



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Νεότερα Ερευνητικά Δεδομένα και Νοσηλευτικές
Διεργασίες στον Καρκίνο των Ωθηκών**



Ελένη Λότση (15242)

Εισηγήτρια: Μπακάρα-Νίκου Θεοδώρα MSc

Ιωάννινα, Ιούνιος του 2017

Πίνακας Περιεχομένων	Σελ.
Πίνακας Περιεχομένων	1
Αφιέρωση	
Ευχαριστίες	
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	8
<u>ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: Ο Καρκίνος των Ωοθηκών</u>	9
1.1 Ορισμός	9
1.2 Ανατομική Δομή της Ωοθήκης	10
1.3 Φυσιολογία	11
1.3.1 Καταμήνιος Κύκλος	11
1.3.2 Ορμόνες της Ωοθήκης	12
1.4 Παθολογία του Καρκίνου των Ωοθηκών	12
1.4.1 Αιτιολογία- Προδιαθεσικοί Παράγοντες	12
1.4.2 Κλινική Εικόνα	13
1.4.3 Διαγνωστική Προσέγγιση	15
1.4.4 Παθογένεση και Σταδιοποίηση	17
1.4.5 Διαφορική Διάγνωση	18
1.4.6 Επιπλοκές	19
1.4.7 Πρόγνωση	19
1.4.8 Πρόληψη	19
1.4.9 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	20
<u>ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στον Καρκίνο των Ωοθηκών</u>	22
2.1 Νοσηλευτική Διεργασία στον Καρκίνο των Ωοθηκών	22
2.2 Εκτίμηση της Κατάστασης της Ασθενούς με Καρκίνο των Ωοθηκών	22
2.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στη Διάγνωση του Καρκίνου των Ωοθηκών	23
2.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στη Θεραπεία του Καρκίνου των Ωοθηκών	24
2.4.1 Προεγχειρητική Προετοιμασία της Ασθενούς	24
2.4.2 Προετοιμασία της Ασθενούς κατά τη φάση της Ανάνηψης	25

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

2.4.3 Μετεγχειρητική Προετοιμασία της Ασθενούς	25
2.4.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στη Χημειοθεραπεία του Καρκίνου των Ωοθηκών	27
2.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στην Ψυχολογία της Ασθενούς με Καρκίνο των Ωοθηκών	28

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ: Νοσηλευτικές Διεργασίες στον Καρκίνο των Ωοθηκών και

Νεότερα Ερευνητικά Δεδομένα 31

Σκοπός 31

Υλικό και Μέθοδος 31

Αποτελέσματα 32

Συμπεράσματα 100

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 101

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 101

ΞΕΝΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 105

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ 106

ΠΙΝΑΚΕΣ: 17

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

*Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι
αφιερωμένη στην αγαπημένη μου μητέρα...*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τη θερμή ευχαρίστηση μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Μπακάρα Θεοδώρα- Νίκου, για την όμορφη συνεργασία μας και τη συνεχή καθοδήγησή της, με τις πολύτιμες συμβουλές της, για την υλοποίηση της εργασίας.

Να ευχαριστήσω τη μητέρα μου για την απεριόριστη στήριξη που μου δίνει εδώ και χρόνια, (σε εκπαιδευτικό επίπεδο και όχι μόνο) με την οποία μπορώ και πορεύομαι υπερπηδώντας κάθε εμπόδιο, δεν ξέρω τι θα έκανα χωρίς αυτήν.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κωνσταντίνα, για τις ατελείωτες τηλεφωνικές ώρες που θυσίασε βοηθώντας με και εμπνεύχοντάς με στην εργασία αυτή.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πιο δύσκολη πρόκληση της γυναικολογικής ογκολογίας. Παρά τις εξελίξεις των χειρουργικών τεχνικών και της χημειοθεραπείας, δεν έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στη θεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου, με συνέπεια η νόσος να καθίσταται υπεύθυνη για τους περισσότερους γυναικολογικούς θανάτους παγκοσμίως.

Σκοπός: Η διερεύνηση της έννοιας της ωοθηκικής νεοπλασίας, των συμπτωμάτων της, και των αιτιών της, ώστε να γίνει η πρόωμη διάγνωση και κατ' επέκταση η πρόληψη και η άμεση θεραπεία, σύμφωνα πάντα με τις παρεμβάσεις του νοσηλευτή.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, Google Scholar, MedlinePlus και Google Books. Το υλικό της μελέτης συγκεντρώθηκε από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία επτά χρόνια και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και των άρθρων, ενώ χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Για την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά, όπως: καρκίνος των ωοθηκών, επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών, πρόληψη, θεραπεία, σεξουαλικότητα, νοσηλευτική, πόνος, παρηγορητική φροντίδα, υποστηρικτική φροντίδα, χημειοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος των ωοθηκών παραμένει μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της ογκολογίας. Σε νεαρές άτεκνες γυναίκες, με νόσο σταδίου I, το ωοθηκικό καρκίνωμα αντιμετωπίζεται χειρουργικά αφαιρώντας τη μία μόνο ωοθήκη, αφού έχει προηγηθεί προσεκτική διερεύνηση για αποκλεισμό μετασταστικής νόσου ή συνυπάρχοντος καρκίνου. Η ενδοπεριτοναϊκή μετάσταση αποτελεί τη συχνότερη μορφή μετάσταση της επιθηλιακής νεοπλασίας. Οι οικονομικές, ψυχολογικές και σεξουαλικές ανησυχίες επιζώντων και νοσούντων του ωοθηκικού καρκίνου επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητά τους. Ως ελλιπής αποδεικνύεται η γνώση των επαγγελματιών υγείας σχετιζόμενη με τις έγνοιες και τον καρκινικό πόνο. Μεγάλη έκταση στη βιβλιογραφία δίνεται στο ψυχοκοινωνικό και υποστηρικτικό

ρόλο των παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε επίπεδο της διάγνωσης και της θεραπευτικής προσέγγισης των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών.

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος των ωοθηκών παρουσιάζει πολλές δυσκολίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση, κυρίως εξαιτίας της καθυστερημένης διάγνωσης. Η αντιμετώπιση της επιθηλιακής νεοπλασίας αρχίζει σε προχωρημένο στάδιο, με χειρουργική αφαίρεση όλων των όγκων και των πέριξ ιστών σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ωστόσο η πρόγνωση είναι κακή με μόνο πενταετή διάρκεια επιβίωσης σε λιγότερο από το 50% των διαγνωσθέντων.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος των ωοθηκών, επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών, πρόληψη, θεραπεία, σεξουαλικότητα, νοσηλευτική, πόνος, παρηγορητική φροντίδα, υποστηρικτική φροντίδα, χημειοθεραπεία.

Abstract

Introduction: Ovarian cancer is the most difficult challenge of gynecological oncology. Despite the advances in surgical techniques and chemotherapy, there has been no significant improvement in the treatment of ovarian cancer, causing the disease to become responsible for most gynecological deaths worldwide.

Purpose: Exploring the concept of ovarian cancer, its symptoms, and its causes, in order to make early diagnosis and thus prevention and immediate treatment, according to the nurse's interventions.

Material and Method: A review of the international bibliography in the PubMed, Cochrane, Google Scholar, MedlinePlus and Google Books electronic databases has been reviewed. The material of the study was compiled from selected books and articles published mainly in the last seven years and the material was collected following a detailed study of the literature. Limitations were placed on the language of publication of books and articles, while only those published in Greek and English were used. To search for the relevant literature, key words were used, such as: ovarian cancer, epithelial ovarian cancer, prevention, therapy, sexuality, nursing, pain, palliative care, supporting care, chemotherapy.

Results: Ovarian cancer remains one of the major challenges of oncology. In young non-pregnant women with Stage I disease, ovarian carcinoma is treated surgically by removing only one ovary after a careful investigation has been carried out to exclude metastatic disease or concomitant cancer. Intraperitoneal metastasis is the most common metastasis of epithelial neoplasia. The economic, psychological and sexual concerns of survivors and ovarian cancer patients have a significant impact on their everyday lives. The lack of knowledge of health professionals related to worries and cancer pain is evident. A great deal of literature is given to the psychosocial and supportive role of health care providers at every level of diagnosis and treatment of women with ovarian cancer.

Conclusions: Ovarian cancer presents many difficulties in treatment, mainly due to delayed diagnosis. Treatment of epithelial neoplasia begins at an advanced stage, with surgical removal of all tumors and surrounding tissues in combination with chemotherapy, but the prognosis is poor with only a five-year survival in less than 50% of those diagnosed.

Key words: ovarian cancer, epithelial ovarian cancer, prevention, therapy, sexuality, nursing, pain, palliative care, supporting care, chemotherapy.

Εισαγωγή

Το θέμα αυτής της εργασίας αφορά έναν όχι πολύ συχνό και ευρέως γνωστό, ωστόσο «ύπουλο» καρκίνο που πλήττει κυρίως τις γυναίκες της τρίτης ηλικίας, συγχρόνως, χωρίς να εμφανίζει διακρίσεις και στην προεμμηνόπαυσιακή ζωή αυτών. Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος προλογίζει τον αναγνώστη της με τον ορισμό του επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών για την ορθή κατανόηση της νόσου. Συνεχίζει, με τα ανατομικά στοιχεία της ωοθήκης και τις λειτουργίες που επιτελεί βασιζόμενη στις ορμόνες που παράγει. Κατόπιν, γίνεται λόγος στην παθολογική πλευρά των ωοθηκικών νεοπλασιών και δη, στην αιτιολογία της νόσου, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση, τη διαφορική διάγνωση, τις επιπλοκές, την πρόγνωση, την πρόληψη και τη θεραπευτική προσέγγιση. Όσον αφορά το δεύτερο μέρος της εργασίας, αναφέρονται οι παρεμβάσεις στις οποίες μπορεί να προβεί ο νοσηλεύτης/η νοσηλεύτρια για να βοηθήσει τη γυναίκα με καρκίνο των ωοθηκών να διαχειριστεί τη νόσο και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες της ζωής της. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος αναφέρονται τα νέα δεδομένα σε σχέση με τον επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών με τη μορφή περιλήψεων σύγχρονων άρθρων για το συγκεκριμένο θέμα.

“Το σώμα, το μυαλό και οι σχέσεις εξελίσσονται συνεχώς και αλλάζουν κατευθύνσεις. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να επέλθουν είτε σταδιακά είτε απότομα. γεγονότα που επέρχονται απότομα συχνά εκπλήσσουν, επειδή το άτομο δεν μπορεί να ξέρει το πως είναι μέχρι να τα βιώσει, και δεν βοηθάνε για την πλήρη κατανόηση τους ούτε τα βιβλία ούτε οι συζητήσεις με φίλους, παρά μόνο το βίωμα. Έχοντας το φορτίο της διάγνωσης του καρκίνου, οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με τη θεραπεία και τη μετέπειτα επιβίωση. Ίσως έχουν πολλούς ρόλους στη ζωή τους. Μπορεί να εργάζονται και να είναι ανάγκη να εργάζονται κατά ή μετά τη θεραπεία, ίσως είναι μητέρες και/ή σύντροφοι και πρέπει να στηρίζουν τις οικογένειες τους και τους αγαπημένους τους, την ίδια στιγμή που χρειάζονται στήριξη οι ίδιες. Η περίοδος αυτή μπορεί να είναι πολύ επώδυνη και να βάλει σε δοκιμασία τις σχέσεις. Μπορεί όμως να υπάρξει ώθηση για πιο θετικές σκέψεις και σχέσεις κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του καρκίνου” (Gupta et al., 2011, p. 380).

Πολλές γυναίκες τρομάζουν με τον καρκίνο των ωοθηκών. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου οφειλόμενη σε κακοήθεια στις γυναίκες. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών είναι στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, ενώ η χαμηλότερη επίπτωση στην Αφρική και την Ασία. Συγκεκριμένα, τα νησιά Φίτζι είχαν το υψηλότερο ποσοστό καρκίνου των ωοθηκών, ακολουθούμενα από τη Λετονία και τη Βουλγαρία (Ferlay et al., 2015). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο καρκίνος των ωοθηκών κατατάσσεται στον πέμπτο πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες, διαγιγνώσκοντας 23.000 νέα περιστατικά ετησίως (Λώλης, 2010).

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:

Ο Καρκίνος των Ωοθηκών

1.1 Ορισμός

Ο καρκίνος αρχίζει στις ωοθήκες, οι οποίες είναι από τα όργανα που εκκρίνουν ορμόνες του αναπαραγωγικού συστήματος. Αυτές οι ορμόνες, οι οποίες περιλαμβάνουν το οιστρογόνο, την προγεστερόνη και τα ανδρογόνα, είναι υπεύθυνες για την ομαλή ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένου του εμμηνορροϊκού κύκλου, και την απελευθέρωση του ωαρίου (ωοκυττάρου) που μπορεί να γονιμοποιηθεί στην εγκυμοσύνη (Salani & Bristow, 2011).

Ο καρκίνος των ωοθηκών μπορεί να αναπτυχθεί από διάφορα συστατικά της ωοθήκης (Salani & Bristow, 2011). Αποτελούν μια μεγάλη ομάδα όγκων, πολύ διαφορετικών μεταξύ τους, άλλων συχνών και άλλων πολύ σπάνιων. Αυτοί συμπεριφέρονται διαφορετικά (Λώλης, 2010). Η ποικιλομορφία αυτή οφείλεται στα τρία συστατικά που απαρτίζουν τη φυσιολογική ωοθήκη: **το πολυδύναμο καλυπτικό επιθήλιο της επιφάνειας (σπλαγγχνικό), τα ολοδύναμα γεννητικά κύτταρα και τα πολυδύναμα κύτταρα γεννητικής ταινίας/ στρώματος**. Καθένας από αυτούς τους τύπους κυττάρων δίνει γένεση σε μια ποικιλία όγκων (Kumar et al., 2011). Ο πιο κοινός τύπος είναι ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών, ο οποίος προκύπτει από τη ζωή της ωοθηκικής επιφάνειας. Προσβάλλει συνήθως γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών (Kumar et al., 2011). Στην ομάδα αυτή υπάρχουν υποκατηγορίες που καθορίζονται από τον παθολόγο μετά από μικροσκοπική εξέταση (Salani & Bristow, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), περίπου 90% των κακοήθων όγκων των ωοθηκών προκύπτουν από το επιθήλιο της ωοθήκης ή από το επιθήλιο του εξωτερικού άκρου της σάλπιγγας. Οι όγκοι αυτοί αναφέρονται ως «**επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών**» ή «**καρκινώματα των ωοθηκών**». Περίπου το 10% των καρκίνων των ωοθηκών προέρχονται από άλλους ιστούς των ωοθηκών εκτός του επιθηλίου. Οι όγκοι αυτοί αναφέρονται ως «**μη-επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών**». Εάν ένας κακοήθης όγκος ωοθηκικού τύπου διαπιστωθεί στο περιτόναιο, θεωρείται ότι πρόκειται για ένα πρωτοπαθή όγκο των ωοθηκών (European Society of Medicine Oncology, 2014).

Οι βασικοί ιστολογικοί τύποι του επιθηλιακού τύπου των ωοθηκών διακρίνονται **στα ορώδη καρκινώματα, τα ενδομητριοειδή καρκινώματα, τα διαυγοκυτταρικά καρκινώματα, τα βλενώδη καρκινώματα** (εντερικού τύπου βλενώδης όγκος και ο ενδοτραχηλικός ή οροβλενώδης ή Mullerian βλενώδης όγκος), **τα καρκινώματα μεταβατικών κυττάρων και τα πλακώδη καρκινώματα**. Υπάρχουν σε αυτή την κατηγορία και **αδιαφοροποίητα καρκινώματα** (ESMO, 2014).

Στους μη επιθηλιακούς καρκίνους των ωοθηκών διακρίνονται έξι ιστοπαθολογικοί τύποι καρκινωμάτων, οι οποίοι είναι όλοι πολύ σπάνιοι. Αυτοί ταξινομούνται σε **όγκους εκ**

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

γεννητικών κυττάρων, στρωματικούς όγκους (όγκοι από τα κύτταρα Sertoli, τα κύτταρα Leydig και οι μεικτοί τύποι Sertoli-Leydig), **καρκινোসαρκώματα, στους μικροκυτταρικούς και νευροενδοκρινούς όγκους της ωοθήκης, πλακώδες καρκίνωμα που αναπτύσσεται μέσα σε δερμοειδή κύστη/ τεράτωμα και όγκους struma ovarii** (καρκινοειδές strumal) (ESMO, 2014). Στην ομάδα των ασυνήθιστων μη επιθηλιακών καρκίνων, δύο τύποι εμφανίζονται πιο συχνά: οι κακοήθεις όγκοι εκ γεννητικών κυττάρων και οι στρωματικοί όγκοι (Salani & Bristow, 2011).

Καθένας από τους παραπάνω ιστολογικούς τύπους μεταξύ των καρκινωμάτων των ωοθηκών παρουσιάζει διαφορετική διαδικασία ανάπτυξης (καρκινογένεση). Οι κατηγορίες διαφοροποίησης της καρκινογένεσης είναι: οι καλοήθεις όγκοι (μη καρκινικά κύτταρα), οι κακοήθεις όγκοι (καρκινικά κύτταρα) και οι όγκοι οριακής κακοήθειας (ESMO, 2014).

Όλα τα νεοπλάσματα των ωοθηκών αποτελούν μεγάλη πρόκληση για την κλινική ιατρική, επειδή δεν παρουσιάζουν σημεία ή συμπτώματα, παρά μόνο σε προχωρημένο στάδιο. Η κλινική εκδήλωση όλων των ωοθηκικών όγκων εμφανίζει πολλές ομοιότητες παρά τις μορφολογικές τους αλλαγές, εκτός από τα λειτουργικά νεοπλάσματα, που έχουν ορμονική επίδραση (Kumar et al., 2011).

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους κακοήθεις επιθηλιακούς όγκους.

1.2 Ανατομική Δομή της Ωοθήκης

Οι ωοθήκες είναι δύο μικρά όργανα με σχήμα όμοιο με πεπλατυσμένο αμύγδαλο, στην ώριμη γυναίκα, με μήκος που φθάνει περίπου τα 2-3 εκατοστά και το πλάτος τους 1-3 εκατοστά, μεταβαλλόμενο με τη φάση του καταμήνιου κύκλου. Επιπλέον, έχουν χρώμα γκριζοκόκκινο (Λώλης, 2010: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, 2012).

Αρχικά, είναι τοποθετημένες δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης, στο ύψος της οσφύος. Τελικά, κατασκηνώνουν στα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου, όπου στηρίζονται στη θέση τους από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο (Λώλης, 2010: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, 2012).

Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι ανώμαλη και υβώδης, ενώ περιβάλλεται από το βλαστικό επιθήλιο, ένα λεπτό, μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο (Λώλης, 2010). Κάθε ωοθήκη αποτελείται από την έξω φλοιώδη μοίρα, την έσω μυελώδη μοίρα και την πύλη. Ειδικότερα, ο φλοιός καλύπτεται από βλαστικό επιθήλιο και περιλαμβάνει τα ωοθυλάκια, καθένα από τα οποία περιέχει από ένα ωοκύτταρο. Στα ωοθυλάκια πραγματοποιείται η σύνθεση των στεροειδών ορμονών (Mulroney & Myers, 2010). Η μυελώδης μοίρα παρουσιάζει μια ποικιλία ορμονών, ενώ η πύλη αποτελεί την εσωτερική ζώνη στην οποία εισέρχονται τα αιμοφόρα και τα λεμφικά αγγεία της ωοθήκης (Costanzo, 2013).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Η αιμάτωση των ωοθηκών πραγματοποιείται από κλάδους της μητριαίας αρτηρίας και από την έσω σπερματική (ωοθηκική) αρτηρία, κλάδο της κοιλιακής αορτής. Η φλεβική αιμάτωση της ωοθήκης απορρέει δεξιά στην κάτω κοίλη φλέβα και αριστερά στη νεφρική φλέβα (Λώλης, 2010).

