για την Σταδιοποίηση της νόσου γίνεται: αναρρόφηση ασκητικού υγρού η έκπλυση περιτοναϊκής κοιλότητας με 100ml φυσιολογικού ορού, επισκόπηση και ψηλάφηση όλων των οργάνων της άνω και κάτω κοιλίας και λήψη βιοψιών των υπόπτων σημείων, έλεγχος παραορτικών και πυελικών λεμφαδένων, έλεγχος περιτοναίου η λήψεις βιοψιών από υποδιαφραγματικούς χώρους, παρακολικές αύλακες ,δουγλάσιο, εμδομητρική πτυχή, και μεσεντέριο, μερική επιπλεκτομία, αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης. Εκτός από την αφαίρεση του όγκου θα πρέπει να γίνεται ολική υστερεκτομή στα στάδια I κ II η ριζική υστερεκτομή με συναφαίρεση του περιτοναίου στα στάδια I Ιβ και I Ιγ (Φωτίου, 2008).

Η χειρουργική επέμβαση σταδιοποίησης γίνεται στα αρχικά στάδια και έχει σαν στόχο να καταταγεί η ασθενής στο πραγματικό στάδιο στο οποίο ανήκει, και όχι σε αυτό που μακροσκοπικά φαίνεται ότι ανήκει. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να ληφθούν βιοψίες από όλα εκείνα τα σημεία που πιθανόν υπάρχουν μικροσκοπικές μεταστάσεις (Φωτίου, 2008).

Γνωρίζοντας το πραγματικό στάδιο της νόσου, γνωρίζουμε αφ' ενός την πρόγνωση της και αφ' ετέρου μπορούμε να επιλέξουμε την κατάλληλη μετεγχειρητική αγωγή. Η χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης γίνεται στα προχωρημένα στάδια της νόσου και μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής (Φωτίου, 2008).

Η πρωτογενής χειρουργική επέμβαση ογκομείωσης (Debulking) περιλαμβάνει μία εκτεταμένη και επίπονη εγχείρηση με στόχο την εξαίρεση εκτός των ωοθηκικών όγκων, της μήτρας, λεμφαδένων και όλων, εάν είναι δυνατόν, των μακροσκοπικών εστιών της νόσου. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό η χειρουργική ογκομείωση στοχεύει στην εξαίρεση όλων των εμφυτεύσεων με διάμετρο >1 cm. καθότι η εξαίρεση όλων των μεταστατικών εστιών με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 cm έχει θετική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια για μηδενική υπολειπόμενη νόσο, με αποτέλεσμα την εκτέλεση μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων. Η επιτυχής ογκομείωση αποτελεί τον ισχυρότερο ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα (Φωτίου, 2008).

Οι δευτερογενείς χειρουργικές επεμβάσεις ογκομείωσης περιλαμβάνουν (Τζίτζιμίκας και συν., 2011): Ενδιάμεση ογκομείωση είναι πολλές φορές δεν είναι εφικτή η επιτυχής πρωτογενής χειρουργική ογκομείωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμο να δοκιμαστεί η ενδιάμεση ογκομείωση (interval Debulking). Η ενδιάμεση ογκομείωση γίνεται μετά 3-4 Χημειοθεραπευτικά σχήματα, πριν αναπτύξουν αντοχή τα καρκινικά κύτταρα στα Χημειοθεραπευτικά φάρμακα, και ακολουθείται από άλλα τόσα σχήματα.

Επανεγχείρηση ελέγχου (second look operation) είναι χειρουργική επέμβαση που γίνεται πλέον μόνο στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων που ερευνώνται οι αποδόσεις νέων χημικοθεραπευτικών σχημάτων. Για να γίνει Επανεγχείρηση ελέγχου πρέπει όλες οι κλινικές και απεικονιστικές μέθοδοι να είναι αρνητικές ευρημάτων και να απομένει μόνο η διαπίστωση ύπαρξης μικροσκοπικής νόσου, που είναι εφικτή μόνο χειρουργικά. Η εν λόγω επέμβαση δεν βελτιώνει την πρόγνωση των ασθενών.

Ογκομείωση υποτροπιάζουσας νόσου είναι η ογκομείωση σε υποτροπή της νόσου που συμβαίνει μετά από κλινική ύφεση τουλάχιστον 6 μηνών, ενώ είχε προηγηθεί πρωτογενής ογκομείωση και εφαρμογή χημειοθεραπείας. Η επέμβαση μοιάζει να δρα ευνοϊκά στην επιβίωση των ασθενών.

Παρηγορητικές χειρουργικές επεμβάσεις αφορούν την χειρουργική θεραπεία της απόφραξης του εντέρου, που παρατηρείται στο 5-51% της πορείας του επιθηλιακού καρκίνου. Στόχος είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, ώστε να παραμείνουν εκτός νοσοκομείου όσο το δυνατόν περισσότερο. Οι επεμβάσεις αυτές επιφέρουν βελτίωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, αλλά έχουν υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Τζίτζιμίκας και συν., 2011).

Μετεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει την συστηματική χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία της πυέλου και όλης της κοιλιακής χώρας, την ενδοπεριτοναϊκή έγχυση χημικοθεραπευτικών ή ραδιοϊσοτόπων με τοποθέτηση ειδικού port κάτω από το δέρμα και την ορμονοθεραπεία. Από αυτές

τις θεραπείες κυρίαρχη θέση έχει η συστηματική χημειοθεραπείας, είτε σαν μονοθεραπεία, είτε σαν συνδυασμός φαρμάκων. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά, συνήθως σε υποτροπή της νόσου. Ο συνδυασμός ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας και ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης, σε μερικές μελέτες, έδωσε καλύτερα αποτελέσματα (Τζιτζιμίκας και συν.,2011).

10.2 Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών

Το πρώτο εξάμηνο της αρχικής θεραπείας οι ασθενείς εξετάζονται τακτικά και υποβάλλονται σε εργαστηριακό έλεγχο. Η συστηματική παρακολούθηση, με κλινική και γυναικολογική εξέταση, μέτρηση του καρκινικού δείκτη Ca-125 και απεικονιστικό έλεγχο (αξονική τομογραφία, υπερηχογράφημα) συνεχίζεται συστηματικά και μετά το τέλος της αρχικής θεραπείας. Αρκετές φορές είναι απαραίτητη και νέα χειρουργική επέμβαση, ή/και νέος κύκλος χημειοθεραπείας με τα ίδια ή άλλα φάρμακα, αν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου (Φωτίου, 2008).

10.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι η πιο συχνή συμπληρωματική θεραπεία για τον καρκίνο της ωοθήκης και χορηγείται ενδοφλέβια. Τα πιο συχνά κυτταροτοξικά φάρμακα είναι της ομάδας αλκυλιωτικών παραγόντων. Η χλωραμβουκίλη και η μελαμφάνη ήταν τα πιο συχνά φάρμακα per os. Τα τελευταία χρόνια τα σύνθετα cisplatin μαζί με paclitaxel έχουν γίνει φάρμακα εκλογής για χρονική περίοδο τεσσάρων έως έξι μηνών. Μελέτες έδειξαν ότι ενδεχομένως η προσθήκη του μονοκλωνικού αντισώματος μπεβασισουμάβης στη χημειοθεραπεία να βελτιώνει περισσότερο την επιβίωση των ασθενών που διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο (Φωτίου, 2008).