Κλάδοι του νεφρικού και του αορτικού πλέγματος νευρώνουν τις ωοθήκες (Mulroney & Myers, 2010).

1.3 Φυσιολογία

Η ωοθηκική δραστηριότητα εμφανίζεται αρκετά πολύπλοκη και διαιρείται σε δύο λειτουργίες. Η πρώτη λειτουργία αφορά την ωρίμανση του γεννητικού κυττάρου της γυναίκας, του ωαρίου, προκειμένου να είναι έτοιμο και ικανό να γονιμοποιηθεί από το σπερματοζώαριο (πρωτογενή ωοθυλάκιο). Παρουσιάζουν βαθμιαία ωρίμανση που σχηματικά δίνει δύο φάσεις, τη φάση της ωρίμανσης και την εκκριτική φάση. Μεταξύ των δύο φάσεων, συμβαίνει ωοθυλακιορρηξία (ρήξη του ώριμου ωοθυλακίου). Η δεύτερη λειτουργία, σκοπό έχει την παραγωγή των ορμονών, των στεροειδών ουσιών που οφείλονται για την ανάπτυξη και ωρίμανση των γεννητικών κυττάρων, την εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, τη δημιουργία της γυναικείας ψυχосύνθεσης και την προστασία μιας πιθανής εγκυμοσύνης (Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, 2012).

1.3.1 Καταμήνιος Κύκλος

Ο **καταμήνιος κύκλος** συμβαίνει κατά την αναπαραγωγική ηλικία του θηλέος ατόμου, από την εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση. Η διάρκεια του κύκλου κυμαίνεται από 21 έως 35 ημέρες, με μέση διάρκεια τις 28 ημέρες. Η μεταβλητότητα της διάρκειας του καταμήνιου κύκλου αποδίδεται στη μεταβλητότητα της διάρκειας της ωοθυλακικής φάσης, καθώς η ωχρινική φάση έχει σταθερή διάρκεια. Κατά συνθήκη, ως ημέρα 0 θεωρείται η πρώτη ημέρα της εμμηνου ρύσεως του προηγούμενου κύκλου (Costanzo, 2013).

Κατά την **ωοθυλακική ή παραγωγική φάση** του καταμήνιου κύκλου, πρόκειται για τη φάση που προηγείται της ωοθυλακιορρηξίας, ωριμάζει ένα δευτερογενές ωοθυλάκιο και μετατρέπεται σε ώριμο(κυρίαρχο) ωοθυλάκιο με την επίδραση της ωοθυλακιότροπου ορμόνης (FSH) της υπόφυσης. Κατά την **ωοθυλακιόρρηξία**, η οποία γίνεται συνήθως την 14^η- 15^η ημέρα του καταμήνιου κύκλου (με βάση έναν κύκλο 28 ημερών), το ώριμο ωοθυλάκιο έρχεται προς την επιφάνεια της ωοθήκης, σπάει και απελευθερώνει το ωάριο που περικλείει. Το ωάριο προσλαμβάνεται από τους κροσσούς του κωδωνικού άκρου της σάλπιγγας και μέσω του αυλού αυτής κατεβαίνει προς τη λήκυθο. Αμέσως μετά την ωοθυλακιόρρηξία ακολουθεί η **ωχρινική ή εκκριτική φάση** του καταμήνιου κύκλου και με την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) της υπόφυσης, γίνεται η μετατροπή του

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

σπασμένου ωοθυλακίου σε ωχρού σωματίο. Αυτό εφ' όσον ακολουθήσει γονιμοποίηση παραμένει μέχρι τον έκτο μήνα της κύησης, διαφορετικά μετατρέπεται σε λευκό σωματίο. Η υποστροφή και η εκφύλιση του ωχρού σωματίου προκαλούν την απόπτωση του ενδομητρίου (έμμηνος ρύση). Τυπικά, ανταποκρίνεται στις ημέρες 0 έως 4 ή 5 του επόμενου καταμήνιου κύκλου (Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, 2012).

1.3.2 Ορμόνες της Ωοθήκης

Η δράση υποθαλάμου-υπόφυσης είναι υπεύθυνη για τις δυο κύριες λειτουργίες των ωοθηκών. Η ορμόνη απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών (GnRH) είναι η υποθαλαμική ορμόνη, ενώ η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH) είναι οι ορμόνες του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης (Mulroney & Myers, 2010).

Η GnRH είναι ένα δεκαπεπτίδιο που εκκρίνεται από τους νευρώνες του υποθαλάμου εντός της πυλαίας κυκλοφορίας της υποθαλαμοϋποφυσιακής σχέσης και μεταφέρεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, διεγείροντας τις FSH και LH (Mulroney & Myers, 2010).

Οι υποδοχείς της FSH βρίσκονται μόνο στα κοκκιώδη κύτταρα της ωοθήκης. Δρουν αρχικά, διεγείροντας την ανάπτυξη των κοκκιωδών κυττάρων στα ωοθυλάκια πρώτης τάξης και συνθέτοντας οιστραδιόλη, η οποία τροφοδοτεί την έμμεση δράση της FSH στην παραγωγή ωοθηκικών κυττάρων (Costanzo, 2013).

Από την άλλη πλευρά, η πρόκληση της ωοθυλακιωρρηξίας στηρίζεται στη δράση της LH. Πριν από την ωοθυλακιωρρηξία, παρατηρείται απότομη αύξηση της συγκέντρωσης της LH στο αίμα, με συνέπεια να σπάει το ώριμο (κυρίαρχο) ωοθυλάκιο, απελευθερώνοντας το ωάριο που περικλείει. Ταυτοχρόνως, συνδράμει στην μετατροπή του ωχρού σωματίου (ωχρινοποίηση), κατά την ωχρινική φάση του καταμήνιου κύκλου (Costanzo, 2013).

1.4 Παθολογία του Καρκίνου των Ωοθηκών

Η διαφορετική ιστολογική προέλευση των δομικών στοιχείων της ωοθήκης και ο δίπολος ρόλος της ως αδένα έσω εκκρίσεως και σαν τόπο εγκαταστάσεως και συντηρήσεως των γεννητικών κυττάρων της γυναίκας συντελούν στην ανάπτυξη νεοπλασμάτων με ποικίλη μορφολογία και ορμονική δράση. Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους κακοήθεις επιθηλιακούς όγκους.

1.4.1 Αιτιολογία- Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Τα πιθανά αίτια ενός πυελικού όγκου που εντοπίζονται κατά την πυελική εξέταση ή δια μέσω υπερηχογραφικών ή άλλων εξετάσεων διαφέρουν πολύ ανάμεσα στην προεφηβική, την εφηβική και τη μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία (Ιατράκης, 2010).

Εντούτοις, δύο είναι οι μείζονες υποθέσεις σχετικά με την αιτιολογία της ωοθηκικής νεοπλασματικής κακοήθειας. Η πρώτη επικαλείται ορισμένα επακόλουθα της παρατεινόμενης ωορρηξίας (αδιάκοπη ωορρηξία), ενώ η δεύτερη θεωρεί ότι η έκθεση του ωοθηκικού επιθηλίου σε αυξημένα επίπεδα υποφυσιακών γοναδοτροπινών αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου (Τριχόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με μελέτες της ESMO (2014), το 90% των περιπτώσεων των ωοθηκικών καρκίνων είναι σποραδικοί καρκίνοι της ωοθήκης. Συνεπώς δεν υπάρχει καμία συσχέτιση με κληρονομικές γενετικές μεταλλάξεις.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, όπως υποστηρίζεται από άλλους, ότι το 10% των περιπτώσεων με ωοθηκική νεοπλασία είναι κληρονομικές. Σημαντικοί παράγοντες αποτελούν το οικογενειακό ιστορικό, προσβάλλοντας συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού (στις γυναίκες, αλλά και στα δύο φύλα με καρκίνο προστάτη στον άνδρα), φορείς μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA-I και BRCA-II (υπεύθυνα για τους καρκίνους μαστού και ωοθηκών) και το σύνδρομο Lynch (ορθοπρωκτικός καρκίνος) (LeMone et al., 2011).

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες έρχονται να προστεθούν η προχωρημένη ηλικία της γυναίκας, η ατεκνία, η πρόωμη εμμηναρχή και η όψιμη εμμηνόπαυση, η γέννηση του πρώτου παιδιού μετά την ηλικία των 35 ετών, φάρμακα που διεγείρουν ή καταστέλλουν τις ωοθήκες, η παχυσαρκία και η δίαιτα «δυτικού τύπου» με υψηλά κεκορεσμένα λίπη και μεγάλη κατανάλωση κρέατος (LeMone et al., 2011).

1.4.2 Κλινική Εικόνα

Χαρακτηριστικό κλινικό στοιχείο του καρκίνου των ωοθηκών είναι η απουσία οποιασδήποτε συμπτωματολογίας κατά την έναρξη και λίγο μετά την έναρξη της νόσου, και ότι οι όγκοι των ωοθηκών είναι ιδιαίτερα «σιωπηλοί». Από την άλλη πλευρά, άλλες μελέτες τείνουν περισσότερο προς τη θεωρία της άτυπης συμπτωματολογίας (Ιατράκης, 2010).

Σύμφωνα με την ESMO (2014), η κύρια συμπτωματολογία της ωοθηκικής κακοήθους νεοπλασίας που σχετίζεται με την παρουσία μάζας στην κοιλιακή χώρα περιλαμβάνει: **πυελική ή κοιλιακή δυσφορία ή πίεση ή πόνο, αίσθημα κοιλιακής πληρότητας ή κοιλιακή διόγκωση, δυσκολίες σίτισης** (ασυνήθιστος από το φυσιολογικό πρώιμος κορεσμός ή δυσπεψία), **αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου** (δυσκοιλιότητα), **αλλαγές στο πρότυπο της ούρησης** (συχνότερη ή επείγουσα διούρηση), **πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή**. Αυτά αναφέρουν και οι Salani & Bristow (2011), προσθέτοντας την **επίμονη διάταση στομάχου και απώλεια βάρους**.

Κοιλιακή αιμορραγία (ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση) ή **εκκρίσεις από τον κόλπο**, μη φυσιολογικές από τις συνήθειες για τη γυναίκα συμπληρώνουν τη συμπτωματολογία, με βάση τις έρευνες από το Εθνικό Ινστιτούτο του Καρκίνου (NCI) (2017).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Κραυγαλέα συμπτώματα διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, που τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα κατά το χρόνο της διάγνωσης, αγγίζοντας το 70% των ασθενών (Osborn et al., 2013: Γιωτάκη- Χαρατσή, 2014). Συχνά, οι ασθενείς κινητοποιούνται όταν είναι πια «αργά», αφού προσέρχονται για έλεγχο με διάταση της κοιλίας μετά από μεγάλη αύξηση των διαστάσεων του όγκου (ψηλαφητός στην κλινική εξέταση κοιλίας ή ακόμα ορατός στην επισκόπηση της κοιλιακής χώρας) και της συλλογής ασκητικού υγρού (Ιατράκης, 2010). Οι Salani & Bristow (2011) δημοσίευσαν ότι το 1/3 των γυναικών δήλωσαν ότι είχαν τα παραπάνω συμπτώματα για περισσότερο από έξι μήνες πριν τη διάγνωση τους.

Η ESMO (2014) μεταξύ άλλων προαναφερθέντων συμπτωμάτων σε προχωρημένη ασθένεια προσθέτει τα εξής:

- Ναυτία και ανορεξία,
- Διάταση της κοιλίας λόγω συσσώρευσης υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα (ασκίτης),
- Απόφραξη του εντέρου λόγω μάζας στην κοιλία και
- Δυσκολία στην αναπνοή που οφείλεται στην παρουσία υγρού στην περιοχή των πνευμόνων (υπεζωκοτική συλλογή).

Εντούτοις, ο Λώλης (2010) τονίζει ότι τα κλινικά αυτά ευρήματα δεν είναι ειδικά για την ωθητική κακοήθεια, αφού μπορούν να παρουσιαστούν σε ποικίλες, μη κακοήθεις καταστάσεις.

Μία άλλη κατηγορία κακοήθων όγκων των ωθηκών με συγκεκριμένα σημεία ή συμπτώματα είναι οι λειτουργικοί όγκοι, όγκοι δηλαδή που παράγουν ορμόνες. Πιο συγκεκριμένα, πρόωρη σεξουαλική ανάπτυξη σε κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας προκαλείται από την υπερβολική παραγωγή οιστραδιόλης ή/και ανδρογόνων. Ακόμα, οι ακανόνιστοι εμμηνορυσιακοί κύκλοι σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία της μήτρας σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι αποτέλεσμα της περίσσειας οιστραδιόλης. Επιπροσθέτως, η υπερβολική παραγωγή τεστοστερόνης προκαλεί αρρενοποίηση, ενώ η υπερβολική παραγωγή κορτιζόλης είναι υπεύθυνη για το σύνδρομο Cushing (ESMO, 2014).

Οι δυσγενετικές γονάδες, δηλαδή εκ γενετής διαταραχή της ανάπτυξης των ωθηκών εξαιτίας μιας μεταβολής στα χρωμοσώματα ενοχοποιούνται για την παρουσία καρκίνου των ωθηκών σε νεαρά κορίτσια προεφηβικής ηλικίας. Έλεγχος του καρυότυπου διενεργείται σε αυτήν την περίπτωση προκειμένου να προσδιοριστεί ο αριθμός και το μέγεθος των χρωμοσωμάτων (ESMO, 2014).

1.4.3 Διαγνωστική Προσέγγιση

Η διάγνωση συχνά τίθεται κατά την πραγματοποίηση **εξέτασης ρουτίνας της πύελου**. Η **αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση** αναδεικνύει τη διόγκωση των ωοθηκών (DeWit, 2011). Απαραίτητη κρίνεται και η **γενική φυσική εξέταση** (ESMO, 2014).

Σε ανεύρεση ενός όγκου στην ελάσσονα πύελο, ακολουθεί λεπτομερής αντικειμενική σειρά εξετάσεων, στην οποία περιλαμβάνονται οι **εργαστηριακές εξετάσεις** και δη, γενική αίματος, δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, ουρία και ηλεκτρολύτες, ανίχνευση των επιπέδων του αντιγόνου CA-125, της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (h-CG), της α-φετοπρωτεΐνης (AFP), και της γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH) στον ορό του αίματος, και ο απεικονιστικός έλεγχος (Ιατράκης, 2010).

- **CA-125:** είναι πρωτεΐνη που παράγεται στην επιφάνεια των κυττάρων, όπως η ωοθήκη, η μήτρα και ο τράχηλος. Είναι καρκινικός δείκτης, μη ειδικός, αλλά βρίσκεται αυξημένος στο 90% των γυναικών με όψιμο καρκίνο των ωοθηκών. Βοηθά στην πρόληψη υποτροπής της ωοθηκικής νεοπλασίας μετά από θεραπεία. Η τιμή CA-125>35 μονάδες αντιστοιχεί σε ένδειξη για κακοήγη ωοθηκική νεοπλασία (Bickley & Szilagyi, 2016).
 - Κατά τη διάρκεια της κύησης, η μέτρηση του καρκινικού δείκτη CA-125 για τη διερεύνηση του ωοθηκικού όγκου, δεν προσφέρει διαγνωστικά, καθώς οι τιμές του αναμένονται αυξημένες (Ιατράκης, 2010).
- **α-φετοπρωτεΐνης (AFP):** καρκινικός δείκτης στους δερμοειδείς όγκους, ευαίσθητος και ειδικός στη χημειοθεραπεία βασισμένη στην πλατίνα, επιτρέποντας της να παρακολουθεί τη νόσο (McPhee & Papadakis, 2013).
- **γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH):** ομάδα ενζύμων που βρίσκεται στο αίμα και σε άλλου ιστούς του σώματος. Εμπλέκονται στην παραγωγή ενέργειας στα κύτταρα. Η αυξημένη ποσότητά της στο αίμα μπορεί να είναι ένα σημάδι βλάβης των ιστών και μερικών μορφών καρκίνου ή άλλων ασθενειών (ESMO, 2014).

Ο **απεικονιστικός έλεγχος** απαρτίζεται από το ενδοκολπικό (TVS) ή/και το ενδοκοιλιακό υπερηχογράφημα και ενδεχομένως το έγχρωμο Doppler (Bickley & Szilagyi, 2016).

- Το **TVS** είναι χρήσιμο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών υψηλού κινδύνου και στη διαφορική διάγνωση των ωοθηκικών όγκων που είναι καλοήθεις και πιθανόν να υποστρέψουν αυτόματα. Ανιχνεύει την κυστική ή συμπαγή φύση του

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

όγκου και την ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπισή του (Bickley & Szilagyi, 2016).

- Το **έγχρωμο Doppler** αυξάνει την ειδικότητα της υπερηχογραφικής διάγνωσης και διευρύνει την ύπαρξη νεοαγγείωσης (Gurta et al., 2011; Bickley & Szilagyi, 2016).

Η διάγνωση κατευθύνεται από την ηλικία της γυναίκας. Όλες οι παραπάνω εξετάσεις θα «αποκλείσουν» ή θα κατευθύνουν προς την πιθανή κακοήθεια. Ειδικότερα, η νεαρή ηλικία της γυναίκας είτε απομακρύνει προσωρινά τα σενάρια χειρουργικής επέμβασης, είτε μπορεί να επιχειρηθεί **λαπαροσκοπική προσέγγιση**, σε υπερηχογραφικούς χαρακτήρες καλοήθειας με φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα CA-125. Από την άλλη πλευρά, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η **ερευνητική λαπαροτομία** είναι κανόνας, λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό και όλο τον υπόλοιπο έλεγχο (Ιατράκης, 2010). Επιπροσθέτως, μεγάλη προσοχή δίδεται στην παιδική και εφηβική ηλικία, όπου παρατηρούνται ωθητικοί όγκοι αυξημένης συχνότητας (Ραβανός και συν. 2012).

Η **ιστολογική εξέταση** (βιοψία ωθηκών) αποτελεί το τελευταίο βήμα της οριστικής διάγνωσης. Μεγάλης προγνωστικής σημασίας στις ωθηκικές νεοπλασίες φαίνεται να έχει η ανίχνευση των ογκογονιδίων CARB-I και CARB-II στο νεοπλασματικό ιστό, αφού συμμετέχουν στις γενετικές ανωμαλίες που παρατηρούνται στους κακοήθους όγκους (Gurta et al., 2011).

Ο απεικονιστικός έλεγχος για επικείμενες μεταστάσεις, μετά την οριστική διάγνωση πραγματοποιείται με (Gurta et al., 2011):

- ακτινογραφία θώρακος, για αποκλεισμό πνευμονικών μεταστάσεων,
- αξονική και μαγνητική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας (LeMone et al., 2011),
- τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), τεχνική απεικόνισης που οπτικοποιεί την ανατομία ενός ιστού, καθώς και τη μεταβολική δραστηριότητα των κυττάρων στον ιστό αυτό (ESMO, 2014).
- κολονοσκόπηση, ενδοφλέβια πυελογραφία, βαριούχο υποκλυσμό και γαστροσκόπηση (Ιατράκης, 2010) και
- ερευνητική λαπαροτομία ή χειρουργική λαπαροσκόπηση (Ιατράκης, 2010).

Η μαστογραφία αποτελεί εξέταση ρουτίνας στις ηλικιακές ομάδες, ωστόσο διερευνά το ενδεχόμενο μετάστασης στις ωθήκες από καρκίνο του μαστού (Ιατράκης, 2010).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

1.4.4 Παθογένεση και Σταδιοποίηση

Η ταξινόμηση του καρκίνου των ωοθηκών είναι ανάλογη του ιστολογικού τύπου του καρκινώματος (DeWit, 2011). Το 90% των ωοθηκικών όγκων είναι επιθηλιακής προέλευσης, προερχόμενοι από το επιθήλιο της ωοθήκης, ωστόσο διακρίνονται και οι όγκοι βλαστικών κυττάρων και όγκοι του συνδετικού ιστού (Ιατράκης, 2010).