10.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες X για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Μόνο σε μια μειοψηφία γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών θα χορηγηθεί ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία είναι ανεπαρκής όταν η υπολειπόμενη νόσος είναι μεγάλη. Χορηγείται σε όλη την επιφάνεια του περιτοναίου και μπορεί να δοθεί σαν εξωτερική ή εσωτερικά με ενδοπεριτοναϊκα ακτινοενεργά ισότοπα (Φωτίου, 2008).

B΄ ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρία είναι πλέον αναγκαιότητα και για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται (Μούσας και συν., 2008):

- Δεξιότητες
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς
- Αίσθημα ευθύνης
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία (Μούσας και συν., 2008).

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημικοθεραπευτικών και προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.

- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin, Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx).

Η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους (Μούσας και συν., 2008).

1.1 Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά (Μούσας και συν., 2008).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 Ο Νοσηλευτής στην Προεγχειρητική Διαδικασία

Τόνωση του ηθικού: Σημαντικός παράγοντας στην έκβαση της εγχείρησης και γενικότερα της νόσου. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθήσει να καταλάβει τον ασθενή και τις ανάγκες του και να συμμεριστεί τη θέση του.

Σωματική τόνωση: Αυτή επιτυγχάνεται με ένα διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες, άλατα και φτωχοί σε λίπη. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς για προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Δίνεται σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Μια μέρα πριν την εγχείρηση η ασθενής θα φάει ελαφρά ενώ την ημέρα της εγχείρησης δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα.

Ιατρικές εξετάσεις: αίματος και ουρών.

Καθαριότητα ασθενούς: καθαρισμός εντερικού σωλήνα με καθαρτικά φάρμακα και υποκλυσμό. καθαριότητα σώματος ασθενούς για καλύτερη λειτουργικότητα δέρματος και αποφυγή μολύνσεως χειρουργικού τραύματος.

Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου Συνίσταται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του χειρουργικού πεδίου του μέρους δηλαδή που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία Περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. τη κατάλληλη ένδυση και την προνάρκωση που θα γίνει μίση ώρα πριν την εγχείρηση (Αθανάτου, 2004).

2.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Διαδικασία

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Περιλαμβάνει: τη προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα, την κατάλληλη τοποθέτηση του στο κρεβάτι όπου είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως, την φροντίδα του τραύματος, παρατήρηση για τυχόν επιπλοκές καθώς και την ανακούφιση από το πόνο με αναλγητικά φάρμακα (Σαχίνη και συν., 2006).

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες:

Πόνος: Δίνονται αναλγητικά με τη μορφή ενέσεων όπου η δόση και το είδος καθορίζεται από το γιατρό.

Δίψα: Παρατηρείται μετά την νάρκωση. Αντιμετωπίζεται με πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγρανση των χειλιών και της γλωσσάς με γάζα ή βαμβάκι εμποτισμένο με νερό και χορήγηση υγρών μέσω πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

Έμετος: Συνηθισμένο φαινόμενο μετά τη νάρκωση. Τοποθετούμε το κεφάλι του ασθενούς πλάγιως και δίνουμε ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρουμε μετά τον έμετο.

Αιμορραγία: Οφείλεται σε μόλυνση του τραύματος, απολίνωση αγγείων-τριχοειδών καθώς και σε απότομες κινήσεις του ασθενούς και τέλος σε μη καλή πήκτικότητα αίματος. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι τόνωση του ηθικού της ασθενούς, σφιχτή περίδεση και ακινησία της ασθενούς.

Shock ή καταπληξία: Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος. Μπορεί να συμβεί μετά από ψυχικό κλονισμό, μια μεγάλη αιμορραγία, έναν ισχυρό πόνο ή τη νάρκωση. Έχουμε μικρό σφυγμό, επιπόλαιη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και Α.Π, ψύχρα άκρα και η ασθενής αισθάνεται καταβολή δυνάμεων και μείωση κινητικότητας. Για την αντιμετώπιση του περιορίζουμε τις κινήσεις της ασθενούς για μείωση καύσεων του οργανισμού, αφαιρούμε το μαξιλάρι και ανυψώνουμε του κάτω μέρους του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση εγκεφάλου καθώς και προσπαθούμε να καθησυχάσουμε την ασθενή. (Σαχίνη et al., 2006).

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Ανεπιθύμητες Ενέργειες Χημειοθεραπείας

3.1.1 Λευκοπενία

Η λευκοπενία προέρχεται από τη μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα ως αποτέλεσμα της καταστροφικής επίδρασης των φαρμάκων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

α) τακτική παρακολούθηση λευκών αιμοσφαιρίων και σε περίπτωση απότομης πτώσης διακόπτεται η χημειοθεραπεία.

- β) ενημέρωση ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα της λοίμωξης όπως βήχας αύξηση θερμοκρασίας οίδημα ερυθρότητα και αυξημένη συχνότητα ούρησης.
- γ) νοσηλεία σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό επισκεπτών.
- δ) εφαρμογή σχολαστικής καθαριότητας στον καρκινοπαθή.
- ε) τήρηση δίαιτας με ωμά φρούτα και λαχανικά
- ζ) σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Τέλος ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά κατόπιν ιατρικής εντολής(Lemone & Burke,2006).

3.1.2 Θρομβοπενία

Η Θρομβοπενία προέρχεται από τη μείωση αιμοπεταλίων που συμμετέχουν στη πήξη του αίματος. Έτσι αιτιολογείται η αιμορραγία του καρκινοπαθούς ακόμα και σε μικροτραυματισμούς. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- α) συχνή παρακολούθηση αιμοπεταλίων
- β) μείωση νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό (υποκλυσμός, υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις).
- γ) εξήγηση της ασθενούς για ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας όπως ρινορραγίες, ουλορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση (Μπερής και συν., 2002).

3.1.3 Αναιμία

Τα Χημειοθεραπευτικά φάρμακα μειώνουν τον αριθμό των ερυθρών προκαλώντας αναιμία. Ο τρόπος αντιμετώπισης της είναι η μετάγγιση αίματος. Συνίσταται παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο. Τέλος ανάπαυση και μείωση περιττών δραστηριοτήτων (Lemone & Burke, 2006).

3.1.4 Ναυτία και Εμετός

Η ισχυρή κυτταροτοξική δράση των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων προκαλούν ναυτίες και εμετούς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- α) Παρακολούθηση συχνότητας και ποσότητας εμέτων και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της ασθενούς.
- β) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων
- γ) Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως.
- δ) Σε περίπτωση ναυτίας βαθιές αναπνοές από το στόμα(Lemone & Burke, 2006).

3.1.5 Διάρροια

Αποτελεί ενδεικτικό σημείο δράσης των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- α) Αξιολόγηση χρώματος και ποσότητας διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- β) σύσταση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν σύσπαση εντέρου.
- γ) Φροντίδα ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση υγρών και μικρών υδαρών γευμάτων
- δ) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων(Lemone & Burke, 2006).

3.1.6 Στοματίτιδα

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας παρατηρείται καταστροφή των κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος. Έτσι οποιοσδήποτε τραυματισμός καταλήγει σε εξέλκωση. Ο νοσηλευτής εκτιμά τη κατάσταση του στοματικού βλεννογόνου, εξασφαλίζει την ενυδάτωση και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς και τέλος, χρησιμοποιεί διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου (Lemone & Burke, 2006)

3.1.6 Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών είναι μια από τις πιο συχνές παρενέργειες των χημειοθεραπειών. Με το τέλος της θεραπείας αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τρίχας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για την αλωπεκία και την επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής. Τέλος να ενημερώσει για τα μέσα που αποτρέπουν την τριχόπτωση (Lemone & Burke, 2006).

3.1.7 Νευροτοξικότητα

Η Νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος και τη δόση των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εμφανίζει δυο κατηγορίες: α) ήπιας νευροπάθειας με ελαφρύ πόνο στα ποδιά και χέρια και μυϊκή αδυναμία, β) σοβαρότερης νευροπάθειας με αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό και ορθοστατική υπόταση (Lemone & Burke, 2006).

3.1.8 Γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα όπως: ακανόνιστη έμμηνο ρύση, δημιουργεί καύσο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου, στέρωση μόνιμη ή προσωρινή και τέλος σε περίπτωση εγκυμοσύνης αποφυγή έναρξης της θεραπείας (Lemone & Burke, 2006).

Η πηγή της ακτινοθεραπείας είναι είτε ένας γραμμικός επιταχυντής ή ένα ραδιενεργό στοιχείο η ουσία. Σκοπός της ακτινοβολίας είναι να καταστρέψει τα κακοήγη κύτταρα χωρίς μόνιμη βλάβη των γειτονικών ιστών (Lemone & Burke, 2006).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών που υποβάλλονται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι η διδασκαλία του ασθενούς για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις αναμενόμενες παρενέργειες της ακτινοβολίας. Οι ασθενείς που θεραπεύονται με εσωτερική ακτινοβολία αποτελούν πηγή ραδιενέργειας. Ένας νοσηλευτής θα πρέπει να ξέρει το χρόνο ημισείας ζωής του ισότοπου που χορηγείται για να σχεδιάσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις (Λαβδανίτη & Ζύγα, 2012).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η καλή ψυχολογική κατάσταση όπως επίσης και η κοινωνική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς, θεωρούνται ότι αποτελούν σημαντικά όπλα εναντίον του καρκίνου. Η γυναίκα που διαγνώστηκε με καρκίνο δίνει διαρκώς μια μάχη βιολογική αλλά και ψυχολογική. Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, η υστερεκτομή αποκτά αυτόματα την έννοια της απώλειας της ικανότητάς τους να τεκνοποιήσουν και απώλεια της εμμήνου ρύσεως συνδέεται με πολλαπλές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η άρνηση αποδοχής της διάγνωσης αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή. Μετά την άρνηση έρχεται ο θυμός ο οποίος στρέφεται προς την οικογένεια, τους φίλους ή τα μέλη της ομάδας υγείας. Έπειτα έρχεται η κατάθλιψη όπου ο μονός τρόπος να τη βοηθήσουμε είναι να είμαστε κοντά της να την αφήσουμε να εκφραστεί και να της δείξουμε κατανόησης. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι το 60% των νέων γυναικών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών στην αρχική διάγνωση και θεραπεία ήταν καταθλιπτικές ή/και αγχώδεις, και το 27% και 5% των ασθενών αντίστοιχα ήταν αγχώδεις ή καταθλιπτικές μετά από χρόνια. Τέλος, η άρρωστη μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού και ελπίζει ότι όλα θα πάνε καλά. Γνωρίζει και επικαλείται στη σκέψη του ανθρώπους που τα έχουν καταφέρει (Μούσας και συν., 2008).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και παρουσίαση του καρκίνου των ωοθηκών, τα χαρακτηριστικά του, η θεραπεία του και η νοσηλευτική φροντίδα γυναικών με καρκίνο ωοθηκών. Τέλος η αναζήτηση και παρουσίαση νέων δεδομένων σχετικά με τη νόσο.

Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar. Η επιλογή έγινε από άρθρα, μελέτες και ανασκοπήσεις. Το υλικό αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία χρόνια. Τεθήκαν περιορισμοί όπως λέξεις – κλειδιά, έτος δημοσίευσης και σύνδεσμοι όπως and, or, not. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς: ovarian cancer-therapy-treatment-managment-survival με χρονικό περιορισμό τα 5 έτη (2011-2016). Τέλος, έγινε μελέτη βιβλίων από τη βιβλιοθήκη του Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ αλλά και από την προσωπική μου βιβλιοθήκη.

Αποτελέσματα

Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Η νόσος συνήθως εμφανίζεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με κοιλιακό άλγος και διάταση. Οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο που ο πιο αποτελεσματικός τρόπος φροντίδας παραμένει η χειρουργική επέμβαση και η πλατίνα (φάρμακο) στην κυτταροτοξική χημειοθεραπεία. Αν και αυτή η θεραπεία μπορεί να είναι θεραπευτική για τους περισσότερους ασθενείς που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο της νόσου, οι περισσότερες γυναίκες με προχωρημένη νόσο, θα αναπτύξουν πολλά επεισόδια λόγω υποτροπιάζουσας νόσου. Τα επεισόδια αυτά καταλήγουν σε χημειοανθεκτικότητα και τελικά στην απόφραξη του εντέρου η πιο συχνή αιτία θανάτου. Για τις γυναίκες των οποίων η νόσος συνεχίζει να ανταποκρίνεται στα φάρμακα με βάση την πλατίνα, μπορεί να ελεγχθεί η νόσος για 5 χρόνια ή και περισσότερο. Στοχευόμενες θεραπείες, όπως αντιαγγειογενετικά φάρμακα ή αναστολείς πολυμεράσης προσφέρουν δυνατότητες για τη βελτίωση της επιβίωσης. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, σχεδιασμένο να ανιχνεύει την ασθένεια σε πρώιμο και ιάσιμο στάδιο παραμένει αναπόδεικτη, με τα αποτελέσματα αναμένονται το 2015 (Jayson et al, 2014).

Abstract 1

Ovarian cancer

Epithelial ovarian cancer is the commonest cause of gynecological cancer-associated death. The disease typically presents in postmenopausal women, with a few months of abdominal pain and distension. Most women have advanced disease (International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO] stage III), for which the standard of care remains surgery and platinum-based cytotoxic chemotherapy. Although this treatment can be curative for most patients with early stage disease, most women with advanced disease will develop many episodes of recurrent disease with progressively shorter dis

Easy-free intervals. These episodes culminate in chemo resistance and ultimately bowel obstruction, the most frequent cause of death. For women whose disease continues to respond to platinum-based drugs, the disease can often be controlled for 5 years or more. Targeted treatments such as antiangiogenic drugs or poly (ADP-ribose) polymerase inhibitors offer potential for improved survival. The efficacy of screening, designed to detect the disease at an earlier and curable stage remains unproven, with key results expected in 2015(Jayson, G.G et al., 2014).