Αρχικά, ο όγκος αναπτύσσεται σαν ένα συμπαγές, κυστικό μόρφωμα στη μία ή/και στις δύο ωοθήκες και δε δίνει προειδοποιητικά σημεία ή συμπτώματα. Ακολουθεί διάσπαση της κάψας και εμφύτευση κακοήθων κυττάρων στην πύελο και μετά σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα (έντερα, ουροδόχο κύστη, μεσεντέριο). Η λεμφογενής διασπορά αρχίζει στα πρώιμα στάδια με μεταστάσεις σε πυελικούς και παραορτικούς λεμφαδένες και στους πλέον απομακρυσμένους ιστούς. Αιματογενής διασπορά παρατηρείται αργά, προσβάλλοντας το ήπαρ και τους πνεύμονες, ενώ σπανιότερα παρατηρούνται μεταστάσεις σε οστά και εγκέφαλο (LeMone et al., 2011: Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Κατά FIGO, η σταδιοποίηση του πρωτοπαθούς ωοθηκικού καρκινώματος παρουσιάζει τέσσερα κλινικά στάδια, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Στάδιο I: Όγκος περιορισμένος στις ωοθήκες.
Ia: Όγκος περιορισμένος στη ΜΙΑ ωοθήκη. ΧΩΡΙΣ ασκίτη με καρκινικά (Ca) κύτταρα. ΧΩΡΙΣ επέκταση στην έξω επιφάνεια, άθικτη κάψα της ωοθήκης. Ib: Όγκος περιορισμένος στις ΔΥΟ ωοθήκες. ΧΩΡΙΣ ασκίτη με Ca κύτταρα. ΧΩΡΙΣ επέκταση στις έξω επιφάνειες, άθικτη κάψα ωοθηκών. Ic: Ia ή Ib με επέκταση του όγκου στην της μιας ή των δυο ωοθηκών ή ρήξη της κάψας ή ασκίτης με Ca κύτταρα ή θετική κυτταρολογική εξέταση εκπλύματος περιτοναϊκής κοιλότητας.
Στάδιο II: Όγκος στη μία ή και στις δύο ωοθήκες με επέκταση στην πύελο.
IIa: Επέκταση και/ή μετάσταση στη μήτρα ή/και στις σάλπιγγες. IIb: Επέκταση σε άλλους ιστούς της πύελου. IIc: IIa ή IIb με επέκταση του όγκου στην επιφάνεια της μιας ή των δύο ωοθηκών ή ρήξη της κάψας ή ασκίτης με Ca κύτταρα ή θετική κυτταρολογική εξέταση εκπλύματος περιτοναϊκής κοιλότητας.
Στάδιο III: Όγκος στη μία ή και στις δύο ωοθήκες με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις εκτός πύελου και/ή θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες. Επιφανειακές διηθήσεις ήπατος. Ο όγκος περιορίζεται στη μικρή πύελο αλλά υπάρχει ιστολογικά αποδεδειγμένη κακοήθης επέκταση στο λεπτό έντερο ή στο επίπλουν.
IIIa: Ο όγκος περιορίζεται αδρά στη μικρή πύελο με αρνητικούς λεμφαδένες αλλά με ιστολογικά αποδεδειγμένη μικροσκοπική προσβολή των περιτοναϊκών επιφανειών της

κοιλίας.

IIIb: Υπάρχουν ιστολογικά αποδεδειγμένες εμφυτεύσεις των περιτοναϊκών επιφανειών της κοιλίας μέγιστης διαμέτρου 2 cm.

IIIc: Εμφυτεύσεις των περιτοναϊκών επιφανειών της κοιλίας διαμέτρου >2 cm ή θετικοί οπισθοπεριτοναϊκοί ή βουβωνικοί λεμφαδένες ή και τα δύο.

Στάδιο IV: Όγκος στη μία ή και στις δύο ωθήκες με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Παρεγχυματικές διηθήσεις ήπατος.

Πηγή: Ιατράκης, 2010

Στον καρκίνο των ωθηκών, η σταδιοποίηση είναι πλήρης, όταν διενεργηθούν οι ακόλουθες εξετάσεις: κλινική εξέταση, ακτινολογική διερεύνηση, χειρουργική διερεύνηση της κοιλίας και η ιστοπαθολογική εξέταση του ιστού από τον αρχικό όγκο και από βιοψίες από τα άλλα πιθανώς προσβεβλημένα όργανα (ESMO, 2014).

1.4.5 Διαφορική Διάγνωση

Σε διαπίστωση ωθηκικής μάζας, απαραίτητη είναι η ταξινόμηση της ως λειτουργική, καλοήθης, νεοπλασματική ή δυνητικά κακοήθης (McPhee & Papadakis, 2013).

Η διαφορική διάγνωση της ωθηκικής νεοπλασματικής κακοήθειας υποδεικνύεται με ελέγχους άλλων συμπαγών και κυστικών καλοηθών όγκων των εξαρτημάτων, από τις λειτουργικές κύστεις των ωθηκών, την ενδομητρίωση (σοκολατοειδής κύστεις), την πυοσάλπιγγα, την υδροσάλπιγγα, το σαλπιγγωθηκικό απόστημα, την κύηση (κυρίως την έκτοπη), τα ενδοσυνδεσμικά και υπορογόνοια ινομώματα με μίσχο, τον έκτοπο νεφρό και άλλα (Ιατράκης, 2010).

Σχετικά εύκολη είναι η διαφοροδιάγνωση καταστάσεων όπως η κοπρόσταση, η εκκολπωματίτιδα, η διάταση της ουροδόχου κύστης και άλλων παθήσεων, από τις πληροφορίες που αντλούνται με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση (Ιατράκης, 2010).

Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ασυμπτωματική, ετερόπλευρη, απλή κύστη, με διάμετρο <5cm, και φυσιολογικά επίπεδα CA-125, παρακολουθούνται φυσιολογικά με ενδοκολπικό υπερηχογράφημα. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική αξιολόγηση (McPhee & Papadakis, 2013).

Εντούτοις, η ερευνητική λαπαροτομία οριστικοποιεί τη διαφορική διάγνωση και θέτει περαιτέρω κατάλληλο ερευνητικό έλεγχο (Ιατράκης, 2010).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

1.4.6 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές του καρκίνου των ωοθηκών εμφανίζονται σε προχωρημένο στάδιο και οφείλονται κυρίως σε λεμφική και αιματογενή απορροή. Σε αυτές περιλαμβάνονται (LeMone et al., 2011):

- ο ασκίτης, δηλαδή η άθροιση υγρού εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και
- η εντερική απόφραξη.

Η εκτίμηση αυτών πραγματοποιείται μέσω των γαστρεντερικών ενοχλήσεων (κοιλιακός πόνος, διάταση, δυσκοιλιότητα, ρουκετοειδής έμετοι, αμβλύτητα κατά την επίκρουση του κατωφερέστερου τμήματος) (LeMone et al., 2011).

Άλλες επιπλοκές αποτελούν η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και το λεμφοίδημα κάτω άκρου (LeMone et al., 2011).

1.4.7 Πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό ανάπτυξης, το βαθμό επέκτασης και τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου. Όσο μεγαλύτερη διαφοροποίηση παρουσιάζει ο όγκος, τόσο καλύτερη η πρόγνωση. Επιπροσθέτως, ο όγκος της υπολειπόμενης νόσου μετά τη χειρουργική αφαίρεση και ο ρυθμός πτώσης του καρκινικού δείκτη CA-125 είναι καθοριστικοί παράμετροι για την πρόγνωση και την εξέλιξη της νόσου μετά τη θεραπεία. Ασθενείς με έκταση νόσου μεγαλύτερη των 2cm μετεγχειρητικά έχουν κακή πρόγνωση, με επιβίωση 3 ετών που φθάνει στο 20% μόνο (Gupta et al., 2012). Σε όνιμο μεταστατικό καρκίνο, με απομακρυσμένες μεταστάσεις, η πρόγνωση είναι διαβρωτική, καθώς μόνο το 5% των νοσούντων επιβιώνει μια πενταετία, ενώ σε τοπική επέκταση, το 36% και σε πρώιμη νόσο, το 89% (McPhee & Papadakis, 2013). Μελέτες έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία με πλατίνα και η αντιμετώπιση από γυναικολόγους- ογκολόγους, είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας (Λώλης, 2010). Μια νέα εξέταση βρίσκεται σε εξέλιξη, ενώ διεξάγονται κλινικές μελέτες ανίχνευσης του καρκίνου των ωοθηκών σε πρώιμα στάδια (Γιωτάκη- Χαρατσή, 2014).

1.4.8 Πρόληψη

Αντιμέτωποι με την πρόκληση της βελτίωσης της αναγνώρισης των συμπτωμάτων μιας ωοθηκικής νεοπλασίας έρχονται οι ιατροί σήμερα, καθώς προς το παρόν, δεν υπάρχουν αποτελεσματικές εξετάσεις προληπτικού ελέγχου. Ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού (screening) με το τεστ Παπανικολάου (Test Pap) και τη μαστογραφία βρίσκεται σε αδιέξοδο. Οι τρεις τεχνικές μαζικού ελέγχου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς είναι η κλινική εξέταση, οι υπέρηχοι των ωοθηκών και η μέτρηση του CA-125 ή ο συνδυασμός αυτών. Ανεπαρκής έχει αποδειχθεί από μόνο της η κλινική εξέταση (Brickley & Szilagyi, 2016).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Η προφυλακτική εξαίρεση των εξαρτημάτων έχει προταθεί για τη μείωση του καρκίνου των ωοθηκών. Ωστόσο, ο κίνδυνος δεν εξαλείφεται οριστικά, αφού το επιθήλιο των ωοθηκών αποτελεί εξειδικευμένο τμήμα του μεσοθηλίου του περιτόναιου, με συνέπεια η δυναμική του καρκίνου να υπάρχει κι εκεί (Ιατράκης, 2010).

Προστατευτική δράση φαίνεται να έχει η γαλουχία και ο παρατεταμένος θηλασμός, η πολυτοκία, οι παράγοντες που καταστέλλουν τον αριθμό των ωορρηξιών, η αποσωλίνωση των σαλπίνγων, η υστερεκτομή, η παρατεταμένη έμμηνος ρύση, και η γέννηση του πρώτου παιδιού πριν τα 35 έτη (LeMone et al., 2011).

Καταληκτικά, από τους διατροφικούς παράγοντες, η αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και τροφών πλούσιων σε μονοακόρεστα λιπίδια ενδέχεται να έχουν κάποιο προληπτικό αποτέλεσμα (Τριχόπουλος, 2012).

Η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο των ωοθηκών, των γνωστών έως τώρα παραγόντων κινδύνου και η προτροπή προς υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών αποτελούν μεταξύ των πρώτων προσπαθειών στην πρόληψη και τον έλεγχο της νόσου (Brickley & Szilagyi, 2016).

1.4.9 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η απόφαση για τη βέλτιστη θεραπεία εξαρτάται από την ολική εκτιμώμενη κατάσταση της ασθενούς και το στάδιο της νόσου (ESMO, 2014). Θεραπευτική προτεραιότητα αποτελεί η πλήρης χειρουργική αφαίρεση όλου του όγκου και των πέριξ ιστών τόσο για τη διάγνωση όσο και για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Μεγάλη προσπάθεια καταβάλλεται για αποφυγή ιατρογενής διασποράς, με διάρρηξη της κύστης (Γιωτάκη- Χαρατίση, 2014).

Διαφορετικοί τύποι θεραπείας είναι διαθέσιμοι για ασθενείς με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών. Ορισμένες θεραπείες έχουν καθιερωμένο θεραπευτικό πλάνο (χειρουργείο, χημειοθεραπεία, στοχευόμενη θεραπεία), ενώ μερικές δοκιμάζονται σε κλινικές δοκιμές (ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία). Όταν οι κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι μια νέα θεραπεία είναι καλύτερη από τη θεραπεία που χρησιμοποιείται επί του παρόντος ως συνήθη θεραπεία, μπορεί να γίνει η συνήθης θεραπεία. Με λίγα λόγια, η νέα θεραπεία μπορεί να γίνει η συνήθης θεραπεία. (NCI, 2017).

Πραγματοποιείται ολική υστερεκτομία και σαλπινγωθηκεκτομή άμφω και εκτομή του επιπλόου. Στόχος είναι η βέλτιστη μείωση των διαστάσεων του όγκου (υπόλειμμα όγκου >1 cm). Σε όλα τα στάδια πλην του Ia, η άριστη προσέγγιση είναι ο συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης και χημειοθεραπείας. Υπάρχει αβεβαιότητα ως προς τη βέλτιστη σειρά των θεραπευτικών μεθόδων, δηλαδή εάν η χειρουργική επέμβαση προηγείται ή έπεται της χημειοθεραπείας (Gupta et al., 2012). Σε προχωρημένη και υποτροπιάζουσα νόσο εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία για επιμήκυνση και ανακούφιση (Γιωτάκη- Χαρατίση, 2014).

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Στοχευόμενη θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα εφαρμόζεται, επίσης (NCI, 2017). Η ακτινοθεραπεία δεν εφαρμόζεται ποτέ σε αντιμετώπιση ρουτίνας της νόσου (Γιωτάκη-Χαρατσή, 2014).

Σαν χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής εφαρμόζεται ο συνδυασμός καρβοπλατίνης και πακλιταξέλης, φυσιολογικά για έξι κύκλους. Ασθενείς με μεσοδιάστημα ελεύθερο θεραπείας μεγαλύτερο των 12 μηνών πρέπει να υποβάλλονται εκ νέου σε νέο σχήμα που να περιέχει καρβοπλατίνη (Gurta et al., 2012). Παρενέργειες της χημειοθεραπείας αποτελούν η αλωπεκία, η διάρροια, η ουδετεροπενία, η θρομβοπενία, η κόπωση, η ανορεξία- καχεξία, η η καταστολή μυελού των οστών, το σύνδρομο λύσης του όγκου, η σήψη, η καρδιοτοξικότητα και η περιφερική νευροπάθεια (Hilarius, 2012).

Τέλος, στις άτοκες ή νεαρές γυναίκες με πιθανές λειτουργικές κύστεις των ωοθηκών ή με αμιγώς κυστικά μορφώματα μικρής διαμέτρου (4-5cm), η λεγόμενη χειρουργική επέμβαση με διατήρηση της γονιμότητας μπορεί να εξετάζεται, εφόσον επιθυμούν να διατηρήσουν την ικανότητα να συλλάβουν και να γεννήσουν παιδιά. Αρκεί απλώς να παρέχεται ολοκληρωμένη χειρουργική σταδιοποίηση, τα διατηρούμενα όργανα να είναι υγιή και η ασθενής να ενημερώνεται κατάλληλα (Ιατράκης, 2010: NCI, 2017).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ:

Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στον Καρκίνο των Ωοθηκών

2.1 Νοσηλευτική Διεργασία στον Καρκίνο των Ωοθηκών

Ο ρόλος του νοσηλευτή ογκολογίας είναι πολύπλευρος και η παροχή συστηματικής νοσηλευτικής φροντίδας χρειάζεται να δίδεται σε όλες τις εκφάνσεις του καρκίνου των ωοθηκών. Απαραίτητη κρίνεται η ανάγκη για επιμόρφωση, καθώς η επίγνωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με τις εκδηλώσεις του ωοθηκικού καρκίνου και τους παράγοντες κινδύνου είναι ανεπαρκής. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας και γενικά η κακή πρόγνωση επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής της γυναίκας, με μείζονες ψυχολογικές συνέπειες. Παράλληλα, ο νοσηλευτής ογκολογίας πρέπει να είναι σε θέση να συζητά με τις ασθενείς για θέματα σεξουαλικότητας, διαταραχής της εικόνας του σώματος, του άγχους και του πρώιμου θανάτου (LeMone et al., 2011).

Αν χρειαστεί μπορούν να διεξάγουν εξετάσεις κάνοντας χρήση των κατάλληλων εργαλείων, να προβούν σε συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να καθοδηγήσουν τη γυναίκα να λάβει επαγγελματική βοήθεια αν κρίνουν ότι απαιτείται.

2.2 Εκτίμηση της Κατάστασης της Ασθενούς με Καρκίνο των Ωοθηκών

Ολοκληρώνοντας τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, ακολουθεί η λήψη του **νοσηλευτικού ιστορικού** και η διεξαγωγή μιας **γενικής φυσικής εξέτασης** της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών, για την ολιστική αντιμετώπιση της από τους λειτουργούς υγείας (Swartz, 2013). Ειδικότερα, ο νοσηλευτής ογκολογίας προχωρά στη **δημιουργία ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας** της ασθενούς για την **παροχή της βέλτιστης ποιοτικής φροντίδας υγείας**. Συλλέγει και καταγράφει πληροφορίες που αφορούν (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011):

- την ηλικία της ασθενούς,
- την αναπαραγωγική ιστορία και εμμηνοπαυσιακή κατάσταση (σε ενήλικες γυναίκες),
- την κατάσταση τριχοφυΐας σε προεφηβικά κορίτσια,
- το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, καρκίνου του μαστού ή άλλου καρκίνου,
- το ατομικό ιατρικό ιστορικό, προηγούμενες ασθένειες και θεραπείες (ESMO, 2014),
- άλλες συνυπάρχουσες νόσους (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011),
- τη γενική κατάσταση και συγκεκριμένα σωματικά ενοχλήματα,
- την κατανόηση και τις προσδοκίες του θεραπευτικού πλάνου και

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

- τους λειτουργικούς περιορισμούς εξαιτίας της ασθένειας ή της θεραπείας (επιπτώσεις στον τρόπο ζωής) (ESMO, 2014).

Η φυσική εξέταση της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών υποδέχεται τη λήψη του νοσηλευτικού προσωπικού, και περιλαμβάνει (LeMone et al., 2011):

- μέτρηση των ζωτικών σημείων,
- αρχικά ευρήματα, τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για την αξιολόγηση τυχόν μεταβολών,
- τα εργαστηριακά δεδομένα,
- ειδικά σημεία και συμπτώματα και
- το επίπεδο ενυδάτωσης της ασθενούς και την κατάσταση θρέψης (αξιολόγηση σωματότυπου, ύψους, βάρους, αναλογία λίπους, μυϊκή μάζα).

2.3 Ο Ρόλος του Νοσηλεύτη/-τριας στη Διάγνωση του Καρκίνου των Ωοθηκών

Αναμφίβολα **πολύτιμος και ιδιαίτερα πολυσύνθετος** χαρακτηρίζεται ο ρόλος του νοσηλεύτη ογκολογίας στη διαγνωστική διαδικασία που λαμβάνει χώρα στην πάσχουσα με καρκίνο των ωοθηκών (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011).

Η **λεπτομερής πληροφόρηση**, βήμα προς βήμα, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα υποβληθεί η καρκινοπαθής, καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια αυτών αποτελεί την κύρια νοσηλευτική παρέμβαση στη διάγνωση (DeWit, 2011). Με την κατάλληλη πληροφόρηση δημιουργείται ισορροπία μεταξύ γνώσης και δημιουργία παράνοιας της ασθενούς (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011).

Ο νοσηλεύτης ογκολογίας που λαμβάνει μέρος στη διάγνωση, διασφαλίζει την έγγραφη πληροφορημένη συναίνεση της ασθενούς στις διάφορες εξετάσεις, ενώ με σαφήνεια και ακρίβεια δίδονται οι απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις της ασθενούς και του περιβάλλοντος της (Ιατράκης, 2010).

Μεταξύ άλλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνονται **η συγκέντρωση του απαραίτητου εξοπλισμού, η εξασφάλιση ιδιωτικότητας και η συνεχή ενθάρρυνση της ασθενούς για την αποβολή οποιονδήποτε συναισθημάτων φόβου και στρες** (Gupta et al., 2011).

Σε διάγνωση ασθενούς με προχωρημένο ή τελικού σταδίου καρκίνο των ωοθηκών, επιτακτική είναι η **παροχή ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας**, και **συμπαράστασης** στην ίδια και το οικογενειακό περιβάλλον (LeMone et al., 2011).