Περίληψη

Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου που σχετίζεται με τον καρκίνο του γυναικολογικού καρκίνου. Η νόσος εμφανίζεται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κοιλιακό πόνο κι διαταχή κοιλίας. Οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται σε προχωρημένη νόσο (Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής [ΦΙΓΟ] στάδιο ΙΙΙ), για την οποία το πρότυπο περίθαλψης παραμένει η χειρουργική και κυτταροτοξική χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα. Αν και αυτή η θεραπεία μπορεί να θεραπευτική για τους περισσότερους ασθενείς αρχικού σταδίου, οι περισσότερες γυναίκες με προχωρημένη νόσο θα αναπτύξουν πολλά επεισόδια υποτροπιάζουσας νόσου με προοδευτικά μικρότερα χρονικά διαστήματα χωρίς ασθένεια. Αυτά τα επεισόδια καταλήγουν στην αντίσταση στη χημειοθεραπεία και τελικά στην απόφραξη του εντέρου, την πιο συχνή αιτία θανάτου. Για τις γυναίκες των οποίων η ασθένεια εξακολουθεί να ανταποκρίνεται σε φάρμακα με βάση την πλατίνα, η ασθένεια μπορεί συχνά να ελέγχεται για 5 ή περισσότερα χρόνια. Οι στοχευμένες θεραπείες όπως τα αντι-αγγειογόνα φάρμακα ή οι αναστολείς πολυμεράσης πολυ (ADP-ριβόζης) προσφέρουν δυνατότητες για βελτιωμένη επιβίωση. Η αποτελεσματικότητα της ανίχνευσης, που έχει σχεδιαστεί για την ανίχνευση της νόσου σε προγενέστερο και θεραπευτικό στάδιο, παραμένει αναπόδεικτη, με βασικά αποτελέσματα αναμένονται το 2015.

Abstract 2

Development of a patient education resource for women with gynecologic cancers: cancer treatment and sexual health.

The diagnosis of gynecologic cancer has a dramatic impact on the emotional, social, and sexual domains of a woman's life. The complexities of human sexuality are broad, particularly for people coping with life-threatening illness. Healthy sexual expression can affirm love, relieve stress and anxiety, foster hope, accentuate spirituality, and distract one from the emotional and physical sequelae of chronic illness. This article reports on the development of a sexual health education guide for women diagnosed with ovarian cancer who experienced a recurrence and were undergoing treatment. Extensive literature and the findings of this study document that patients often feel that sexuality has been ignored in their cancer care. This article provides examples of the responses from study participants and the resulting integration of those responses into the guide (Matzo et al., 2014).

Περίληψη

Η διάγνωση ενός γυναικολογικού καρκίνου έχει δραματικές επιπτώσεις στον συναισθηματικό, κοινωνικό και σεξουαλικό τομέα της ζωής μιας γυναίκας. Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι ευρέα, ιδιαίτερα για άτομα που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Υγιή σεξουαλική έκφραση επιβεβαιώνει την αγάπη, ανακουφίζει από το stress και το άγχος, προωθεί την ελπίδα, τονίζει την πνευματικότητα και σε αποσπά από τις συναισθηματικές και σωματικές συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας. Αυτό το άρθρο αναφέρεται στην ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού οδηγού για την σεξουαλική υγεία για γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο των ωοθηκών, εμφάνισαν υποτροπή και υποβάλλονται σε θεραπεία. Εκτεταμένη βιβλιογραφία και τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς αισθάνονται συχνά ότι η σεξουαλικότητα αγνοείται στη φροντίδα του καρκίνου τους. Αυτό το άρθρο παρέχει παραδείγματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στη μελέτη και τη συνακόλουθη ένταξη των απαντήσεων στον οδηγό.

Abstract 3

Ovarian cancer: risk factors, treatment and management.

Ovarian cancer is the fifth most common cancer affecting women in the UK today, with associated statistics illustrating a steadily increasing rate, particularly in women aged 65 and over (Cancer Research UK, 2013). There are no recognized preventative measures and no effective screening tool. Although evidence suggests that the majority of women experience a variety of non-specific symptoms in the year before diagnosis, the disease it is not commonly recognized until an advanced stage, leading to increased mortality and morbidity. This highlights the need to raise awareness among health professionals and women as a whole, as early recognition undoubtedly improves ovarian cancer survival. Best clinical practice in the UK for the recognition and initial management of ovarian cancer is provided by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical guideline CG 122 (NICE, 2011) and quality standard QS 18 (NICE, 2012) use relevant clinical evidence to define high-quality care standards for ovarian cancer management. Accurate staging of ovarian cancer is essential to the provision of individualized care and management. However, there is currently no single test that provides a reliable indicator of ovarian malignancy. At present, risk-of-malignancy scores are calculated by serum cancer antigen 125 (CA 125) levels, ultrasound score and menopausal status. These are widely used to identify women who are at high risk and require referral to a specialized gynecological oncology service. Women diagnosed with ovarian cancer require information and support. The clinical nurse specialist acts as a key worker, providing communication, support and holistic care throughout a woman's cancer journey. The value of this role cannot be underestimated. Surgery followed by platinum-based chemotherapy is the usual standard treatment pathway, although individualized assessment and management may deviate from it. Early disease may be successfully treated with surgery alone; advanced disease may require complex management and treatment. New treatments such as bevacizumab show promise of improving ovarian cancer outcomes (Rooth, C., 2013).

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η πέμπτη πιο συχνή μορφή καρκίνου που πλήττει τις γυναίκες στη Βρετανία σήμερα, με τις σχετικές στατιστικές να απεικονίζουν ένα σταθερά αυξανόμενο ρυθμό, ιδιαίτερα σε γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω (Cancer Research UK, 2013). Δεν υπάρχουν αναγνωρισμένα προληπτικά μέτρα ή αποτελεσματικό εργαλείο ανίχνευσης. Μολονότι τα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειονότητα των γυναικών βιώνουν μια ποικιλία από μη ειδικά συμπτώματα καιρό πριν από τη διάγνωση, η ασθένεια συνήθως αναγνωρίζεται σε προχωρημένο στάδιο, που οδηγεί σε

αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Αυτό τονίζει την ανάγκη να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γυναικών στο σύνολό της, όπως η έγκαιρη αναγνώριση η οποία βελτιώνει αναμφισβήτητα την επιβίωση από καρκίνο ωοθηκών. Η καλύτερη κλινική πρακτική στο Ηνωμένο Βασίλειο για την αναγνώριση και την αρχική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών παρέχεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Φροντίδας Αριστείας (NICE). Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες CG 122 (NICE, 2011) και ποιοτικές προδιαγραφές QS 18 (NICE, 2012) χρησιμοποιούν τις σχετικές κλινικές αποδείξεις για να καθορίσουν πρότυπα υψηλής ποιότητας ως προς τη φροντίδα για τον καρκίνο των ωοθηκών. Ακριβής σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών είναι απαραίτητη για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και διαχείρισης. Ωστόσο, δεν υπάρχει σήμερα καμία μεμονωμένη δοκιμή που να παρέχει έναν ακριβό δείκτη κακοηθείας ωοθηκών. Σήμερα, ο κίνδυνος κακοηθείας υπολογίζεται από τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου στον ορό 125 (CA 125) τους υπερήχους και την μετεμμηνοπαυσιακή κατάσταση της γυναίκας. Αυτά χρησιμοποιούνται ευρέως για να εντοπίσουν τις γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και απαιτούν παραπομπή σε εξειδικευμένη γυναικολογική ογκολογία υπηρεσία. Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο των ωοθηκών απαιτούν πληροφορίες και υποστήριξη. Η κλινική νοσηλεύτρια λειτουργεί σαν κλειδί παρέχοντας επικοινωνία, υποστήριξη και ολιστική φροντίδα σε όλη την διαδρομή του καρκίνου μιας γυναίκας. Η αξία αυτού του ρόλου δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Χειρουργική ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα είναι το σύνηθες πρότυπο μονοπάτι της θεραπείας, αν και εξατομικευμένη αξιολόγηση και διαχείριση μπορεί να αποκλίνει από αυτό. Πρόωρη νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με χειρουργική επέμβαση και μόνο. Σε προχωρημένη νόσο μπορεί να απαιτείται πολύπλοκη διαχείριση και επεξεργασία.

Abstract 4

Treatment of ovarian cancer beyond chemotherapy: are we hitting the target?

Ovarian cancer (OC) is the sixth most common cancer worldwide among women, and, in developed countries, it is the leading cause of mortality among gynecological malignancies. With an overall cure rate of <40% across all stages, it comprises a variety of tumors with different histopathological features and biological behavior. Nowadays, OC is considered a general term that designates a group of molecularly and etiologically distinct diseases that share an anatomical location. Approximately 70-80% of patients with OC will relapse after first-line chemotherapy, and the majority of them will eventually die of chemotherapy-resistant disease. Until now, the management of relapsed OC remains an unmet medical need. Therapy rather depends on tumor stage and grade than on histological type,

but there is growing evidence that, as epithelial OC is a heterogeneous disease, it needs a tailored approach based on the underlying molecular genetic changes. Several phase III studies investigating targeted therapies are underway, and a more individual approach for treating OC will be selected in the future. The purpose of this paper was to review the literature in order to highlight available data emerging from trials and to evaluate efficacy and safety of molecularly targeted drugs in OC (Garces, A.H., et al., 2013).

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών (OC) είναι η έκτη σε όλο τον κόσμο πιο κοινή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών, και, στις ανεπτυγμένες χώρες, είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας μεταξύ των γυναικολογικών κακοηθειών. Με συνολικό ποσοστό ίασης <40% σε όλα τα στάδια, περιλαμβάνει μια ποικιλία όγκων με διαφορετικά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά και βιολογική συμπεριφορά. Σήμερα, OC θεωρείται ένας γενικός όρος που χαρακτηρίζει μια ομάδα μοριακά διακριτές ασθένειες και αιτιολογικά που μοιράζονται μια ανατομική θέση. Περίπου το 70-80% των ασθενών με OC θα υποτροπιάσουν μετά από χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής, και η πλειοψηφία αυτών τελικά θα πεθάνουν από την ανθεκτικότητα της ασθένειας στη χημειοθεραπεία. Μέχρι τώρα, η διαχείριση υποτροπιάζοντα OC παραμένει μη ολοκληρωμένη ιατρική ανάγκη. Η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο του όγκου και της ποιότητας του αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι, ο επιθηλιακός OC είναι μια ετερογενής νόσος που χρειάζεται μια εξατομικευμένη προσέγγιση με βάση τις υποκείμενες μοριακές γενετικές αλλαγές. Αρκετές μελέτες φάσης III διερεύνησης στοχευόμενων θεραπειών βρίσκονται σε εξέλιξη, και μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση του OC θα γίνει στο μέλλον. Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να αναδείξει τα διαθέσιμα δεδομένα από δοκιμές και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια στοχευόμενων φάρμακων OC.

Abstract 5

Treatment and trials: ovarian cancer in older women.

Ovarian cancer (OC) is a disease of elderly women. The disease spreads insidiously and presents at an advanced stage at initial diagnosis for most patients. Several groups reported at least a two-fold increased risk of death in women older than 65. Various theories have been proposed to explain this survival disparity in older women, including: (1) more aggressive cancer with advanced age, (2) inherent resistance to chemotherapy, (3) individual patient factors such as multiple concurrent medical problems, and (4) physician and health-care biases toward the elderly that lead to inadequate

surgery, less than optimal chemotherapy, and poor enrollment in clinical trials. As a result of this high clinical variability, oncologists need to be more familiar with the comprehensive geriatric assessment to better identify vulnerable patients at higher risk of complications. Several geriatric tools are available to assess the physiologic and functional capacities of older patients and to better individualize treatment. This paper gives an overview of the management of elderly patients with OC, in particular the integration of chemotherapy, surgery, and geriatric assessment to improve treatment tolerance and survival outcomes (Fitch & Steele, 2010).

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών (OC) είναι μια ασθένεια των ηλικιωμένων γυναικών. Η ασθένεια εξαπλώνεται ύπουλα και βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο κατά την αρχική διάγνωση για τους περισσότερους ασθενείς. Αρκετές ομάδες και ανέφεραν τουλάχιστον δύο φορές αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε γυναίκες ηλικίας άνω των 65. Διάφορες θεωρίες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν αυτή τη διαφορά επιβίωσης σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, που περιλαμβάνουν: (1) πιο επιθετικό καρκίνο με προχωρημένη ηλικία, (2) η συγγενής αντίσταση σε χημειοθεραπεία, (3) ατομικούς παράγοντες ασθενή, όπως πολλαπλά ταυτόχρονα ιατρικά προβλήματα, και (4) προκαταλήψεις υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων οδηγούν σε αδύνατη χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία μικρότερη από την αναμενόμενη, και η κακή εγγραφή σε κλινικές δοκιμές. Ως αποτέλεσμα αυτής της υψηλής κλινικής μεταβλητότητας, οι ογκολόγοι πρέπει να είναι πιο εξοικειωμένοι με την Ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση για τον καλύτερο εντοπισμό στους ασθενείς που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών. Πολλά εργαλεία είναι διαθέσιμα για την γηριατρική (φυσιολογική και λειτουργική) των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας. Η μελέτη α παρέχει μια επισκόπηση της διαχείρισης των ηλικιωμένων ασθενών με OC, βασιζόμενη στη δυνατή ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας και τη χειρουργική επέμβαση και η γηριατρική αξιολόγηση και θεραπεία να βελτιώσουν τα αποτελέσματα επιβίωσης.

Abstract 6

Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer.