2.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στη Θεραπεία του Καρκίνου των Ωοθηκών

Η επιτυχία της αντικαρκινικής θεραπείας συνδέεται άρρηκτα με την επιτυχία της υποστηρικτικής αγωγής. Αφού τεθεί η διάγνωση, ο σχεδιασμός της θεραπείας αναλαμβάνεται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας συμπεριλαμβανομένων των ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ογκολόγους, χειρουργούς ογκολόγους, ακτινοθεραπευτές, εξειδικευμένες νοσοκόμες, κοινωνικούς λειτουργούς και εξειδικευμένους επαγγελματίες στον τομέα της αποκατάστασης. Ένα σημαντικό στοιχείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η αναγνώριση από τους λειτουργούς υγείας της μετάβασης από την κατάσταση της ασθενούς στην κατάσταση της επιβίωσης με καρκίνο των ωοθηκών (Ιατράκης, 2010: Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011: ESMO, 2014).

2.4.1 Προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς

Οι ενέργειες του νοσηλευτή/-τριας κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής προετοιμασίας είναι (Ιατράκης, 2010: Perry & Potter, 2012):

- προσανατολισμός της ασθενούς στο θάλαμο ή την προεγχειρητική αίθουσα,
- για την αποφυγή λάθους, τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι της ασθενούς με το ονοματεπώνυμό της και την κλινική στην οποία ανήκει,
- παροχή προεγχειρητικής διδασκαλίας, συμπεριλαμβανομένης της εξήγησης μετεγχειρητικών ασκήσεων, προετοιμασίας του δέρματος, των μέτρων ελέγχου του πόνου και της μετεγχειρητικής φροντίδας στην αίθουσα ανάνηψης και στο νοσηλευτικό τμήμα.
- εισαγωγή ενδοφλέβιου ή/και μόνιμου καθετήρα, ένα έχει δοθεί οδηγία,
- επιμελής προετοιμασία εντέρου,
- ελέγχεται ότι η ασθενής είναι νηστική, και λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία,
- σε περίπτωση λαπαροτομίας, χορήγηση προφυλακτικής ηπαρίνης σε γυναίκες >40ετών,
- αφαίρεση κοσμημάτων, τεχνητών οδοντοστοιχιών, υλικό στα νύχια και φακών επαφής,
- ελέγχεται η πληρότητα του φακέλου της ασθενούς,
- το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου μπορεί να γίνει 1-2 ώρες πριν από την επέμβαση, αν αυτή πρόκειται να αργήσει το ξύρισμα πραγματοποιείται στην αίθουσα προετοιμασίας του χειρουργείου,
- ένδυση της ασθενούς με χειρουργικά ρούχα, σκούφια και εσώρουχο μιας χρήσης,
- αν χρειάζεται, αντιθρομβωτικές κάλτσες,
- εμψύχωση της ασθενούς μέχρι την ώρα της μεταφοράς στο χειρουργείο,

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

- μισή ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα του χειρουργείου, γίνεται προνάρκωση της ασθενούς.

2.4.2 Προετοιμασία της ασθενούς κατά τη φάση της ανάνηψης

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την άμεση αποκατάσταση της ασθενούς στη φάση της ανάνηψης μετά τη χειρουργική επέμβαση είναι (Perry & Poter, 2012):

- ο έλεγχος του εξοπλισμού στο θαλαμίσκο της αίθουσας ανάνηψης/ μονάδας εντατικής,
- η άμεση σύνδεση της παροχής οξυγόνου, ο έλεγχος της ροής των ενδοφλέβιων υγρών, καθώς και η σύνδεση της παλμικής οξυμετρίας. Ακόμα, η σύνδεση οποιουδήποτε σωλήνα παροχέτευσης με παροχετεύσεις βαρύτητας, όπως συνίσταται. Η σύνδεση του monitoring της καρδιακής λειτουργίας και η εξασφάλιση ότι ο μόνιμος καθετήρας και ο σάκος συλλογής είναι ορατός.
- προσπάθεια να ξυπνήσει η ασθενής καλώντας το όνομα της ή ακουμπώντας την απαλά και μετακινώντας των ώμο της, εξηγώντας της ότι βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης,
- πλήρη αξιολόγηση των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά μέχρι τη σταθεροποίηση της ασθενούς,
- η διατήρηση ανοιχτών αεραγωγών, η ενθάρρυνση της ασθενούς για βήχα και βαθιές αναπνοές κάθε 15 λεπτά και αναρρόφηση του τεχνητού αεραγωγού και της στοματικής κοιλότητας για αποφυγή συσσώρευσης εκκρίσεων.
- αξιολόγηση της κυκλοφορίας του αίματος, επιθεωρώντας το χρώμα των νυχιών της, τους βλεννογόνους και το δέρμα, τη θερμοκρασία του σώματος και την τριχοειδική επαναπλήρωση,
- παρακολούθηση των υγρών των παροχετεύσεων και των ενδοφλέβιων καθετήρων για σημεία διήθησης, όπως οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα, ενόχληση και διαρροή ενδοφλέβιων υγρών,
- αξιολόγηση του πόνου και χορήγηση αναλγησίας, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού και
- ενημέρωση της ασθενούς για την πορεία της χειρουργικής επέμβασης και μεταφορά στο νοσηλευτικό τμήμα, κατόπιν ιατρικής εντολής.

2.4.3 Μετεγχειρητική Προετοιμασία της Ασθενούς

Οι ενέργειες του νοσηλευτή/-τριας κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής προετοιμασίας στη φάση της ανάρρωσης είναι (Ιατράκης, 2010:Perry & Poter, 2012):

- τελικός έλεγχος του εξοπλισμού στο δωμάτιο της ασθενούς (νεφροειδές για τυχόν έμετο, κρεβάτι σε υψηλή θέση, κλειδωμένες ρόδες),
- άμεση σύνδεση με οξυγονοθεραπεία και έλεγχος διατήρησης βατότητας αεραγωγού, χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών
- αξιολόγηση των υγρών της παροχέτευσης (χρώμα, περιεκτικότητα, ποσότητα) ανά 4 ή 8 ώρες,
- αξιολόγηση και αλλαγή των χειρουργικών επιδέσμων και παρακολούθηση για πρόοδο της επούλωσης των τομών,
- αξιολόγηση για κολπική αιμορραγία,
- ενθάρρυνση της ασθενούς για βήχα και βαθιές αναπνοές, χρησιμοποιώντας το μαξιλάρι ως νάρθηκα στην τομή, καθώς και παρότρυνση για εκτέλεση των μετεγχειρητικών ασκήσεων, ανά 1 ή 2 ώρες,
- παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων την πρώτη φορά που η ασθενής κάθεται ή στέκεται,
- εξασφάλιση αναλγησίας ή φαρμακευτικής ή οποιασδήποτε άλλης αγωγής, αν αυτή ανακουφίζει την ασθενή,
- προσπάθεια συστηματικής και προκαταβολικής αντιμετώπισης ήδη γνωστών προβλημάτων,
- γρήγορη αντιμετώπιση επιπλοκών της νόσου σε συνεργασία με ειδικούς, π.χ. εφαρμογή τοπικής ακτινοβολίας σε οστικό άλγος ή κάταγμα από οστικές μεταστάσεις,
- αντιμετώπιση της κατάθλιψης με ή μη φαρμακευτικά μέσα, όπως τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά,
- αξιολόγηση της επίτυχίας των διάφορων μεθόδων στην ασθενή, κατά διαστήματα, με «κύριο βαθμολογητή» την ίδια,
- συζήτηση με την ασθενή και το περιβάλλον της για πιθανές λύσεις και στρατηγικές που πρέπει να εφαρμοστούν. Εξηγήσεις ότι η ενδεχόμενη «υπερθεραπεία» δεν έχει νόημα, αν δεν καταλήγει σε συγκεκριμένα αποτελέσματα και
- συζήτηση της ασθενούς και της οικογένειάς της για αποφυγή ανύψωσης βαρέων αντικειμένων, ανάπαυση και αποφυγή αντικειμένων στον κόλπο ακόμα και της συνουσίας εντός 6 έως 8 εβδομάδων ή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

2.4.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στη Χημειοθεραπεία της Ασθενούς με Καρκίνο των Ωοθηκών

Η χημειοθεραπεία είναι ακόμη μια θεραπεία εκλογής του καρκίνου. Χορηγείται από του στόματος, ενδομυϊκά και ενδοφλέβια. Πολλές είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Κατά τη περίοδο χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει τη δική του προστασία για αποφυγή τοξικότητας, όπως να φορά γάντια, μάσκες και ειδικό ρουχισμό, από την προετοιμασία αυτών έως και το πέρας της χημειοθεραπείας (LeMone et al., 2011).

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία αφορά την αναγνώριση και την αντιμετώπιση των τοξικών ή άλλων παρενεργειών των φαρμάκων και την προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης. Σε αυτές περιλαμβάνονται (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011: LeMone et al., 2011):

- εκτίμηση και παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία και συμπτώματα τοξικών παρενεργειών,
- έλεγχος και φροντίδα της περιοχής του καθετήρα για τυχόν λοίμωξη, διήθηση ιστών και απόφραξη του καθετήρα,
- αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας (ναυτία, έμετος, διάρροια, φλεγμονή και εξέλκωση του βλεννογόνου του στόματος, αλωπεκία, δερματικές αλλοιώσεις, ανορεξία) με κατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις,
- ενθάρρυνση της ασθενούς για αυξημένη πρόσληψη υγρών για την διευκόλυνση της αποβολής των φαρμάκων από τον οργανισμό και ισορροπημένη διατροφή,
- συμβουλή για ανάπαυση μεγάλων χρονικών διαστημάτων για καλύτερη ανοχή στη θεραπεία και την πρόληψη εμφάνισης άλλων ασθενειών,
- εκπαίδευση των ασθενών στην αναγνώριση των επιπλοκών και στη στιγμή που πρέπει να ειδοποιηθεί ο ιατρός,
- σε περίπτωση πτώσεις των λευκών αιμοσφαιρίων, ο νοσηλευτής απομονώνει την ασθενή σε άλλο θάλαμο και περιορίζει την επαφή με άλλα άτομα,
- αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβληματισμών της ασθενούς, όπως η συναισθηματική εξάντληση,
- ενημέρωση της ασθενούς για τους λειτουργικούς περιορισμούς της θεραπείας, οι οποίοι είναι περιορισμένη ικανότητα εργασίας και φροντίδας της οικογένειας, λιγότερες οικιακές ασχολίες, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, αδυναμία συμμετοχής σε κοινωνικο-ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

- Σχεδιασμός προγράμματος από το νοσηλευτή/-τρια ενός προγράμματος επιστροφής στη δουλειά με λιγότερες ώρες απασχόλησης, λιγότερο κουραστικά καθήκοντα, ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας για βοήθεια στις οικιακές αρμοδιότητες.
- Αντιμετώπιση της διαταραγμένης εικόνας του σώματος που οφείλεται στην αλωπεκία και την απώλεια βέρους,
- ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων, φόβων και προβληματισμών,
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή στην αυτοφροντίδα και τη διατήρηση του ελέγχου της ζωής της.

2.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή/-τριας στην Ψυχολογία της Ασθενούς με Καρκίνο των Ωοθηκών

Η περίοδος μετά το τέλος της θεραπείας σηματοδοτείται από τα αισθήματα ανησυχίας που βιώνουν οι επιβιώσαντες ασθενείς, για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους, καθώς και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης και απογοήτευσης. Αντιθέτως, κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν αισθήματα αυξημένης αυτοεκτίμησης, απόδοσης μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, καλής πρόθεσης και γαλήνης (Λαβδανίτη & Αβραμίου, 2011). Συνεπώς, η ποιότητα ζωής πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε κάθε σχεδιασμό της αντιμετώπισης της συστηματικής νόσου. Οι αρχές της ογκολογίας είναι: ίαση μερικές φορές, παράταση της ζωής συχνά και ανακούφιση πάντοτε (Ιατράκης, 2010). Η αναγκαιότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των κοινωνικών και ψυχολογικών ανησυχιών που σχετίζονται με τη σεξουαλική ζωή και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των επιζώντων από γυναικολογικό καρκίνο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της παροχής εξατομικευμένης και ποιοτικής φροντίδας από τους νοσηλευτές ογκολογίας (Abbott-Anderson και Kwekkebo, 2012).

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ποικίλλουν κατά περίπτωση ασθενούς. Σε αυτές περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων αυτές της ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης και των σχέσεων, της αυτο-εικόνας και της σεξουαλικής λειτουργίας, της ψυχολογικής δυσφορίας και της λειτουργίας, του φόβου του θανάτου / επανάληψης, και της προσωπικής ανάπτυξης και της αντιμετώπισης. Οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές περιλαμβάνουν φυσικές επιπλοκές και παρενέργειες της νόσου, συναισθήματα απομόνωσης, χαμηλά επίπεδα σεξουαλικής δραστηριότητας και ικανοποίησης, ένταση στις προσωπικές σχέσεις, υψηλά επίπεδα αγωνίας, κατάθλιψης και άγχους, ιδιαίτερα στους νεότερους επιζώντες. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης, η ενίσχυση των προσωπικών σχέσεων και η πνευματική ανάπτυξη φαίνεται να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Ronald και συν., 2013).

Ο καρκινικός πόνος συγκαταλέγεται στις κύριες, αν όχι η κύρια ανεπιθύμητη παρενέργεια που ταλαιπωρεί τις καρκινοπαθείσες. Συνυπάρχει με τον καρκίνο και την προοδευτικά εξελισσόμενη υπόσταση του. Διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο πόνο. Συνδέεται με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις λόγω του παροξυσμικού του χαρακτήρα και τα ψυχολογικά προβλήματα που επιφέρει. Έχει δυναμικό χαρακτήρα, απαιτεί διαρκεί επαναξιολόγηση και αραίωση μεταξύ των δόσεων από τους νοσηλευτές για αποφυγή εθισμού (Τ.Ε.Ι Ηπείρου, 2014). Η στρατηγική που εφαρμόζεται συνήθως είναι το ξεκίνημα με τη χορήγηση του ασθενέστερου αναλγητικού σε συστηματική βάση, προχωρώντας στο αμέσως ισχυρότερο αναλγητικό αν το προηγούμενο δεν κρίνεται πια αρκετό. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι αυτά της μορφίνης και της φαιντανύλης (Ιατράκης, 2010).

Οι επιζήσασες και οι νοσούσες γυναίκες του γυναικολογικού καρκίνου βιώνουν ένα ευρύ φάσμα σεξουαλικών ανησυχιών μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Οι σωματικές ανησυχίες αφορούσαν τη δυσπαρευνία, αλλαγές στον κόλπο και τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, οι ψυχολογικές σχετιζόνταν με τη μειωμένη λίμπιντο, αλλαγές στην εικόνα του σώματος, άγχος για τη σεξουαλική απόδοση και τη διατήρηση του προηγούμενου σεξουαλικού τους ρόλου. Οι κοινωνικές έγκειται στη συναισθηματική αποστασιοποίηση από το σύντροφο και την αντιληπτή αλλαγή στο επίπεδο του συντρόφου στο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Η αυτοεκτίμηση συχνά πλήττεται από την απώλεια των μαλλιών ογκολογίας (Abbott-Anderson και Kwekkebbo, 2012). Μέτρα που μπορούν να ληφθούν από τους νοσηλευτές είναι η βοήθεια δημιουργίας ενός πλάνου αντιμετώπισης και ανακούφισης με χρήση φαρμάκων και αλοιφών για τις στοματίτιδες και τις γαστρεντερολογικές ενοχλήσεις. Ενθάρρυνση για παροδική εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων. Παράλληλα, παρότρυνση για έκφραση συναισθημάτων και σεξουαλικών σκέψεων στο σύντροφό τους. Έπειτα από ιατρική οδηγία, μπορούν να προσφύγουν σε εναλλακτικές σεξουαλικές στάσεις, ενώ μπορούν να συντονίσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε στιγμές ξεκούρασης (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011: Abbott-Anderson και Kwekkebbo, 2012).

Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσασες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011).

Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται κυρίως από την επιλογή των παρεμβάσεων και την αποδοχή αυτών από τις ασθενείς. Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που οφείλουν να εφαρμόζουν οι νοσηλευτές/-τριες ογκολογίας αφορούν (Λαβδανίτη & Αβραμικά, 2011):

- την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της

επιβίωσης, περιλαμβάνοντας ατομικά μαθήματα, εργαστήρια και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπροσθέτως, γραπτό υλικό και έγκυρο διαδικτυακό υλικό με αναφορές στην επιβίωση.

- Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Απαραίτητη η συμμετοχή σε ατομικές συναντήσεις, η οικογενειακή συμβουλευτική και η υποστήριξη από και για τον σύντροφο, αλλά και για όλη την οικογένεια. Έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των γυναικών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Τέλος, οι γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών τελικού σταδίου ή επικείμενου θανάτου πραγματοποιούν μια άλλη μεταστροφή. Συνήθως αρνούνται οποιασδήποτε ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, επιλέγοντας την παραμονή τους στο σπίτι. Στις περιπτώσεις αυτές, η συμβουλή που δίνεται είναι η επανένταξη στην καθημερινότητα και η παρακολούθηση ενός προγράμματος παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας (LeMone et al., 2011).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ:

Νοσηλευτικές Διεργασίες Στον Καρκίνο Των Ωοθηκών Και Νεότερα Ερευνητικά Δεδομένα

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πιο δύσκολη πρόκληση της γυναικολογικής ογκολογίας. Παρά τις εξελίξεις των χειρουργικών τεχνικών και της χημειοθεραπείας, δεν έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στη θεραπεία του ωοθηκικού καρκίνου, με συνέπεια η νόσος να καθίσταται υπεύθυνη για τους περισσότερους γυναικολογικούς θανάτους παγκοσμίως. Όπως συμβαίνει σε κάθε γεγονός της ανθρώπινης ύπαρξης, έτσι και στην περίπτωση της υγείας, αναζητούνται τα αίτια και γίνονται προσπάθειες για κατανόηση ως φαινόμενο. Ο ρόλος του πολιτισμικού πλαισίου στην αντίληψη και την περιγραφή της ασθένειας είναι σημαντικός και κάποιες από τις διαστάσεις πολιτιστικής μορφοποίησης της ασθένειας είναι: η εμπειρία του πόνου, η διάκριση των συμπτωμάτων και τα ερμηνευτικά μοντέλα της ασθένειας.

Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση και την καταγραφή όλων των παραμέτρων και των νεότερων δεδομένων της έννοιας της ωοθηκικής νεοπλασίας, των συμπτωμάτων της, και των αιτιών της, ώστε να γίνει η πρόωμη διάγνωση και κατ' επέκταση η πρόληψη και η άμεση θεραπεία, σύμφωνα πάντα με τις παρεμβάσεις του νοσηλευτή/-τριας.

Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, Google Scholar, MedlinePlus και Google Books. Το υλικό της μελέτης συγκεντρώθηκε από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία επτά χρόνια και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες, αποκλείοντας περιττές πληροφορίες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και των άρθρων, ενώ χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Για την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά, όπως : καρκίνος των ωοθηκών (ovarian cancer), επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών (epithelial ovarian cancer), πρόληψη (prevention), θεραπεία (therapy), σεξουαλικότητα (sexuality), νοσηλευτική (nursing), πόνος (pain), παρηγορητική φροντίδα (palliative care), υποστηρικτική φροντίδα (supporting care), χημειοθεραπεία (chemotherapy).

Αποτελέσματα

Ovarian cancer: epidemiology and risk factors

Author: La Vecchia, C.

European Journal of Cancer Prevention, 2017.

Abstract:

The present overview of ovarian cancer epidemiology summarizes the main results for a network of case–control studies in Italy and from the Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. There are consistent inverse relations between parity, oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer. For other menstrual and hormonal factors (i.e. early age at menarche and late menopause), there are established associations, but of limited impact on ovarian cancer incidence on a population level. Serous and endometrioid ovarian cancers (but not mucinous or clear cell types) are related to current and recent use of hormone replacement therapy in menopause. There are no strong associations with alcohol and tobacco overall, but a direct link for tobacco with (borderline) mucinous cancers, of limited impact, however, on overall ovarian cancer mortality. There are direct associations of ovarian cancer risk with height and BMI, as well as possible relations with selected dietary factors – in the absence, however, of consistent findings – and a possible inverse association with physical activity. There is a strong association with a family history of ovarian cancer (and a few selected other neoplasms, including colorectum and endometrium). Recognized risk factors explain only a limited proportion of ovarian cancer cases on a population level. A key reason for the recent favourable trends of ovarian cancer incidence and mortality in several high-income countries is the widespread use of oral contraceptive in the generations born after 1930.

Μετάφραση

Καρκίνος ωοθηκών: επιδημιολογία και παράγοντες κινδύνου

Περίληψη:

Η παρούσα επισκόπηση της επιδημιολογίας του καρκίνου των ωοθηκών συνοψίζει τα κυριότερα αποτελέσματα για ένα δίκτυο μελετών περίπτωσης-ελέγχου στην Ιταλία και της Συνεργατικής Ομάδας σχετικά με επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο των ωοθηκών. Υπάρχουν συνεχείς αντίστροφες σχέσεις μεταξύ της ισοτιμίας, της χρήσης αντισυλληπτικών από το στόμα και του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών. Για άλλους εμμηνορρυσιακούς και ορμονικούς παράγοντες (δηλαδή πρόωγη ηλικία σε εμμηναρχή και σε όψιμη εμμηνόπαυση), υπάρχουν καθιερωμένες ενώσεις, αλλά έχουν περιορισμένο αντίκτυπο στην εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών σε πληθυσμιακό επίπεδο. Οι ορώδης καρκίνοι των ωοθηκών και οι ωοθηκικοί όγκοι που σχετίζονται με ενδομητρώσεις (αλλά όχι βλεννογόνοι ή διαυγείς τύποι κυττάρων) σχετίζονται με την τρέχουσα και πρόσφατη χρήση της ορμονομεταφοράς στην εμμηνόπαυση. Δεν υπάρχουν ισχυροί συνδυασμοί με το αλκοόλ και τον καπνό γενικότερα, αλλά ένας άμεσος σύνδεσμος για τον καπνό με (οριακούς) βλεννογόνους καρκίνους, με περιορισμένο αντίκτυπο, ωστόσο, στη συνολική θνησιμότητα του καρκίνου των ωοθηκών. Υπάρχουν άμεσες συσχετίσεις του κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών με το ύψος και το Δ.Μ.Σ., καθώς και πιθανές σχέσεις με επιλεγμένους διαιτητικούς παράγοντες - εντούτοις, χωρίς συνεπή ευρήματα - και μια πιθανή αντίστροφη συσχέτιση με τη σωματική δραστηριότητα. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών (και μερικά επιλεγμένα άλλα νεοπλάσματα, συμπεριλαμβανομένου του κολπικού ορθού και του ενδομητρίου). Οι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου εξηγούν μόνο ένα περιορισμένο ποσοστό κρουσμάτων καρκίνου των ωοθηκών σε πληθυσμιακό επίπεδο. Ένας βασικός λόγος για τις πρόσφατες ευνοϊκές τάσεις εμφάνισης και θνησιμότητας του καρκίνου των ωοθηκών σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος είναι η ευρεία χρήση του αντισυλληπτικού από το στόμα στις γενιές που γεννήθηκαν μετά το 1930.

A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer

Author: Mark, H., Ebell, M., B., Culp, T., J., Radke, M.

American Journal of Preventive Medicine, 2016.

Abstract

CONTEXT: Ovarian cancer is common and has significant morbidity and mortality, partly because it is often diagnosed at a late stage. This study sought to determine the accuracy of individual symptoms and combinations of symptoms for the diagnosis of ovarian cancer.

EVIDENCE ACQUISITION: MEDLINE was searched, identifying 2,492 abstracts, reviewing 71 articles in full, and ultimately identifying 17 studies published between 2001 and 2014 that met the inclusion criteria. Data were abstracted by two researchers, and quality was assessed using the QUADAS-2 criteria adapted to the study question. Bivariate random effects meta-analysis was used where possible, and heterogeneity and threshold effects were explored using receiver operating characteristic curves. Data were analyzed in 2015.

EVIDENCE SYNTHESIS: Most studies were at high risk of bias, primarily because of case-control design or differential verification bias. The highest positive likelihood ratios (LRs+) were found for presence of abdominal mass (LR+, 30.0); abdominal distension or increased girth (LR+, 16.0); abdominal or pelvic pain (LR+, 10.4); abdominal or pelvic bloating (LR+, 9.3); loss of appetite (LR+, 9.2); and a family history of ovarian cancer (LR+, 7.5). No symptoms were helpful at ruling out ovarian cancer when absent. The Ovarian Cancer Symptom Index was validated in five studies and (after excluding one outlier with different inclusion criteria) was 63% sensitive and 95% specific (LR+, 12.6; LR-, 0.39). Two other symptom scores had not been validated prospectively.

CONCLUSIONS: Several individual signs and symptoms significantly increase the likelihood of ovarian cancer when present. More work is needed to validate decision rules and develop new decision support tools integrating risk factors, symptoms, and possibly biomarkers to identify women at increased ovarian cancer risk.

Μετάφραση

Μια συστηματική ανασκόπηση των συμπτωμάτων για τη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

ΠΛΑΙΣΙΟ: Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι κοινός και έχει σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, εν μέρει επειδή συχνά διαγιγνώσκεται σε ένα μεταγενέστερο στάδιο. Αυτή η μελέτη προσπάθησε να προσδιορίσει την ακρίβεια των μεμονωμένων συμπτωμάτων και συνδυασμών συμπτωμάτων για τη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών.

ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ: Το MEDLINE εξετάστηκε, εντοπίζοντας 2.492 περιλήψεις, ανασκόπηση 71 άρθρων στο σύνολό τους και τελικά προσδιορίζοντας 17 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2001 και 2014 και πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Τα δεδομένα αφαιρέθηκαν από δύο ερευνητές και η ποιότητα αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τα κριτήρια QUADAS-2 προσαρμοσμένα στην ερώτηση μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε μετα-ανάλυση αμφίβιων τυχαίων αποτελεσμάτων όπου ήταν εφικτό, και ερευνήθηκαν φαινόμενα ετερογένειας και κατωφλίου χρησιμοποιώντας λειτουργικές χαρακτηριστικές καμπύλες δέκτη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν το 2015.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ: Οι περισσότερες μελέτες ήταν σε υψηλό κίνδυνο μεροληψίας, κυρίως λόγω του σχεδιασμού ελέγχου περιπτώσεων ή της μεροληψίας διαφορικής επαλήθευσης. Οι υψηλότερες αναλογίες θετικής πιθανότητας (LRs +) βρέθηκαν για την ύπαρξη κοιλιακής μάζας (LR +, 30,0). Κοιλιακή διάταση ή αυξημένη περίμετρος (LR +, 16,0). Κοιλιακός ή πυελικός πόνος (LR +, 10,4). Κοιλιακό ή πυελικό φούσκωμα (LR +, 9,3). Απώλεια της όρεξης (LR +, 9,2). Και ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών (LR +, 7,5). Δεν υπήρξαν συμπτώματα που να βοηθούν στην εξάλειψη του καρκίνου των ωοθηκών όταν απουσιάζουν. Ο δείκτης συμπτωμάτων του καρκίνου των ωοθηκών επικυρώθηκε σε πέντε μελέτες και μετά από την εξαίρεση ενός εξωλέμβιου με διαφορετικά κριτήρια συμπερίληψης ήταν 63% ευαίσθητο και 95% ειδικό (LR +, 12,6, LR-, 0,39). Δύο άλλες βαθμολογίες συμπτωμάτων δεν είχαν επικυρωθεί μελλοντικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αρκετά μεμονωμένα σημεία και συμπτώματα αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Απαιτείται περισσότερη δουλειά για την επικύρωση των κανόνων απόφασης και την ανάπτυξη νέων εργαλείων υποστήριξης αποφάσεων που ενσωματώνουν παράγοντες κινδύνου, συμπτώματα και πιθανώς βιοδείκτες για τον εντοπισμό των γυναικών σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών.

Diagnosis and Management of Ovarian Cancer.

Author: Doubeni, A., R., Chyke A. & Myers, A., E.

American Family Physician, 2016.

Abstract: 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.

Μετάφραση

Διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη: Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο πιο θανατηφόρος γυναικολογικός καρκίνος. Λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς επιβιώνουν για περισσότερο από πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Ο καρκίνος των ωοθηκών επηρεάζει τις γυναίκες όλων των ηλικιών αλλά συνήθως διαγιγνώσκεται μετά την εμμηνόπαυση. Περισσότερο από το 75% των προσβεβλημένων γυναικών διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, επειδή η νόσος του πρώιμου σταδίου είναι συνήθως ασυμπτωματική και τα συμπτώματα της νόσου του τελικού σταδίου είναι μη συγκεκριμένα. Οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η πρόοδος της ηλικίας και του οικογενειακού ιστορικού του καρκίνου των ωοθηκών και του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο των ωοθηκών πρέπει να υποβληθούν σε φυσική εξέταση, υπεραγωγική υπερηχογραφία και μέτρηση βιολογικών δεικτών, όπως το αντιγόνο καρκίνου 125. Εάν τα αποτελέσματα είναι ύποπτα για καρκίνο των ωοθηκών, η ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε γυναικολογικό ογκολόγο. Παρά το χαμηλό ποσοστό της πρώιμης διάγνωσης, οι κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν κατά της συστηματικής εξέτασης του καρκίνου των ωοθηκών σε γυναίκες μέσου κινδύνου, επειδή η εξέταση, συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων ρουτίνας της πυέλου, είναι αναποτελεσματική και σχετίζεται με βλάβες. Ωστόσο, μια πρόσφατη δοκιμή βρήκε ένα πιθανό όφελος από την ετήσια εξέταση χρησιμοποιώντας έναν αλγόριθμο βασισμένο σε μετρήσεις σειριακού αντιγόνου 125 που ακολουθείται από ενδοκολπική υπερηχογραφία για γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο, όπως καθορίζεται από τον αλγόριθμο. Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό με αυξημένο κίνδυνο πρέπει να παραπέμπονται για γενετική συμβουλή και, εάν εντοπιστούν γενετικές μεταλλάξεις (π.χ. μεταλλάξεις BRCA), μπορεί να ληφθεί υπόψη η διμερής σαλπινγωθηκτομή για τη μείωση του κινδύνου. Στις γυναίκες μεσαίου και υψηλού κινδύνου, η χρήση μακροχρόνιας ορμονικής αντισύλληψης μειώνει τον κίνδυνο κατά περίπου 50%. Η θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς ενδοπεριτοναϊκή και ενδοφλέβια χημειοθεραπεία. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν σημαντικούς ρόλους στην παρακολούθηση μετά τη θεραπεία και στη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους.

Clinicopathological Characteristics and Prognostic Factors of Synchronous Endometrial and Ovarian Cancers-A Single-Institute Review of 43 Cases.

Authors: Jain, V., Sekhon, R., Pasricha, S., Giri, S., Modi, K., B., Shrestha, E., Ram, D., Rawal, S.

International Journal of Gynecological Cancer, 2017

Abstract

OBJECTIVES: The objectives of our study were to demonstrate the clinicopathological characteristics and determine the prognostic factors for women with synchronous primary cancers of the endometrium and ovary.

METHODS: A retrospective analysis of 43 pathologically proven cases of synchronous primary endometrial and ovarian cancers diagnosed between January 2005 and December 2015 was carried out. Patients with uterine sarcomas, carcinosarcomas, borderline tumors, and nonepithelial tumors of the ovary and patients who received neoadjuvant chemotherapy were excluded from the study. Disease-free survival (DFS) and overall survival (OS) rates were calculated using the Kaplan-Meier method. Multivariate analysis to determine independent prognostic factors was performed using the Cox regression model.

RESULTS: Mean age at diagnosis was 48.49 years. The most common presenting symptom was abnormal uterine bleeding in 58.2% of the patients. Nineteen patients (44.2%) were obese, and 13 patients (30.2%) were overweight. Twelve patients (30%) were nulliparous, and 25 (58.2%) were premenopausal; 76.7% of the patients received adjuvant treatment after surgery. Mean follow-up period was 48.9 months. Twelve patients developed recurrence, and 7 patients died of recurrent disease. The 5-year DFS for all patients was 65.13%, and the 5-year OS was 79.75%. The 118-month DFS and 118-month OS were 65.13% and 72.50%, respectively. On multivariate analysis, grade 3 disease for both endometrial and ovarian cancers and presence of lymphovascular space invasion were associated with significantly worse 118-month DFS and OS, respectively.

CONCLUSIONS: Women with synchronous primary endometrial and ovarian cancers are young, nulliparous, obese, and premenopausal and have a favorable overall prognosis. Grade 3 disease at both sites and presence of lymphovascular space invasion are independent prognostic factors for recurrence and survival, respectively.

Μετάφραση

Κλινικο-παθολογικά Χαρακτηριστικά και Προγνωστικοί Παράγοντες του Σύγχρονου Καρκίνου του Ενδομητρίου και των Ωοθηκών - Μια Επισκόπηση Ενός Ινστιτούτου 43 Περιπτώσεων.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ: Οι στόχοι της μελέτης μας ήταν να επιδείξουμε τα κλινικο-παθολογικά χαρακτηριστικά και να καθορίσουμε τους προγνωστικούς παράγοντες για τις γυναίκες με σύγχρονους πρωτεύοντες καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική ανάλυση των 43 παθολογικά αποδεδειγμένων περιπτώσεων σύγχρονων πρωτοπαθών καρκίνων ενδομητρίου και ωοθηκών που διαγνώστηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2005 και Δεκεμβρίου 2015. Ασθενείς με σαρκώματα μήτρας, καρκινοσάρκωμα, οριακούς όγκους και μη-επιθηλιακούς όγκους των ωοθηκών και ασθενείς που έλαβαν νεοεξουσιοδοτημένη χημειοθεραπεία αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Τα ποσοστά επιβίωσης χωρίς νόσους (DFS) και ο συνολικός ρυθμός επιβίωσης (OS) υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Kaplan-Meier. Διεξήχθη πολυμεταβλητή ανάλυση για τον προσδιορισμό ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων χρησιμοποιώντας το μοντέλο παλινδρόμησης Cox.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία στη διάγνωση ήταν 48,49 έτη. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα παρουσίασης ήταν η μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας στο 58,2% των ασθενών. Δεκαέξι ασθενείς (44,2%) ήταν παχύσαρκοι και 13 ασθενείς (30,2%) ήταν υπέρβαροι. Δώδεκα ασθενείς (30%) ήταν μηδενικοί και 25 (58,2%) ήταν προεμμηνοπαυσιακοί. Το 76,7% των ασθενών έλαβαν ανοσοενισχυτική θεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 48,9 μήνες. Δώδεκα ασθενείς εμφάνισαν υποτροπή και 7 ασθενείς πέθαναν από υποτροπιάζουσα νόσο. Ο πενταετής DFS για όλους τους ασθενείς ήταν 65,13% και το 5ετές λειτουργικό σύστημα ήταν 79,75%. Το 118μηνο DFS και το 118μηνο λειτουργικό σύστημα ήταν 65,13% και 72,50% αντίστοιχα. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η ασθένεια βαθμού 3 για καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών και η εμφάνιση λεμφοαγγειακής εισβολής στο διάστημα συσχετίστηκαν με σημαντικά χειρότερη DFS και OS των 118 μηνών, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες με σύγχρονους πρωτογενείς καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών είναι νέοι, γενετικοί, παχύσαρκοι και προεμμηνοπαυσιακοί και έχουν ευνοϊκή συνολική πρόγνωση. Η ασθένεια βαθμού 3 και στις δύο θέσεις και η παρουσία λεμφοαγγειακής εισβολής στο διάστημα είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για υποτροπή και επιβίωση, αντίστοιχα.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Η έρευνα υποδεικνύει ότι ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί μία πολυπαραγοντικής αιτιολογίας νόσο. Οι προγνωστικοί παράγοντες μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, του ορθού, του ενδομητρίου και του κόλπου, καθώς και την ευρεία χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από του στόματος στις γενιές μετά το 1930. Φαίνεται επίσης ότι διαιτητικές και σωματομετρικές καταστάσεις (Δ.Μ.Σ. και ύψος), το κάπνισμα και οι οινοπνευματώδεις συνήθειες έχουν περιορισμένο αντίκτυπο στην επιρρέπεια εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, σε πληθυσμιακό επίπεδο. Σε επίπεδο διάγνωσης, τα μόνα εργαλεία για την ανίχνευση των ωοθηκικών όγκων είναι η ενδοκολπική υπερηχογραφία, η μέτρηση βιολογικών δεικτών και η φυσική εξέταση. Περαιτέρω ανάπτυξη νέων εργαλείων ανίχνευσης των σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου των ωοθηκικών νεοπλασιών προκειμένου να βελτιωθεί η ευαισθησία της διαγνωστικής εξέτασης.

Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer

Authors: Walker, J.L., Powell, C., B., Chen, L., Carter, J., Bae- Jump, L., Parker, L.P., Borowsky, M., E., Gibb, R.

American Cancer Society, 2015.

Abstract

Mortality from ovarian cancer may be dramatically reduced with the implementation of attainable prevention strategies. The new understanding of the cells of origin and the molecular etiology of ovarian cancer warrants a strong recommendation to the public and health care providers. This document discusses potential prevention strategies, which include 1) oral contraceptive use, 2) tubal sterilization, 3) risk-reducing salpingo-oophorectomy in women at high hereditary risk of breast and ovarian cancer, 4) genetic counseling and testing for women with ovarian cancer and other high-risk families, and 5) salpingectomy after childbearing is complete (at the time of elective pelvic surgeries, at the time of hysterectomy, and as an alternative to tubal ligation). The Society of Gynecologic Oncology has determined that recent scientific breakthroughs warrant a new summary of the progress toward the prevention of ovarian cancer. This review is intended to emphasize the importance of the fallopian tubes as a potential source of high-grade serous cancer in women with and without known genetic mutations in addition to the use of oral contraceptive pills to reduce the risk of ovarian cancer.

Μετάφραση

Εταιρεία Γυναικολογικών Ογκολογικών συστάσεων για την πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

Η θνησιμότητα από τον καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να μειωθεί δραματικά με την εφαρμογή επιτυχημένων στρατηγικών πρόληψης. Η νέα κατανόηση των κυττάρων προέλευσης και η μοριακή αιτιολογία του καρκίνου των ωοθηκών δικαιολογεί μια ισχυρή σύσταση στους δημόσιους και υγειονομικούς φορείς. Το παρόν έγγραφο περιγράφει πιθανές στρατηγικές πρόληψης, οι οποίες περιλαμβάνουν 1) χρήση από του στόματος αντισυλληπτικού, 2) αποστείρωση σαλπίγγων, 3) σαλπιδό-ωοθηκεκτομή μείωσης του κινδύνου σε γυναίκες με υψηλό κληρονομικό κίνδυνο καρκίνου του μαστού και ωοθηκών, 4) γενετική συμβουλευτική και δοκιμή γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών και άλλες οικογένειες υψηλού κινδύνου και 5) η σαλπγγεκτομή μετά την τεκνοποίηση είναι πλήρης (κατά τη στιγμή των εκλεκτικών πυελικών χειρουργείων, κατά τη διάρκεια της υστερεκτομής και ως εναλλακτική λύση στην σπλαχνική σύνδεση). Η Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας έχει καθορίσει ότι οι πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις δικαιολογούν μια νέα περίληψη της προόδου προς την πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών. Η ανασκόπηση αυτή αποσκοπεί να δώσει έμφαση στη σημασία των σαλπίγγων ως πιθανής πηγής ορώδους καρκίνου υψηλού βαθμού σε γυναίκες με και χωρίς γνωστές γενετικές μεταλλάξεις, επιπλέον, και της χρήσης από του στόματος αντισυλληπτικών χαπιών για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών.