Women diagnosed with ovarian cancer may experience many short-term and long-term effects from cancer and its treatment. Cancer has more than a physical impact, yet there is a lack of information about the types of needs these women have and whether they want help in meeting their needs. The main purpose of this cross-sectional, descriptive study was to identify the supportive care needs

(physical, emotional, social, informational, spiritual, psychological and practical) of women with ovarian cancer who attended a comprehensive, outpatient cancer center. A further purpose was to determine if women wanted assistance in meeting those needs. A total of 50 women diagnosed with ovarian cancer participated in this study by completing a self-report questionnaire (The Supportive Care Needs Survey). The data indicated that a range of supportive care needs remained unmet for this patient group. Eight of the top 10 most frequently reported needs were psychosocial, such as fears about the cancer returning or spreading. The women also expressed a range of difficulty in managing their needs. However, despite this reality, significant numbers of women indicated they did not wish to have assistance from the clinic staff with some needs. Suggestions for practice and future research are offered to assist oncology nurses in providing care to these women (Doubeni et al., 2016).

Περίληψη

Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να εμφανίσουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από το καρκίνο και τη θεραπεία του. Ο καρκίνος έχει μεγάλο αντίκτυπο, αλλά υπάρχει έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τα είδη των αναγκών αυτών των γυναικών και αν θέλουν βοήθεια στην κάλυψη αναγκών. Ο κύριος σκοπός αυτής της περιγραφικής μελέτης ήταν να προσδιορίσει την υποστηρικτική φροντίδα στις ανάγκες (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική, Ενημερωτική, πνευματική, ψυχολογική και πρακτική) των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών. Ένας περαιτέρω σκοπός ήταν να διαπιστωθεί αν γυναίκες ήθελαν βοήθεια στην κάλυψη αυτών των αναγκών. Συνολικά 50 γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο των ωοθηκών συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα ανέφεραν ότι μια σειρά από ανάγκες παραμένουν ανολοκλήρωτες για αυτή την ομάδα ασθενών. Οκτώ από τους 10 αναφέρθηκαν πιο συχνά σε Ψυχοκοινωνικές ανάγκες, όπως οι φόβοι για το καρκίνο την επιστροφή ή η διασπορά του. Οι γυναίκες εξέφρασαν επίσης μια σειρά από Δυσκολίες στη διαχείριση των αναγκών τους. Παρ'τα αυτά, σημαντικός αριθμός των γυναικών δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να έχουν βοήθεια από το προσωπικό της κλινικής για τις ανάγκες τους. Η έρευνα προσφέρθηκε να βοηθήσει νοσοκόμες στην ογκολογία στην παροχή φροντίδας σ' αυτές τις γυναίκες.

Abstract 7

Diagnosis and Management of Ovarian Cancer.

Ovarian cancer is the most lethal gynecologic cancer. Less than one-half of patients survive for more than five years after diagnosis. Ovarian cancer affects women of all ages but is most commonly diagnosed after menopause. More than 75% of affected women are diagnosed at an advanced stage because early-stage disease is usually asymptomatic and symptoms of late-stage disease are nonspecific. The strongest risk factors are advancing age and family history of ovarian and breast cancer. Women who have symptoms concerning for ovarian cancer should undergo a physical examination, transvaginal ultrasonography, and measurement of biomarkers such as cancer antigen 125. If results are suspicious for ovarian cancer, the patient should be referred to a gynecologic oncologist. Despite the low rate of early diagnosis, guidelines recommend against routine screening for ovarian cancer in average-risk women because screening, including routine pelvic examinations, is ineffective and associated with harm. However, a recent trial found a potential benefit of annual screening using an algorithm based on serial cancer antigen 125 measurements followed by transvaginal ultrasonography for women at increased risk, as determined by the algorithm. Women with an increased-risk family history should be referred for genetic counseling and, if genetic mutations (e.g., BRCA mutations) are identified, bilateral salpingo-oophorectomy can be considered for risk reduction. In both average- and high-risk women, long-term hormonal contraceptive use reduces risk by about 50%. The treatment of ovarian cancer usually involves surgery, with or without intraperitoneal and intravenous chemotherapy. Primary care physicians have important roles in posttreatment surveillance and end-of-life care (Andersen et al., 2013).

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι πιο θανατηφόρος γυναικολογικός καρκίνος. Λιγότερο από το ήμισυ των ασθενών επιβιώνουν για περισσότερο από πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Ο καρκίνος των ωοθηκών επηρεάζει γυναίκες όλων των ηλικιών, αλλά είναι πιο συχνά διαγιγνώσκεται μετά την εμμηνόπαυση. Πάνω από το 75% των γυναικών που πλήττονται διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο, επειδή το πρώιμο στάδιο της νόσου είναι συνήθως ασυμπτωματικό και τα συμπτώματα του προχωρημένου σταδίου της νόσου είναι μη ειδικά. Οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η προχωρημένη ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό των ωοθηκών και του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν συμπτώματα που αφορά για τον καρκίνο των ωοθηκών θα πρέπει να υποβάλλονται σε κλινική εξέταση, διακολπικό υπερηχογράφημα και μέτρηση δεικτών, όπως του αντιγόνου 125. Εάν τα αποτελέσματα είναι ύποπτα για καρκίνο των ωοθηκών, ο ασθενής πρέπει να

παραπεμφθεί σε ογκολόγο. Παρά το χαμηλό ποσοστό της πρόωρης διάγνωσης, συνιστούν εξέταση ρουτίνας για καρκίνο των ωοθηκών σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης όγκου και θα πρέπει να παραπέμπονται για γενετική συμβουλευτική και να ελέγχονται για γενετικές μεταλλάξεις (π.χ., μεταλλάξεις BRCA) Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς ενδοπεριτοναϊκή και ενδοφλέβια χημειοθεραπεία.

Abstract 8

Dangerous combinations: Ingestible CAM supplement use during chemotherapy in patients with ovarian cancer.

Some ingestible complementary and alternative medicine (CAM) supplements, including herbal remedies, teas, and vitamins, have biological activities that make them likely to interact poorly with conventional chemotherapeutic treatments. This study surveyed women with ovarian cancer to document the extent to which women use ingestible CAM supplements and conventional chemotherapeutic treatments that are believed to be of potential concern when used together.

METHODS: A total of 219 patients with ovarian cancer who received care from 1 of 2 participating conventional oncology practices were surveyed about CAM use during and after ovarian cancer treatment.

RESULTS: A total of 200 women reported having chemotherapy to treat their ovarian cancer. Of those, 79 (40%) reported using 1 or more CAM supplements that could be cause for concern when taken with 1 or more of the chemotherapy medications they were receiving. Many patients took multiple supplements of potential concern. Of these women, 42% (n=33) consulted with a conventional provider and 24% (n=19) consulted with a CAM provider about the contraindicated supplements they used

CONCLUSION: Although it is not clear that any of these contraindicated combinations of CAM and conventional therapy actually caused adverse outcomes, increased toxicities, or reduced the effectiveness of primary therapies, all these effects are possible given the substances being used in combination. Research is needed to understand the real risk associated with CAM and conventional polypharmacy. If risks associated with CAM use prove substantial, then improved systems to assure

that all women get advice regarding supplement use during ovarian cancer treatment will be needed (Tempfer et al., 2016).

Περίληψη

Γίνεται μια μελέτη σχετικά με συμπληρώματα εναλλακτικής ιατρικής (CAM), συμπεριλαμβανομένων θεραπειών με βότανα, τσάγια, και βιταμίνες, που πιθανόν να αλληλεπιδράσουν αρνητικά με τις συμβατικές χημικοθεραπευτικές επεξεργασίες. Αυτή η μελέτη ερευνήσε τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών για να τεκμηριώσει το βαθμό στον οποίο οι γυναίκες χρησιμοποιούν συμπληρώματα CAM και τις συμβατικές χημικοθεραπευτικές θεραπείες από κοινού. Συνολικά, 219 ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών που ερευνήθηκαν για τη χρήση CAM κατά τη διάρκεια και μετά της ωοθηκικής θεραπείας του καρκίνου. 200 γυναίκες ανέφεραν τη χημειοθεραπεία ως θεραπεία του καρκίνου. Από εκείνες, 79 (40%) ανέφεραν τη χρησιμοποίηση 1 ή περισσότερων συμπληρωμάτων CAM κάτι που προκαλεί ανησυχία όταν λαμβάνεται με 1 ή περισσότερα Χημειοθεραπευτικά. Αν και δεν είναι σαφές ότι οι συνδυασμοί του CAM και συμβατικής θεραπείας προκαλούν πραγματικά δυσμενείς εκβάσεις, αυξάνουν την τοξικότητα, ή μειώνουν την αποτελεσματικότητα της αρχικής θεραπείας, όλα αυτά τα αποτελέσματα είναι δυνατά λαμβάνοντας υπόψη τις ουσίες που χρησιμοποιούνται. Η έρευνα είναι απαραίτητη για να κατανοήσουμε τον πραγματικό κίνδυνο που συνδέεται με τη χρήση CAM και συμβατικής θεραπείας. Εάν οι κίνδυνοι που συνδέονται με τη χρήση CAM αποδειχθούν σημαντικοί, τότε θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι όλες οι γυναίκες θα ενημερωθούν για τη χρήση συμπληρωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Abstract 9

Metastasis of ovarian cancer to the breast: A report of two cases and a review of the literature.

Metastasis of ovarian cancer to the breast (MOCB) is a rare event. Clinical presentations of MOCB vary and surgery is the mainstay of treatment. The current study presents two cases of MOCB in women with recurrent ovarian cancer first diagnosed in April 2011 and October 2013, respectively. The patients presented to the clinic with a localized, palpable, painful mass in the upper outer quadrant of the right breast and a centrally localized, palpable, painful mass of the left breast, respectively. Breast sonography and mammography showed a singular, round, homogenous tumor with irregular borders in each case. An ipsilateral enlarged axillary node was palpable in one case. Tumor biopsy revealed an undifferentiated adenocarcinoma of unknown origin in one case and a moderately-

differentiated adenocarcinoma suspected to be breast cancer in the other case. Tumor cells were positive for estrogen receptor and paired box 8, and negative for GATA binding protein 3 in the two cases. Palliative mastectomy was performed in one case and lumpectomy with ipsilateral axillary sentinel node biopsy in the other case, and the final histology revealed MOCB in each. The post-operative course of the disease was uneventful and the patients continued with their ovarian cancer-specific chemotherapy. One patient succumbed to disease progression 2 months after breast surgery. The other patient remains alive and is currently undergoing systemic chemotherapy. The current study also presents a review of 110 cases of MOCB identified in a literature search of Pubmed. Data from these studies, including the clinical and histological characteristics of MOCB, and the clinical management and prognosis are discussed. Overall, MOCB is rare, with distinct clinical and histological features. The disease is usually treated with local surgical excision or mastectomy and has a poor prognosis (Gonzalez et al., 2014).

Περίληψη

Η μετάσταση του καρκίνου των ωοθηκών στο στήθος (MOCB) είναι ένα σπάνιο γεγονός. Κλινικές παρουσιάσεις MOCB ποικίλλουν και η χειρουργική επέμβαση είναι ο στυλοβάτης της θεραπείας. Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει δύο περιπτώσεις MOCB σε γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών. Οι ασθενείς που παρουσιάζονται στην κλινική με τοπική, ψηλαφητή, επώδυνη μάζα στο ανώτερο εξωτερικό τεταρτημόριο του δεξιού μαστού και κεντρικά εντοπισμένη, ψηλαφητή, επώδυνη μάζα του αριστερού μαστού, αντίστοιχα. Υπερηχογράφημα μαστού και μαστογραφία έδειξε ενα στρογγυλό, ομοιογενές όγκο με ακανόνιστα όρια σε κάθε περίπτωση. Βιοψία του όγκου αποκάλυψε ένα αδιαφοροποίητο αδενοκαρκίνωμα άγνωστης προέλευσης σε μία περίπτωση και ένα μετρίως διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα στην άλλη περίπτωση. Παρηγορητική μαστεκτομή εκτελέστηκε σε μία περίπτωση και ογκεκτομή με σύστοιχη μασχαλιαία βιοψία του λεμφαδένα σε άλλη περίπτωση, και η τελική ιστολογική εξέταση αποκάλυψε MOCB στο καθένα. Η μετεγχειρητική πορεία της νόσου ήταν αδιατάρακτη και οι ασθενείς συνέχισαν με τους καρκίνο των ωοθηκών. Ένας ασθενής υπέκυψε στην εξέλιξη της νόσου δύο μήνες μετά την επέμβαση μαστού. Ο άλλος ασθενής παραμένει ζωντανός και βρίσκεται σήμερα σε συστηματική χημειοθεραπεία. Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει επίσης μια ανασκόπηση των 110 περιπτώσεων MOCB εντοπίζονται σε μια αναζήτηση της βιβλιογραφίας του Pubmed. Τα δεδομένα από αυτές τις μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών των MOCB, και την κλινική διαχείριση και την πρόγνωση συζητούνται. Συνολικά, MOCB είναι σπάνια, με διακριτά κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά. Η νόσος αντιμετωπίζεται συνήθως με τοπική χειρουργική εκτομή ή μαστεκτομή και έχει κακή πρόγνωση.

Abstract 10

First-line and maintenance therapy for ovarian cancer: current status and future directions.

Paclitaxel and carboplatin combination chemotherapy has remained the standard of care in the frontline therapy of advanced epithelial ovarian carcinoma during the last decade. Maintenance chemotherapy or immunotherapy has not been proven to impact on overall survival and only one clinical trial that explored the administration of monthly paclitaxel for 1 year showed a benefit in terms of progression-free survival (PFS), but at the cost of maintained alopecia and increased peripheral neuropathy. This scenario may be changing with the incorporation of targeted therapy to the frontline therapy of ovarian cancer. In particular, anti-angiogenic therapy has been identified as the most promising targeted therapy, and the addition of bevacizumab to first-line chemotherapy followed by a maintenance period of bevacizumab in monotherapy has shown to prolong PFS. This was considered the proof of concept of the value of anti-angiogenic therapy in the frontline of ovarian cancer, and the results of two additional clinical trials with anti-angiogenic tyrosine-kinase inhibitors have shown results in the same direction (Gonzalez et al., 2014).