Salpingectomy as a Means to Reduce Ovarian Cancer Risk

Authors: Daly, M., B., Dresher, C., W., Yates, M., S., Jeter, J., M., Karlan, B., Y., Alberts, S., D. & Lu, H., K.

American Association for Cancer Research, 2015

Abstract

Bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) has become the standard-of-care for risk reduction in women at hereditary risk of ovarian cancer. Although this procedure significantly decreases both the incidence of and mortality from ovarian cancer, it affects quality of life, and the premature cessation of ovarian function may have long-term health hazards. Recent advances in our understanding of the molecular pathways of ovarian cancer point to the fallopian tube epithelium as the origin of most high-grade serous cancers (HGSC). This evolving appreciation of the role of the fallopian tube in HGSC has led to the consideration of salpingectomy alone as an option for risk management, especially in premenopausal women. In addition, it is postulated that bilateral salpingectomy with ovarian retention (BSOR), may have a public health benefit for women undergoing benign gynecologic surgery. In this review, we provide the rationale for salpingectomy as an ovarian cancer risk reduction strategy.

Μετάφραση

Η σαλπιδό-ωοθηκεκτομή ως μέσο για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών

Περίληψη

Η διμερής σαλπιδό-ωοθηκεκτομή (ΔΣΩ) έχει γίνει το πρότυπο φροντίδας για τη μείωση του κινδύνου σε γυναίκες με κληρονομικό κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών. Παρόλο που η διαδικασία αυτή μειώνει σημαντικά τόσο την επίπτωση όσο και τη θνησιμότητα από τον καρκίνο των ωοθηκών, επηρεάζει την ποιότητα ζωής και η πρόωρη διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας μπορεί να έχει μακροπρόθεσμους κινδύνους για την υγεία. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην κατανόησή μας για τις μοριακές οδούς του καρκίνου των ωοθηκών καταδεικνύουν το επιθήλιο των σαλπίγγων ως την προέλευση των περισσότερων καρκίνων υψηλής ραδιενέργειας (ΚΥΡΕ). Αυτή η εξελισσόμενη εκτίμηση του ρόλου του σαλπινγικού σωλήνα στην ΚΥΡΕ έχει οδηγήσει στην εξέταση μόνο της σαλπινγεκτομής ως επιλογή για τη διαχείριση του κινδύνου, ειδικά στις γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση. Επιπλέον, θεωρείται ότι η διμερής σαλπινγεκτομή με κατακράτηση ωοθηκών (ΔΣΕΩ) μπορεί να έχει όφελος στη δημόσια υγεία για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε καλοήγη γυναικολογική χειρουργική. Σε αυτή την ανασκόπηση, παρέχουμε το σκεπτικό για την σαλπινγεκτομή ως στρατηγική για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών.

Risk of breast cancer after a diagnosis of ovarian cancer in BRCA mutation carriers: Is preventive mastectomy warranted?

Authors: McGee, J., Giannakeas, V., Karlan, B., Lubinski, J., Gronwald, J., Rosene, B., McLaughlin, M., Risch, H., Sun, P., Foulkes, W. D. & Neuhausen, S. L.
Gynecologic Oncology, 2017

Abstract

OBJECTIVE: Preventive breast surgery and MRI screening are offered to unaffected BRCA mutation carriers. The clinical benefit of these two modalities has not been evaluated among mutation carriers with a history of ovarian cancer. Thus, we sought to determine whether or not BRCA mutation carriers with ovarian cancer would benefit from preventive mastectomy or from MRI screening.

METHODS: First, the annual mortality rate for ovarian cancer patients was estimated for a cohort of 178 BRCA mutation carriers from Ontario, Canada. Next, the actuarial risk of developing breast cancer was estimated using an international registry of 509 BRCA mutation carriers with ovarian cancer. A series of simulations was conducted to evaluate the reduction in the probability of death (from all causes) associated with mastectomy and with MRI-based breast surveillance. Cox proportional hazards models were used to evaluate the impacts of mastectomy and MRI screening on breast cancer incidence as well as on all-cause mortality.

RESULTS: Twenty (3.9%) of the 509 patients developed breast cancer within ten years following ovarian cancer diagnosis. The actuarial risk of developing breast cancer at ten years post-diagnosis, conditional on survival from ovarian cancer and other causes of mortality was 7.8%. Based on our simulation results, among all BRCA mutation-carrying patients diagnosed with stage III/IV ovarian cancer at age 50, the chance of dying before age 80 was reduced by less than 1% with MRI and by less than 2% with mastectomy. Greater improvements in survival with MRI or mastectomy were observed for women who had already survived 10 years after ovarian cancer, and for women with stage I or II ovarian cancer.

CONCLUSIONS: Among BRCA mutation-carrying ovarian cancer patients without a personal history of breast cancer, neither preventive mastectomy nor MRI screening is warranted, except for those who have survived ovarian cancer without recurrence for ten years and for those with early stage ovarian cancer.

Μετάφραση

Ο Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά από διάγνωση καρκίνου των ωοθηκών σε φορείς μετάλλαξης BRCA: Είναι προστατευτική η προληπτική μαστεκτομή;

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η προληπτική χειρουργική επέμβαση μαστού και η εξέταση μαγνητικής τομογραφίας προσφέρονται σε ανεπιθύμητους φορείς μετάλλαξης BRCA. Το κλινικό όφελος αυτών των δύο τρόπων δεν έχει αξιολογηθεί μεταξύ φορέων μετάλλαξης με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών. Έτσι, επιδιώξαμε να προσδιορίσουμε αν οι φορείς μετάλλαξης BRCA με καρκίνο ωοθηκών θα επωφελούνταν από προληπτική μαστεκτομή ή από εξέταση MRI.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρώτον, το ετήσιο ποσοστό θνησιμότητας για τους ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών εκτιμήθηκε για μια ομάδα 178 φορέων μετάλλαξης BRCA από το Οντάριο του Καναδά. Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο αναλογιστικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού χρησιμοποιώντας ένα διεθνές μητρώο 509 φορέων μετάλλαξης BRCA με καρκίνο των ωοθηκών. Μια σειρά προσομοιώσεων διεξήχθη για να αξιολογηθεί η μείωση της πιθανότητας θανάτου (από όλες τις αιτίες) που σχετίζεται με τη μαστεκτομή και την επιτήρηση του μαστού με βάση τη MRI. Τα μοντέλα ανάλογων κινδύνων Cox χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της μαστεκτομής και της ανίχνευσης με μαγνητική τομογραφία σε περιπτώσεις εμφάνισης καρκίνου του μαστού καθώς και σε θνησιμότητα από κάθε αιτία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι (3,9%) από τους 509 ασθενείς εμφάνισαν καρκίνο του μαστού μέσα σε δέκα χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών. Ο αναλογιστικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά από δέκα χρόνια μετά τη διάγνωση, εξαρτώμενος από την επιβίωση από τον καρκίνο των ωοθηκών και από άλλα αίτια θνησιμότητας, ήταν 7,8%. Βάσει των αποτελεσμάτων προσομοίωσής μας, μεταξύ όλων των ασθενών με μετάλλαξη BRCA που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών σταδίου III / IV στην ηλικία των 50 ετών, η πιθανότητα θανάτου πριν την ηλικία των 80 ετών μειώθηκε κατά λιγότερο από 1% με μαγνητική τομογραφία και λιγότερο από 2% με μαστεκτομή. Μεγαλύτερες βελτιώσεις στην επιβίωση με μαγνητική τομογραφία ή μαστεκτομή παρατηρήθηκαν σε γυναίκες που είχαν επιβιώσει 10 χρόνια μετά τον καρκίνο των ωοθηκών και σε γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών σταδίου I ή II.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που φέρουν μετάλλαξη BRCA χωρίς προσωπικό ιστορικό καρκίνου του μαστού δεν δικαιολογείται ούτε η

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

προληπτική μαστεκτομή ούτε η εξέταση μαγνητικής τομογραφίας, εκτός από εκείνους που επιβίωσαν τον καρκίνο των ωοθηκών χωρίς υποτροπή για δέκα χρόνια και για εκείνους με καρκίνο των ωοθηκών σε πρώιμο στάδιο.

Hypertension, use of antihypertensive medications, and risk of epithelial ovarian cancer.

Authors: Huang, T., Poole, E., M., Eliassen, A., H., Okereke, O., I., Kubzansky, L., D., Sood, A., K., Forman, J., P., Tworoger, S., S.

International Journal of Cancer, 2016.

Abstract

Few studies have examined the associations of hypertension and antihypertensive medications with ovarian cancer. In particular, beta-blockers, one of the most commonly prescribed medications to treat hypertension, may reduce ovarian cancer risk by inhibiting beta-adrenergic signaling. We prospectively followed 90,384 women in the Nurses' Health Study (NHS) between 1988-2012 and 113,121 NHSII participants between 1989-2011. Hypertension and use of antihypertensive medications were self-reported biennially. Cox proportional hazards models were used to estimate hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs). We documented 948 ovarian cancer cases during follow-up. Similar results were observed in the two cohorts. While hypertension was not associated with ovarian cancer risk (Pooled HR = 1.01; 95% CI = 0.88, 1.16), current use of any antihypertensive medication was associated with slightly increased risk compared to never users (Pooled HR = 1.18; 95% CI: 1.02, 1.37). This increased risk was primarily due to use of thiazide diuretics (Pooled HR = 1.37; 95% CI: 1.13, 1.68). No associations were observed for beta-blockers or angiotensin-converting-enzyme inhibitors. Calcium channel blockers (CCBs) were associated with suggestively reduced risk (NHS HR = 0.73; 95% CI: 0.53, 1.01), after adjusting for all antihypertensive medications. Associations were similar among hypertensive women and stronger for longer use of thiazide diuretics and CCBs. In conclusion, our results provided no evidence that beta-blockers were associated with reduced ovarian cancer risk. In contrast, we observed an increased risk for use of thiazide diuretics that should be confirmed in other studies.

Μετάφραση

Υπέρταση, χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων και κίνδυνος επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

Λίγες μελέτες εξέτασαν τους συνδυασμούς υπέρτασης και αντιυπερτασικών φαρμάκων με καρκίνο των ωοθηκών. Συγκεκριμένα, οι βήτα-αναστολείς, ένα από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη θεραπεία της υπέρτασης, μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών αναστέλλοντας τη βήτα-αδρενεργική σηματοδότηση. Παρακολούθησαμε με επιτυχία 90.384 γυναίκες στη μελέτη υγείας των νοσοκόμων (NHS) μεταξύ 1988-2012 και 113.121 συμμετεχόντων στο NHSII μεταξύ 1989-2011. Η υπέρταση και η χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων αναφέρθηκαν αυτοβιολογικά ανά διατία. Για την εκτίμηση των λόγων επικινδυνότητας (HRs) και των διαστημάτων εμπιστοσύνης 95% (CI) χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα αναλογικού κινδύνου Cox. Καταγράφηκαν 948 περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών κατά την παρακολούθηση. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στις δύο ομάδες. Ενώ η υπέρταση δεν συσχετίστηκε με κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών (συγκεντρωμένη HR = 1,01, 95% CI = 0,88, 1,16), η τρέχουσα χρήση οποιουδήποτε αντιυπερτασικού φαρμάκου συσχετίστηκε με ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με ποτέ μη χρήστες (συγκέντρωση HR = 1,18, 95% CI: 1,02, 1,37). Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος οφειλόταν κυρίως στη χρήση θειαζιδικών διουρητικών (συγκεντρωμένη HR = 1,37, 95% CI: 1,13, 1,68). Δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις για τους β-αναστολείς ή τους αναστολείς της μετατροπής της αγγειοτενσίνης-ενζύμου. Οι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου (CCBs) συσχετίστηκαν με ενδεικτικά μειωμένο κίνδυνο (NHS HR = 0,73, 95% CI: 0,53, 1,01), μετά από προσαρμογή για όλα τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Οι ενώσεις ήταν παρόμοιες μεταξύ υπερτασικών γυναικών και ισχυρότερες για μεγαλύτερη χρήση θειαζιδικών διουρητικών και CCB. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματά μας δεν παρείχαν αποδείξεις ότι οι β-αναστολείς συσχετίστηκαν με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών. Αντίθετα, παρατηρήσαμε αυξημένο κίνδυνο για τη χρήση θειαζιδικών διουρητικών που θα πρέπει να επιβεβαιωθεί σε άλλες μελέτες.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών εμφανίζει πολλές δυσκολίες. Παρόλο που το επιθήλιο των σαλπίγγων ενοχοποιείται για υψηλά επίπεδα ραδιενέργειας στους ωοθηκικούς όγκους, η σαλπινγεκτομή αποτελεί σημαντική προληπτική στρατηγική έναντι αυτών, ιδιαίτερα στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Σε ύπαρξη μετάλλαξης BRCA σε γυναίκες χωρίς ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η προληπτική μαστεκτομή και η εξέταση μαγνητικής τομογραφίας δε συνίσταται από την ιατρική κοινότητα ως προληπτικός έλεγχος. Ακόμα, παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι τα υπερτασικά φάρμακα φαίνεται να έχουν προληπτικό ρόλο έναντι της προσβολής από ωοθηκικούς όγκους, σύγχρονες μελέτες καταρρίπτουν αυτές τις αντιλήψεις. Αντιθέτως παρατηρούν ότι αυξάνουν τον κίνδυνο αυτό. Άλλες γνωστές στρατηγικές πρόληψης είναι η σαλπινγωθηκεκτομή σε κληρονομικό καρκίνο μαστού και ωοθηκών, η χορήγηση από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων, αποσωλήνωση σαλπίγγων και η γενετική συμβουλευτική.

Weekly versus three weeks chemotherapy for advanced ovarian cancer: a meta-analysis.

Authors: Marchetti, C., De Felice, F., Musella, A., Palaia, I., Monti, M., Musio, D., Muzii, L., Tombolini, V., Panici, P., B.

Oncotarget, 2016

Abstract

AIM: Three weeks paclitaxel and carboplatin has been considered the standard of care for primary treatment of ovarian cancer (OC). Whether weekly therapy will further improve the clinical outcomes or not is still unclear. We conducted a meta-analysis to compare the two regimens.

METHOD: Articles were selected with a systematic approach, using PubMed databases. Trials concerning comparison between carboplatin plus weekly paclitaxel (dose-dense regimen) and carboplatin plus paclitaxel every 3 weeks were considered. Outcomes included overall survival (OS), progression free survival (PFS) and severe acute toxicity.

RESULTS: Dose-dense regimen was associated with significant improvement of PFS compared with standard schedule, with HR of 0.73 (95% CI 0.61-0.88, $p = 0.001$). There was no difference in OS between treatment regimens (HR 0.95, 95% CI 0.77-1.16, $p=0.06$), as well as in term of severe acute toxicity.

CONCLUSION: Dose-dense regimen is superior to standard schedule in terms of PFS. Further studies are necessary to firmly confirm this evidence in advanced OC treatment.

Μετάφραση

Εβδομαδιαία έναντι τριών εβδομάδων χημειοθεραπεία για προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών: μια μετα-ανάλυση.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η τριών εβδομάδων χημειοθεραπεία με πακλιταξέλη και η καρβοπλατίνη έχουν θεωρηθεί ως πρότυπο φροντίδας για την πρωτογενή θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών (ΚΩ). Εάν η εβδομαδιαία θεραπεία βελτιώνει περαιτέρω τα κλινικά αποτελέσματα ή όχι, εξακολουθεί να είναι ασαφής. Διεξήγαμε μια μετα-ανάλυση για να συγκρίνουμε τα δύο σχήματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα άρθρα επιλέχθηκαν με συστηματική προσέγγιση, χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων του PubMed. Διεξήχθησαν δοκιμές σχετικά με τη σύγκριση μεταξύ της καρβοπλατίνης και της εβδομαδιαίας πακλιταξέλης (δοσολογία δόσης-πυκνότητας) και της καρβοπλατίνης συν πακλιταξέλης κάθε 3 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα περιλάμβαναν συνολική επιβίωση (ΣΕ), επιβίωση χωρίς εξέλιξη (EXE) και σοβαρή οξεία τοξικότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δοσολογία πυκνότητας δόσης συσχετίστηκε με σημαντική βελτίωση της EXE σε σύγκριση με το πρότυπο σχήμα, με HR 0,73 (95% CI 0,61-0,88, $p = 0,001$). Δεν υπήρχε διαφορά στο ΣΕ μεταξύ των θεραπευτικών αγωγών (HR 0.95, 95% CI 0.77-1.16, $p = 0.06$), καθώς επίσης και ως όρος σοβαρής οξείας τοξικότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η δοσολογία πυκνότητας δόσης είναι ανώτερη από το πρότυπο πρόγραμμα σε όρους EXE. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες για την επιβεβαίωση των ενδείξεων αυτών στην προχωρημένη θεραπεία ΚΩ.

Quantitation of Intra-peritoneal Ovarian Cancer Metastasis.

Authors: Lewellen, K., A., Metzinger, M., N., Liu, Y., Stack, M.

Journal of Visualized Experiment, 2016.

Abstract

Epithelial ovarian cancer (EOC) is the leading cause of death from gynecologic malignancy in the United States. Mortality is due to diagnosis of 75% of women with late stage disease, when metastasis is already present. EOC is characterized by diffuse and widely disseminated intra-peritoneal metastasis. Cells shed from the primary tumor anchor in the mesothelium that lines the peritoneal cavity as well as in the omentum, resulting in multi-focal metastasis, often in the presence of peritoneal ascites. Efforts in our laboratory are directed at a more detailed understanding of factors that regulate EOC metastatic success. However, quantifying metastatic tumor burden represents a significant technical challenge due to the large number, small size and broad distribution of lesions throughout the peritoneum. Herein we describe a method for analysis of EOC metastasis using cells labeled with red fluorescent protein (RFP) coupled with in vivo multispectral imaging. Following intra-peritoneal injection of RFP-labelled tumor cells, mice are imaged weekly until time of sacrifice. At this time, the peritoneal cavity is surgically exposed and organs are imaged in situ. Dissected organs are then placed on a labeled transparent template and imaged ex vivo. Removal of tissue auto-fluorescence during image processing using multispectral unmixing enables accurate quantitation of relative tumor burden. This method has utility in a variety of applications including therapeutic studies to evaluate compounds that may inhibit metastasis and thereby improve overall survival.

Μετάφραση

Ποσοτικός προσδιορισμός της ενδο-περιτοναϊκής μετάστασης του καρκίνου των ωοθηκών.

Περίληψη

Ο επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών (ΕΚΩ) είναι η κύρια αιτία θανάτου από γυναικολογική κακοήθεια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η θνησιμότητα οφείλεται στη διάγνωση του 75% των γυναικών που πάσχουν από ασθένεια αργής σταδίου, όταν υπάρχει ήδη η μετάσταση. Το ΕΚΩ χαρακτηρίζεται από διάχυτη και ευρέως διαδεδομένη ενδοπεριτοναϊκή μετάσταση. Κύτταρα που ρίχνονται από την πρωτογενή άγκυρα όγκου στο μεσοθηλίωμα που ευθυγραμμίζει την περιτοναϊκή κοιλότητα καθώς και στο οντέμιο, με αποτέλεσμα τη μετάδοση πολλών εστιακών μεταστάσεων, συχνά παρουσία περιτοναϊκού ασκίτη. Οι προσπάθειες στο εργαστήριό μας απευθύνονται σε μια πιο λεπτομερή κατανόηση των παραγόντων που ρυθμίζουν την μεταστατική επιτυχία του ΕΚΩ. Ωστόσο, η ποσοτικοποίηση του μεταστατικού φορτίου όγκου αντιπροσωπεύει μια σημαντική τεχνική πρόκληση λόγω του μεγάλου αριθμού, του μικρού μεγέθους και της ευρείας κατανομής των βλαβών σε όλο το περιτόναιο. Εδώ περιγράφεται μια μέθοδος για την ανάλυση της μετάστασης ΕΚΩ χρησιμοποιώντας κύτταρα επισημασμένα με κόκκινη φθορίζουσα πρωτεΐνη (ΚΦΠ) συζευγμένη με in vivo πολυφασματική απεικόνιση. Μετά από ενδοπεριτοναϊκή έγχυση επισημασμένων με ΚΦΠ κυττάρων όγκου, τα ποντίκια απεικονίζονται εβδομαδιαίως μέχρι τον χρόνο θανάτωσης. Αυτή τη στιγμή, η περιτοναϊκή κοιλότητα εκτίθεται χειρουργικά και τα όργανα απεικονίζονται in situ. Τα τεμαχισμένα όργανα τοποθετούνται στη συνέχεια σε ένα επισημασμένο διαφανές πρότυπο και απεικονίζονται ex vivo. Η απομάκρυνση του αυτοφθορίζοντος ιστού κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας εικόνας χρησιμοποιώντας πολυφασματική μη ανάμιξη επιτρέπει ακριβή ποσοτικοποίηση του σχετικού φορτίου όγκου. Αυτή η μέθοδος έχει χρησιμότητα σε μια ποικιλία εφαρμογών συμπεριλαμβανομένων θεραπευτικών μελετών για την αξιολόγηση ενώσεων που μπορούν να αναστείλουν τη μετάσταση και έτσι να βελτιώσουν τη συνολική επιβίωση.

The integration of BRCA testing into oncology clinics

Authors: Percival, N., George, A., Gyertson, J., Hamill, M., Fernandes, A., Banerjee, S., Davies, E. & Rahman, N.

British Journal Nursing, 2016.

Abstract

PURPOSE: The PARP inhibitor, Olaparib, is approved for women with BRCA-mutated ovarian cancer. Therefore there is an urgent need to test patients and obtain results in time to influence treatment. Models of BRCA testing, such as the mainstreaming oncogenetic pathway, involving oncology health professionals are being used. The authors report on the establishment of the extended role of the clinical nurse specialist in consenting women for BRCA testing in routine gynaecology-oncology clinics using the mainstreaming model.

METHODS: Nurses undertook generic consent training and specific counselling training for BRCA testing in the form of a series of online videos, written materials and checklists before obtaining approval to consent patients for germline BRCA1 and BRCA2 mutations.

RESULTS: Between July 2013 and December 2015, 108 women with ovarian cancer were counselled and consented by nurses in the medical oncology clinics at a single centre (The Royal Marsden, UK). This represented 36% of all ovarian cancer patients offered BRCA testing in the oncology clinics at the centre. Feedback from patients and nurses was encouraging with no significant issues raised in the counselling and consenting process.

CONCLUSION: The mainstreaming model allows for greater access to BRCA testing for ovarian cancer patients, many of whom may benefit from personalised therapy (PARP inhibitors). This is the first report of oncology nurses in the BRCA testing pathway. Specialist oncology nurses trained in BRCA testing have an important role within a multidisciplinary team counselling and consenting patients to undergo BRCA testing.

Μετάφραση

Η ενσωμάτωση της εξέτασης BRCA σε κλινικές ογκολογίας

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αναστολέας PARP, Olaparib, έχει εγκριθεί για γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών που έχει μεταλλαχθεί με BRCA. Συνεπώς, υπάρχει επείγουσα ανάγκη να δοκιμαστούν οι ασθενείς και να ληφθούν αποτελέσματα εγκαίρως για να επηρεαστεί η θεραπεία. Χρησιμοποιούνται μοντέλα ελέγχου της BRCA, όπως η ογκογονιδιακή οδός ενσωμάτωσης, που περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας στον τομέα της ογκολογίας. Οι συγγραφείς αναφέρουν την καθιέρωση του εκτεταμένου ρόλου του ειδικευμένου κλινικού νοσοκόμου σε γυναίκες που έχουν συναινέσει στη δοκιμή BRCA στις κλινικές ρουτίνες γυναικολογίας-ογκολογίας χρησιμοποιώντας το μοντέλο mainstreaming.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι νοσοκόμες ανέλαβαν γενική εκπαίδευση συναίνεσης και ειδική εκπαίδευση συμβουλών για τη δοκιμή BRCA με τη μορφή μιας σειράς διαδικτυακού βίντεο, γραπτού υλικού και πινακίδων ελέγχου, προτού λάβουν την έγκριση για τη συγκατάθεση των ασθενών για τις μεταλλάξεις βλαστικών κυττάρων BRCA1 και BRCA2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον Ιούλιο του 2013 έως το Δεκέμβριο του 2015, 108 γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών συμβουλευόνταν και συναινούσαν νοσηλευτές στις κλινικές ιατρικής ογκολογίας σε ένα μόνο κέντρο (The Royal Marsden, UK). Αυτό αντιπροσωπεύει το 36% όλων των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που προσέφεραν τη δοκιμή BRCA στις κλινικές ογκολογίας στο κέντρο. Τα σχόλια από ασθενείς και νοσηλευτές ήταν ενθαρρυντικά, χωρίς σημαντικά ζητήματα που τέθηκαν στη διαδικασία παροχής συμβουλών και συγκατάθεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το μοντέλο mainstreaming επιτρέπει μεγαλύτερη πρόσβαση στη δοκιμή BRCA για ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών, πολλοί από τους οποίους μπορούν να επωφεληθούν από εξατομικευμένη θεραπεία (αναστολείς της PARP). Αυτή είναι η πρώτη αναφορά των νοσοκόμων ογκολογίας στη δοκιμαστική οδό BRCA. Οι ειδικευμένοι νοσοκόμοι ογκολογίας που εκπαιδεύονται στη δοκιμή BRCA έχουν σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο μιας πολυεπιστημονικής συμβουλευτικής ομάδας και των ασθενών που έχουν συναινέσει να υποβληθούν σε έλεγχο BRCA.

Συμπεράσματα: Με βάση τις παραπάνω έρευνες που κινούνται στο πεδίο της θεραπείας του καρκίνου των ωοθηκών εξάγεται το συμπέρασμα αφενός ότι το χημειοθεραπευτικό σχήμα καρβοπλατίνης και εβδομαδιαίας πακλιταξέλης επιφέρει ευνοϊκότερα αποτελέσματα σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν εξέλιξη της νόσου, σε σύγκριση με τη συνήθη χημειοθεραπεία (καρβοπλατίνης- πακλιταξέλης/3 εβδομάδες). Αφετέρου, φαίνεται ότι νέες θεραπευτικές προοπτικές αναπτύσσονται χρησιμοποιώντας επισημασμένα κύτταρα με φθορίζουσες πρωτεΐνες *in vivo*, με στόχο την αναστολή μεταστάσεων. Τέλος, αδιάσειστα στοιχεία υποδεικνύουν την πολύτιμη συμβολή του ειδικευμένου κλινικού νοσηλευτή, στο πλαίσιο μιας πολυεπιστημονικής συμβουλευτικής ομάδας, στην ενθάρρυνση για πρόσβαση σε εξατομικευμένες θεραπείες υπό κλινική δοκιμή γυναικών με ωοθηκική κακοήθεια.

Coping With Pain Severity, Distress, and Consequences in Women with Ovarian Cancer.

Author: Gilbertson-White, S.

Journal of Cancer Nursing, 2017

Abstract

BACKGROUND: Self-regulation can be useful in understanding pain management efforts in women with ovarian cancer. Self-regulation is a parallel process of problem- and emotion-focused coping; problem-focused coping involves efforts aimed at solving/reducing the problem directly, whereas emotion-focused coping is aimed at managing negative emotions.

OBJECTIVES: The aims of this study were to describe the types of problem- and emotion-focused coping strategies used to manage pain severity, distress, and consequences and to evaluate whether there was evidence of parallel processing (ie, use of a combination of both problem- and emotion-focused strategies).

METHODS: Women (n = 162) from a cross-sectional study of cancer symptoms who reported pain as a most noticed symptom in the past week were included. Pearson correlations and t tests were used to evaluate relationships among the variables.

RESULTS: Mean pain severity was 5.5 (SD, 2.7) on a 0- to 10-point scale. An average of 4.6 (SD, 2.1) coping strategies were reported. Actively manage and planning were the most frequent problem-focused strategies; relaxation was the most frequent emotion-focused strategy. Higher total number of coping strategies attempted, expressing emotions, and seeking emotional support were associated with higher pain distress and consequences scores, and actively managing pain was associated with higher pain severity.

CONCLUSION: Women with a history of ovarian cancer continue to experience severe pain. Partial support for parallel processing was found.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: The relative benefits of the 2 types of coping strategies are unclear. Thorough assessment of pain and the effectiveness of coping strategies is needed to help women identify strategies that work best for them.

Μετάφραση

Αντιμετώπιση της σοβαρότητας του πόνου, της απελπισίας και των συνεπειών σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η αυτορρύθμιση μπορεί να είναι χρήσιμη στην κατανόηση των προσπαθειών διαχείρισης του πόνου σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών. Η αυτορρύθμιση είναι μια παράλληλη διαδικασία αντιμετώπισης προβλημάτων και συναισθημάτων. Η αντιμετώπισή τους με επίκεντρο του προβλήματος περιλαμβάνει προσπάθειες που στοχεύουν στην άμεση επίλυση/ μείωση του προβλήματος, ενώ η αντιμετώπιση που επικεντρώνεται στις συγκινήσεις στοχεύει στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων.

ΣΚΟΠΟΙ: Στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει τους τύπους στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων και συναισθημάτων που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση της σοβαρότητας, της δυσφορίας και των συνεπειών του πόνου και για να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν ενδείξεις παράλληλης επεξεργασίας (δηλαδή, χρήση συνδυασμού αμφότερων στρατηγικών εστιασμένων σε προβλήματα και συναισθήματα).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμπεριλήφθηκαν γυναίκες ($n = 162$) από μια μελέτη εγκάρσιας τομής των συμπτωμάτων του καρκίνου που ανέφεραν πόνο ως ένα πιο παρατηρημένο σύμπτωμα την περασμένη εβδομάδα. Οι συσχετίσεις Pearson και οι δοκιμές t χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση σοβαρότητα του πόνου ήταν 5,5 (SD, 2,7) σε κλίμακα 0 έως 10 σημείων. Καταγράφηκαν κατά μέσο όρο 4,6 (SD, 2,1) στρατηγικές αντιμετώπισης. Η ενεργός διαχείριση και ο προγραμματισμός ήταν οι συχνότερες στρατηγικές που αφορούσαν προβλήματα. Η χαλάρωση ήταν η πιο συχνή στρατηγική εστιασμένη στις συγκινήσεις. Ο υψηλότερος συνολικός αριθμός στρατηγικών αντιμετώπισης που επιχειρήθηκαν, εκφράζοντας συναισθήματα και επιδιώκοντας συναισθηματική στήριξη συσχετίστηκαν με υψηλότερη βαθμολογία κινδύνου πόνου και των συνεπειών του και η ενεργός διαχείριση του πόνου συνδέθηκε με την υψηλότερη σοβαρότητα του πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών εξακολουθούν να εμφανίζουν έντονο πόνο. Υποβλήθηκε μερική υποστήριξη για παράλληλη επεξεργασία.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ: Τα σχετικά οφέλη των δύο τύπων στρατηγικών αντιμετώπισης είναι ασαφή. Είναι απαραίτητη η διεξοδική αξιολόγηση του πόνου και η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης προκειμένου να βοηθηθούν οι γυναίκες να εντοπίσουν τις στρατηγικές που επιδρούν καλύτερα σε αυτές.

A prospective study of phobic anxiety, risk of ovarian cancer, and survival among patients

Authors: Poole, E., M., Kubzansky, L., D., Sood, A., K., Okereke, O., I., Tworoger, S., S.
Cancer Causes Control, 2016.

Abstract

PURPOSE: In ovarian cancer patients and mouse models, psychosocial stress is associated with higher circulating markers of angiogenesis and cell migration, impaired immune response, and increasing tumor burden and aggressiveness. In the Nurses' Health Studies (NHS/NHSII), we assessed whether phobic anxiety, a marker of chronic distress, was associated with risk of incident ovarian cancer as well as survival among ovarian cancer patients.

METHODS: We used Cox proportional hazards regression to model the relative risks (RRs) and 95 % confidence intervals (CI) of ovarian cancer incidence and survival by categories of the Crown-Crisp phobic anxiety index (CCI).

RESULTS: We identified 779 cases of ovarian cancer during 2,497,892 person-years of follow-up. For baseline CCI (NHS: 1988; NHSII: 1993), we observed a statistically non-significant increased risk of epithelial ovarian cancer (RR for CCI ≥ 4 vs. 0 or 1: 1.14; 95 % CI 0.96-1.36). However, when we updated CCI (NHS: 2004; NHSII: 2005), the associations were attenuated. Pre-diagnosis CCI was not associated with ovarian cancer survival (RR for ≥ 4 vs. 0 or 1: 1.00; 95 % CI 0.77-1.31); results were similar for post-diagnosis CCI.

CONCLUSIONS: Distress, as measured by phobic anxiety symptoms, was not associated with ovarian cancer risk, although we cannot rule out a modest association. Future research should explore the role of phobic anxiety and other forms of psychological distress and ovarian cancer risk and survival.

Μετάφραση

Μια προοπτική μελέτη του φοβικού άγχους, του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών και της επιβίωσης μεταξύ των ασθενών.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών και σε μοντέλα ποντικών, το ψυχοκοινωνικό στρες συνδέεται με υψηλότερους κυκλοφορούντες δείκτες αγγειογένεσης και κυτταρικής μετανάστευσης, εξασθενημένη ανοσοαπόκριση και αύξηση του όγκου και της επιθετικότητας. Στις μελέτες υγείας των νοσηλευτών (NHS / NHSII), αξιολογήσαμε κατά πόσο η φοβική ανησυχία, ένας δείκτης χρόνιας δυσφορίας, συνδέεται με τον κίνδυνο προσβολής του καρκίνου των ωοθηκών καθώς και την επιβίωση μεταξύ των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήσαμε παλινδρόμηση αναλογικού κινδύνου Cox για να μοντελοποιήσουμε τους σχετικούς κινδύνους (RRs) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI) της επίπτωσης και της επιβίωσης του καρκίνου των ωοθηκών ανά κατηγορίες του δείκτη ανησυχίας (CCI) του Crown-Crisp.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντοπίσαμε 779 περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών κατά τη διάρκεια 2,497.892 ατόμων-ετών παρακολούθησης. Για τον CCI βάσης (NHS: 1988, NHSII: 1993) παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντικό μη αυξημένο κίνδυνο επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών (RR για CCI ≥ 4 έναντι 0 ή 1: 1,14, 95% CI 0,96-1,36). Ωστόσο, όταν ενημερώσαμε την CCI (NHS: 2004, NHSII: 2005), οι ενώσεις εξασθένησαν. Η CCI προ-διάγνωσης δεν συσχετίστηκε με την επιβίωση του καρκίνου των ωοθηκών (RR για ≥ 4 έναντι 0 ή 1: 1.00, 95% CI 0.77-1.31). Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια για την CCI μετά τη διάγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δυσφορία, όπως μετράται με συμπτώματα φοβικού άγχους, δεν συσχετίστηκε με κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών, αν και δεν μπορούμε να αποκλείσουμε μια μικρή συσχέτιση. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει το ρόλο του φοβικού άγχους και άλλων μορφών ψυχολογικού κινδύνου, και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών και της μετέπειτα επιβίωσης του.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Μελέτες πραγματεύονται παράγοντες και τεχνικές που πιθανόν συνδράμουν στην εκτίμηση και την αποτελεσματικότερη ανακούφιση από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου. Η αυτορρύθμιση αντιμετώπισης προβλημάτων και συναισθημάτων έναντι στον έντονο πόνο μέσω του προγραμματισμού και τεχνικών χαλάρωσης έχουν συνήθη εφαρμογή. Είναι πιθανό η δυσφορία και το άγχος να μη διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πριν τη διάγνωση- ζωή της ασθενούς και τη μετέπειτα επιβίωση της.

The Association of Work Characteristics With Ovarian Cancer Risk and Mortality.

Authors: Trudel-Fitzgerald, C., Poole, E., M., Idahl, A., Lundin, E., Sood, A., K., Kawachi, I., Kubzansky, L., D., Tworoger, S., S.

Psychosomatic Medicine, 2017 .

Abstract

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

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

RESULTS: There were 396 OvCA cases and 186 deaths during follow-up. Overall, job strain, strain chronicity, social support and job security were not significantly associated with OvCA risk (e.g., pooled RR_{high demand/low control}=1.06; CI=0.72,1.55) or mortality (e.g., pooled RR_{high demand/low control}=1.08; CI=0.64,1.82). When considered individually, compared to low levels, only moderate levels of demand were associated with a reduced OvCA relative risk (pooled RR=0.66; CI=0.49,0.90). Social support provided by the coworker or the supervisor did not moderate the association of job strain with either OvCA risk or overall mortality.

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

Μετάφραση

Η Ένωση Χαρακτηριστικών Εργασίας με Καρκίνο Ωοθηκών Κίνδυνος και Θνησιμότητα.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος των ωοθηκών (ΚΩ) είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο των γυναικών. Η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση έχουν συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο για τον ΚΩ και με φτωχότερη επιβίωση, αλλά άλλες μορφές χρόνιας ψυχοκοινωνικής πίεσης, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την εργασία, παραμένουν υποτιμημένες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκες από τρεις υποψήφιες κοόρτες (NHS), $n = 31.754$, Μελέτη Υγείας Νοσηλευτών II (NHSII), $n = 74.260$, Μελέτη Υγείας και Νόσων στη Βόρεια Σουηδία (NSHDS) Ένα ερωτηματολόγιο για την εργασία, την αξιολόγηση της ζήτησης και του ελέγχου στην εργασία, την κοινωνική στήριξη που παρέχεται από τους συναδέλφους και τον επιβλέποντα και την ασφάλεια της εργασίας. Τα μοντέλα πολλαπλών μεταβλητών Cox και υπό όρους λογικής παλινδρόμησης υπολογίζουν τους δείκτες κινδύνου (HR, NHS / NHSII) και τους μονούς δείκτες (OR, NSHDS) του κινδύνου και της θνησιμότητας του ΚΩ μεταξύ των περιπτώσεων. Τα μοντέλα τυχαίων συντελεστών χρησιμοποιήθηκαν για μετα-αναλύσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρχαν 396 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 186 θανάτους κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Συνολικά, η πίεση εργασίας, η χρόνια καταπόνηση, η κοινωνική στήριξη και η ασφάλεια της εργασίας δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τον κίνδυνο του ΚΩ (π.χ. συγκεντρωμένη RR_{high} ζήτηση / χαμηλός έλεγχος = 1,06, CI = 0,72,1,55) ή θνησιμότητα 1,08 · CI = 0,64,1,82). Όταν εξετάζονται μεμονωμένα, σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα, μόνο μέτρια επίπεδα ζήτησης συσχετίστηκαν με μειωμένο σχετικό κίνδυνο ΚΩ (συγκεντρωμένο RR = 0,66 · CI = 0,49,0,90). Η κοινωνική στήριξη που παρέχεται από το συνεργάτη ή τον επιβλέποντα δεν μείωσε τη συσχέτιση της εργασιακής πίεσης με τον κίνδυνο είτε με ΚΩ είτε με τη συνολική θνησιμότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δεν παρατηρήσαμε σαφείς συσχετισμούς μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και της επίπτωσης ή της θνησιμότητας του ΚΩ, αλλά δικαιολογείται περαιτέρω έρευνα με ποικίλους πληθυσμούς.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Μορφές ψυχοκοινωνικής καταπίεσης, όπως η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση, αποδεδειγμένα συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ωθητικών νεοπλασιών και μικρό χρόνο επιβίωσης. Ερευνήθηκε η σύνδεση μιας αντίστοιχης μορφής σύγχρονης καταπίεσης, της εργασιακής απασχόλησης με τον κίνδυνο ανάπτυξης ωθητικού όγκου. Τα αποτελέσματα δε φανέρωσαν καμία τέτοια επίπτωση της πίεσης της εργασίας και της χρόνιας καταπίεσης σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Εντούτοις, σε μικρότερους πληθυσμούς, η συσχέτιση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σε ποικίλους πληθυσμούς.