Περίληψη

Η χημειοθεραπεία συνδυασμού πακλιταξέλης και καρβοπλατίνης παρέμεινε το πρότυπο φροντίδας στη θεραπεία πρώτης γραμμής του προχωρημένου επιθηλιακού καρκινώματος των ωοθηκών κατά την τελευταία δεκαετία. Η χημειοθεραπεία συντήρησης ή η ανοσοθεραπεία δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τη συνολική επιβίωση και μόνο μία κλινική δοκιμή που διερεύνησε τη χορήγηση μηνιαίας πακλιταξέλης για 1 χρόνο έδειξε ένα όφελος όσον αφορά την επιβίωση χωρίς εξέλιξη (PFS), αλλά με το κόστος της διατήρησης της αλωπεκίας και αυξημένη περιφερική νευροπάθεια. Αυτό το σενάριο μπορεί να αλλάζει με την ενσωμάτωση της στοχευμένης θεραπείας στη θεραπεία πρώτης γραμμής του καρκίνου των ωοθηκών. Συγκεκριμένα, η αντι-αγγειογόνος θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως η πιο ελπιδοφόρα στοχοθετημένη θεραπεία και η προσθήκη bevacizumab σε χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής ακολουθούμενη από περίοδο συντήρησης bevacizumab στη μονοθεραπεία έχει δείξει ότι παρατείνει τη PFS. Αυτό θεωρήθηκε ως απόδειξη της έννοιας της αξίας της αντι-αγγειογόνου θεραπείας στην πρώτη γραμμή του καρκίνου των ωοθηκών και τα αποτελέσματα δύο επιπλέον κλινικών δοκιμών με αντι-αγγειογόνους αναστολείς κινάσης τυροσίνης έδειξαν αποτελέσματα στην ίδια κατεύθυνση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο. Η νόσος συνήθως εμφανίζεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με κοιλιακό άλγος και διάταση. Οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο όταν τους γίνεται διάγνωση ο πιο αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας παραμένει η χειρουργική επέμβαση και η πλατίνα (φάρμακο) στην κυτταροτοξική χημειοθεραπεία (Jayson et al., 2014). Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο των ωοθηκών απαιτούν πληροφορίες και υποστήριξη. Η κλινική νοσηλεύτρια λειτουργεί σαν κλειδί παρέχοντας επικοινωνία, υποστήριξη και ολιστική φροντίδα σε όλη την διαδρομή του καρκίνου μιας γυναίκας. Η αξία αυτού του ρόλου δεν μπορεί να υποτιμηθεί (Rooth, 2013). Ο συνδυασμός πακλιταξέλης και καρβοπλατίνης στο πλαίσιο της χημειοθεραπείας παραμένουν στη πρώτη γραμμή θεραπείας στον επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών. Η αντιαγγειογενετική θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως η πιο πολλά υποσχόμενη στοχευόμενη θεραπεία και η προσθήκη της έχει αποδειχτεί ότι παρατείνει την επιβίωση (Gonzalez et al., 2014).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου, Ε., (2007). *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική.*

Δρεβελέγκας, Α., Αργυροπούλου, Μ., Γουλιάμος, Α., Καραντάνας, Α., Κελέκης, Ν. Πρασόπουλος, Π., (2012). *Κλινική Ακτινολογία.* Εκδόσεις: Κωσταντάρας.

Λαβδανίτη, Μ., Ζυγά, Σ., (2012). *Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τευχος 1:13-17.*

Μανταλενακης, Σ., 2007. *Απο το ωχρό σωματίο στη προγεστερόνη.* Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 19(2):105-109

Μιχαλάς, Σ. (2007). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία.* Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα.

Μούσσας, Γ., Καρκανιας, Α., Παπαδοπουλου, Α. (2008). *Ψυχολογικά προβλήματα σε ασθενείς με γενικού νοσοκομείου με καρκίνο.* Ψυχιατρική, 19:124-144.

Μπερής, Φ., Ζούμπος, Ν., Παπαδάκη, Ε. (2010). *Αυτοάνοση Θρομβοπενία.* Ανακτήθηκε από http://www.eae.gr/new2/periodiko/TOMOS_201_ΤΕΥΧΟΣ_202.pdf την 31η Ιουλίου 2017, 18:17.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., Πάνου, Μ., (2006). *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική.* Τόμος 2^{ος}. Εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα.

Σκαλκίδου, Α., Σπυριδόπουλος, Θ., Πετρίδου, Ε., (2007). *Καρκίνος των ωοθηκών.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(6):534-541.

Φωτίου, Σ. Κ., *Γυναικολογική ογκολογία.* 1η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χαράτση – Γιωτάκη, Ε. , (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία.* Ιωάννινα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- LeMone, P., Burke, K., Bauldoff, G., Medical surgical nursing**, (2011). Παναγιωτάκη, Η., 5^η Έκδοση, 2014. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις : Λαγός Δημήτριος.
- Lodermilk, D., Shannon, P.**, (2006). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Μετάφραση-Επιμέλεια Λυκερίδου, Α., Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός.
- Netter, F., H. (2008)** *Μαιευτική Γυναικολογία* / F. Netter - 1η έκδοση. - Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2007.
- Andersen, M.R., Sweet, E., Lowe, K.A., Standish, L.J., Drescher, C.W., Goff, B.A.**, 2013. Dangerous combinations: Ingestible CAM supplement use during chemotherapy in patients with ovarian cancer. *J Altern Complement Med*.19 (8) p.714-20.
- Doubeni, C.A., Doubeni, A.R., Myers, A.E.**, 2016. Diagnosis and Management of Ovarian Cancer. *American FamilyPhysician*.93 (11) p.937-44.
- Fitch, M.I, Steele, R.**, 2010. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Cancer Oncol. Nursing J*.20 (2) p.66-74.
- Freyer, G., Tew, W.P., Moore, K.N.**, 2013. Treatment and trials: ovarian cancer in older women. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*.p.227-35.
- Garces, Á.H., Dias, M.S., Paulino, E., Ferreira, C.G., de Melo, A.C.**, 2015. Treatment of ovarian cancer beyond chemotherapy: are we hitting the target? *Cancer Chemothery Pharmacology*. 75(2) p.221-34.
- Gonzalez Martin, A., Sanchez Lorenzo, L., Bratos, R., Marquez, R., Chiva, L.**, 2014. First line and maintenance therapy for ovarian cancer: current status and future directions.*Drugs*.74 (8) p.879-89.
- Jayson, G.C, Kohn E.C, Kitchener, H.C, Ledermann, J.A**, 2014. Ovarian cancer. *Lancet Journal*, p.1376-88.
- Matzo, M., Graham, C., Troup, C.L, Ferrell, B.**, 2014. Development of a patient education resource for women with gynecologic cancers: cancer treatment and sexual health... *Clin J Oncol Nurs*.18 (3) p.343-8.
- Rooth, C.**, 2013.Ovarian cancer: risk factors, treatment and management. *British journal of nursing*. 22(17) p.23-30.

Tempfer, C.B, El Fizazi, N., Ergonenc, H., Solass, W., 2016. Metastasis of ovarian cancer to the breast: A report of two cases and a review of the literature. *Oncol Lett.*11 (6) p.4008-4012.