Economic Impact Among Family Caregivers of Patients With Advanced Ovarian Cancer

Authors: Angioli, R., Capriglione, S., Aloisi, A., Miranda, A., de Cicco Nardone, C., Terranova, C., Adrower, R. & Plotti, F.

International journal of gynecological cancer, 2015.

Abstract

OBJECTIVES: The life of a family caregiver changes in many ways when cancer is diagnosed. Changes regard also financial costs. To the authors' knowledge, little work has been done to estimate the costs associated with caregiving for cancer patients. The aim of the present study is to evaluate for the first time in literature the economic changes among family caregivers of advanced ovarian cancer during the first-line treatment in an Italian survey.

METHODS: Between January 2009 and June 2014, the primary family caregivers of patients with advanced ovarian cancer (N = 172) were recruited from to the Division of Gynecologic Oncology of the University Campus Bio-Medico of Rome within 4 weeks of the patient's new diagnosis. Caregivers reported demographic, medical information, and economic cost, such as traveling to and from medical appointments, waiting with patients for appointments, missing work, and attending to patients who are hospitalized.

RESULTS: Between January 2009 and June 2014, 172 primary family caregivers of patients with advanced ovarian cancer were enrolled in the study. The mean age of the study cohort was 54.01 years. They reported 3% of missing workdays. The mean cost for all caregivers was &OV0556;1,888,732 per year. Therefore, the mean cost for each caregiver was &OV0556;10,981 annually.

CONCLUSIONS: This economic analysis of caregiving in patients with advanced ovarian cancer reports the significant burden that cancer treatment places on both families and society. These findings underscore the importance, when appropriate, of including valid estimates of the cost of informal caregiving when evaluating the cost-effectiveness of cancer treatments.

Μετάφραση

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ: Η ζωή ενός οικογενειακού φροντιστή αλλάζει με πολλούς τρόπους όταν διαγνωστεί ο καρκίνος. Οι αλλαγές αφορούν επίσης το οικονομικό κόστος. Σύμφωνα με τις γνώσεις των συγγραφέων, έχει γίνει μικρή δουλειά για την εκτίμηση του κόστους που συνδέεται με τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία οι οικονομικές μεταβολές μεταξύ των οικογενειακών φροντιστών του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρώτης γραμμής σε μια ιταλική έρευνα.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Ιούνιο του 2014, οι κύριοι φροντιστές οικογένειας ασθενών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών (N = 172) προσλήφθηκαν από το Τμήμα Γυναικολογικής Ογκολογίας της Πανεπιστημιούπολης Bio-Medico της Ρώμης εντός 4 εβδομάδων από τη νέα διάγνωση του ασθενούς. Οι φροντιστές ανέφεραν δημογραφικές, ιατρικές πληροφορίες και οικονομικό κόστος, όπως ταξίδια από και προς ιατρικά ραντεβού, αναμονή με τους ασθενείς για ραντεβού, έλλειψη εργασίας και παρακολούθηση ασθενών που νοσηλεύονται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Ιούνιο του 2014, 172 πρωτογενείς οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών συμμετείχαν στη μελέτη. Η μέση ηλικία της ομάδας μελέτης ήταν 54.01 χρόνια. Ανέφεραν το 3% των απουσιάζων εργάσιμων ημερών. Το μέσο κόστος για όλους τους φροντιστές ήταν & OV0556, 1.888.732 ετησίως. Ως εκ τούτου, το μέσο κόστος για κάθε φροντιστή ήταν & OV0556, 10.981 ετησίως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτή η οικονομική ανάλυση του φροντίδα σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών αναφέρει το σημαντικό βάρος που φέρει ο καρκίνος τόσο στις οικογένειες όσο και στην κοινωνία. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία, όταν ενδείκνυται, να συμπεριληφθούν έγκυρες εκτιμήσεις του κόστους της άτυπης φροντίδας κατά την αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπειών για τον καρκίνο.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Λίγα είναι γνωστά για το οικονομικό κόστος που φέρει ο καρκίνος των ωοθηκών στη φροντίδα της γυναίκας προχωρημένου σταδίου. Ευρήματα δείχνουν ότι οι οικονομικές απαιτήσεις της ωοθηκικής νεοπλασίας είναι δυσβάσταχτες για τους φροντιστές, καθώς πλαισιώνουν ένα ευρύ φάσμα εξόδων που περιλαμβάνει δημογραφικές και ιατρικές δαπάνες, όπως ταξίδια από και προς τα ιατρικά ραντεβού και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αφορούν την αναμονή των ασθενών στα ραντεβού, την έλλειψη εργασίας και τη νοσηλεία των ασθενών στα νοσοκομεία.

Sexual Health and Quality of Life Assessment among Ovarian Cancer Patients during Chemotherapy

Authors: Domenici, L., Palaia, I., Giorgini, M., Piscitelli, V., P., Tomao, F., Marchetti, C., Di Donato, V., Perniola, G., Musella, A., Monti, M., Muzii, L., Benedetti- Panici, P.

University of Ioannina Central Library (karger Oncology), 2016.

Abstract

BACKGROUND: During the last decades many successful efforts have been made in order to increase life expectancy in ovarian cancer (OC) patients. However, just a few studies have investigated the impact of OC on quality of life (QoL) and sexual function in OC cases during treatment. Objective: The aim of this study was to evaluate the QoL and sexual function of OC patients during chemotherapy (CT). Patients and Methods: Forty-nine subjects were enrolled and filled in the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-OV28, Female Sexual Function Index (FSFI) and Female Sexual Distress Scale (FSDS) questionnaires. The results were evaluated globally and consequently stratified into several groups: single surgery versus multiple surgeries, age ≤ 48 years versus >48 years, and first-line CT versus multiple lines of CT.

RESULTS: Menopause-related symptoms, body image and attitude toward the disease were significantly worse during first-line CT ($p = 0.018$, $p = 0.029$ and $p = 0.006$, respectively). Sexual outcomes resulted in better scores in younger patients in all questionnaires (FSFI: $p = 0.001$; FSDS: $p = 0.048$; specific EORTC QLQ-OV28 items: $p = 0.022$). Scores concerning body image, attitude toward the disease and CT-associated symptoms resulted worse in patients after the first surgery ($p = 0.017$, $p = 0.002$ and $p = 0.012$, respectively).

CONCLUSION: Our study confirms that OC has a detrimental impact on QoL and intimacy, particularly in younger patients, during the first course of CT and after the first cytoreductive surgery.

Μετάφραση

Σεξουαλική Υγεία και Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής στους Ασθενείς του Καρκίνου των Ωοθηκών κατά τη Χημειοθεραπεία.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές επιτυχείς προσπάθειες για να αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής στους ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών (ΚΩ). Ωστόσο, μόνο μερικές μελέτες έχουν διερευνήσει τον αντίκτυπο του ΟC στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) και τη σεξουαλική λειτουργία σε περιπτώσεις ΚΩ κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ΣΤΟΧΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της σεξουαλικής λειτουργίας των ασθενών με ΚΩ κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας (ΧΘ).

Ασθενείς και Μέθοδοι: Σαράντα εννέα άτομα συμμετείχαν και συμπληρώθηκαν στο ερωτηματολόγιο QLQ-OV28 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), σε ερωτηματολόγια γυναικείου σεξουαλικού λειτουργικού δείκτη (FSFI) και σε ερωτηματολόγια γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας (FSDS). Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο και κατά συνέπεια διαστρωματώθηκαν σε διάφορες ομάδες: μία χειρουργική επέμβαση έναντι πολλαπλών χειρουργείων, ηλικία ≤ 48 ετών έναντι > 48 ετών και ΧΘ πρώτης γραμμής έναντι πολλαπλών γραμμών ΧΘ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, η εικόνα του σώματος και η στάση απέναντι στη νόσο ήταν σημαντικά χειρότερα κατά τη διάρκεια της πρώτης γραμμής ΧΘ ($p = 0,018$, $p = 0,029$ και $p = 0,006$, αντίστοιχα). Τα σεξουαλικά αποτελέσματα είχαν ως αποτέλεσμα καλύτερες βαθμολογίες σε νεότερους ασθενείς σε όλα τα ερωτηματολόγια (FSFI: $p = 0,001$, FSDS: $p = 0,048$, συγκεκριμένα στοιχεία EORTC QLQ-OV28: $p = 0,022$). Τα αποτελέσματα σχετικά με την εικόνα του σώματος, τη στάση έναντι της νόσου και τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ΧΘ προέκυψαν χειρότερα στους ασθενείς μετά την πρώτη χειρουργική επέμβαση ($p = 0,017$, $p = 0,002$ και $p = 0,012$, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει ότι ο ΚΩ έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την οικειότητα, ιδιαίτερα σε νεότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια της πρώτης πορείας της ΧΘ και μετά την πρώτη κυτταροπλαστική χειρουργική επέμβαση.

Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide

Authors: Huffman, L., B., Hartenbach, E., M., J., Rasha, J., K., Kushner, D., M.

Gynecologic Oncology, 2016.

Abstract

OBJECTIVE: The diagnosis and treatment of gynecologic cancer can cause short- and long-term negative effects on sexual health and quality of life (QoL). The aim of this article is to present a comprehensive overview of the sexual health concerns of gynecologic cancer survivors and discuss evidence-based treatment options for commonly encountered sexual health issues.

METHODS: A comprehensive literature search of English language studies on sexual health in gynecologic cancer survivors and the treatment of sexual dysfunction was conducted in MEDLINE databases. Relevant data are presented in this review. Additionally, personal and institutional practices are incorporated where relevant.

RESULTS: Sexual dysfunction is prevalent among gynecologic cancer survivors as a result of surgery, radiation, and chemotherapy—negatively impacting QoL. Many patients expect their healthcare providers to address sexual health concerns, but most have never discussed sex-related issues with their physician. Lubricants, moisturizers, and dilators are effective, simple, non-hormonal interventions that can alleviate the morbidity of vaginal atrophy, stenosis, and pain. Pelvic floor physical therapy can be an additional tool to address dyspareunia. Cognitive behavioral therapy has been shown to be beneficial to patients reporting problems with sexual interest, arousal, and orgasm.

CONCLUSION: Oncology providers can make a significant impact on the QoL of gynecologic cancer survivors by addressing sexual health concerns. Simple strategies can be implemented into clinical practice to discuss and treat many sexual issues. Referral to specialized sexual health providers may be needed to address more complex problems.

Μετάφραση

Διατήρηση της σεξουαλικής υγείας σε όλη την επιζωοτία του γυναικολογικού καρκίνου: Περιεκτική ανασκόπηση και κλινικός οδηγός.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η διάγνωση και η θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου μπορεί να προκαλέσει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία και την ποιότητα ζωής (ΠΖ). Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των ανησυχιών για την σεξουαλική υγεία των γυναικών που επιβιώνουν από τον καρκίνο του γυναικολογικού καρκίνου και να συζητήσει τις βασισμένες σε τεκμηριωμένες επιλογές θεραπείας για κοινά προβλήματα σεξουαλικής υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διεξήχθη διεξοδική βιβλιογραφική αναζήτηση μελετών αγγλικής γλώσσας για τη σεξουαλική υγεία σε επιζώντες γυναικολογικού καρκίνου και τη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε βάσεις δεδομένων MEDLINE. Σχετικά δεδομένα παρουσιάζονται σε αυτήν την ανασκόπηση. Επιπλέον, ενσωματώνονται οι προσωπικές και θεσμικές πρακτικές όπου χρειάζεται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η σεξουαλική δυσλειτουργία κυριαρχεί μεταξύ των επιζώντων γυναικολογικού καρκίνου ως αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοβολίας και της χημειοθεραπείας, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Πολλοί ασθενείς αναμένουν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες σχετικά με τη σεξουαλική υγεία, αλλά οι περισσότεροι δεν έχουν συζητήσει ποτέ θέματα σχετικά με το φύλο με τον γιατρό τους. Τα λιπαντικά, οι ενυδατικές κρέμες και οι διαστολές είναι αποτελεσματικές, απλές, μη ορμονικές παρεμβάσεις που μπορούν να μετριάσουν τη νοσηρότητα της κολπικής ατροφίας, της στένωσης και του πόνου. Η φυσιοθεραπεία του πυελικού εδάφους μπορεί να αποτελέσει ένα πρόσθετο εργαλείο για την αντιμετώπιση της δυσπαρενίας. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι επωφελής για τους ασθενείς που αναφέρουν προβλήματα με το σεξουαλικό ενδιαφέρον, την διέγερση και τον οργασμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι πάροχοι της ογκολογίας μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ΠΖ των επιζώντων γυναικολογικού καρκίνου αντιμετωπίζοντας ζητήματα σεξουαλικής υγείας. Απλές στρατηγικές μπορούν να εφαρμοστούν στην κλινική πρακτική για να συζητήσουν και να θεραπεύσουν πολλά σεξουαλικά θέματα. Η παραπομπή σε εξειδικευμένους φορείς παροχής σεξουαλικής υγείας μπορεί να χρειαστεί για την αντιμετώπιση πιο σύνθετων προβλημάτων.

Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective

Authors: Iżycki, D., Woźniak, K., Iżycka, N.

Prz Menopauzalny, 2016.

Abstract

The diagnosis of gynecological cancer and the following consequences of the treatment radically change the lives of cancer patients and their partners. Women experience negative consequences in terms of sexual, psychological and social functioning. Surgical treatment may result in a decrease in sexual pleasure and pain during intercourse. Chemotherapy and radiotherapy can cause a loss of libido and negatively affect the capacity to experience pleasure or orgasm. Treatment-related changes may include the occurrence of body image disorders, decreased quality of life as well as depressive and anxiety disorders among patients. Furthermore, a negative influence on the relationship between the affected women and their partners, as well as an adverse effect on the social activity, can be observed. Cancer is not an individual experience. It also affects partners of the sick women in terms of psychological and sexual functioning. This article depicts possible problems encountered by cancer patients and their partners from the psychological and sexual perspective. The emphasis is put on understanding sexuality not only in the context of sexual performance, but also in a wider perspective.

Μετάφραση

Συνέπειες του γυναικολογικού καρκίνου στους ασθενείς και τους συντρόφους τους από τη σεξουαλική και ψυχολογική προοπτική.

Περίληψη

Η διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου και οι ακόλουθες συνέπειες της θεραπείας αλλάζουν ριζικά τη ζωή των καρκινοπαθών και των συνεργατών τους. Οι γυναίκες βιώνουν αρνητικές συνέπειες όσον αφορά τη σεξουαλική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης και του πόνου κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία μπορούν να προκαλέσουν απώλεια της λίμπιντο και να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα να απολαύσουν την ευχαρίστηση ή τον οργασμό. Οι αλλαγές που σχετίζονται με τη θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνουν την εμφάνιση διαταραχών της σωματικής εικόνας, μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς και καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές μεταξύ των ασθενών. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθεί μια αρνητική επίδραση στη σχέση μεταξύ των γυναικών που πλήττονται και των εταίρων τους, καθώς και σε αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική δραστηριότητα. Ο καρκίνος δεν είναι ατομική εμπειρία. Επίσης, επηρεάζει τους συντρόφους των ασθενών- γυναικών όσον αφορά την ψυχολογική και σεξουαλική λειτουργία. Αυτό το άρθρο περιγράφει πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και οι συνεργάτες τους υπό ψυχολογική και σεξουαλική προοπτική. Η έμφαση δίνεται στην κατανόηση της σεξουαλικότητας όχι μόνο στο πλαίσιο των σεξουαλικών επιδόσεων, αλλά και σε μια ευρύτερη προοπτική.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές/-ριες και οι λειτουργοί υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να προσεγγίσουν μια γυναίκα με γυναικολογικό καρκίνο, ιδιαίτερα στη φάση της θεραπείας και της μετέπειτα επιβίωσης, καθώς οι λειτουργικοί περιορισμοί εξαιτίας της ασθένειας την καταβάλλουν. Οι περιορισμοί αυτοί μεταξύ άλλων αφορούν τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τη γενικότερη στάση απέναντι στη νόσο. Συνάμα, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ενήμεροι για εναλλακτικές θεραπείες και τεχνικές που συντελούν στη μείωση των σεξουαλικών προβλημάτων. Τέτοιες χαρακτηριστικές θεραπείες είναι η φυσικοθεραπεία της πυέλου για την καταπολέμηση της χημειοθεραπείας και η χρήση λιπαντικών και ενυδατικών κρεμών ή διαστολέων για νοσηρότητες του κόλπου. Μην παραληφθεί το γεγονός ότι εξίσου σημαντική εναλλακτική τεχνική είναι και η Γνωστική- Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έναντι της μειωμένης διέγερση και της απουσίας οργασμού.

Dietary habits changes and quality of life in patients undergoing chemotherapy for epithelial ovarian cancer

Authors: Mardas, M., Jamka, M., Mądry, R.

Support Care Cancer, 2015.

Abstract

PURPOSE: The aim of this study was to evaluate dietary habit changes in patients undergoing chemotherapy for epithelial ovarian cancer.

METHODS: Sixty one patients undergoing chemotherapy for epithelial ovarian cancer were enrolled to the study and 44 completed. The dietary intake was evaluated by 7-day food records, and the changes in dietary intake and food-preparing methods were estimated based on a 101-item semiquantitative food frequency questionnaire. Nutritional status was checked with the use of body weight and height, waist and hip circumferences, skinfolds and subjective global assessment tool. Quality of life was measured with the use of EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-OV28.

RESULTS: Despite high average body mass index (BMI) (26.7–28.0 kg/m²), malnutrition risk was observed in 43.7 and 10.7 % of patients receiving first-line and subsequent-line chemotherapy, respectively ($p < 0.001$). Dietary intake and quality of life did not differ between the studied groups. A lot of dietary habits changes were observed. Women undergoing subsequent-line chemotherapy consumed more frequently rye bread, pasta, buttermilk, vegetable, fruit, oils, nuts, and juices. Women undergoing first-line chemotherapy consumed more milk, cottage cheese, cream, eggs, fish and seafood, meat offal, salty snacks, and jam. Additionally, women undergoing subsequent-line chemotherapy more often applied cooking in water ($p < 0.0001$) and baking ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: Women undergoing chemotherapy for ovarian cancer change their dietary habits in a pro healthy direction, and these changes are more expressed in patients undergoing subsequent-line chemotherapy.

Μετάφραση

Οι διατροφικές συνήθειες αλλάζουν και η ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αλλαγών της διατροφικής συνήθειας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία για επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξήντα ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία για επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών συμμετείχαν στη μελέτη και 44 συμπληρώθηκαν. Η διατροφική πρόσληψη αξιολογήθηκε με αρχεία τροφίμων 7 ημερών και οι μεταβολές στις μεθόδους παρασκευής διατροφής και τρόφιμα υπολογίστηκαν με βάση ένα ερωτηματολόγιο με ημιποσοτική συχνότητα τροφής 101 θέσεων. Η διατροφική κατάσταση ελέγχθηκε με τη χρήση του σωματικού βάρους και του ύψους, της περιφέρειας της μέσης και του ισχίου, του δέρματος και του υποκειμενικού εργαλείου συνολικής αξιολόγησης. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με τη χρήση των EORTC QLQ-C30 και EORTC QLQ-OV28.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρά το υψηλό μέσο δείκτη σωματικής μάζας (ΔΜΣ) (26,7-28,0 kg / m²), παρατηρήθηκε κίνδυνος υποσιτισμού σε 43,7 και 10,7% των ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής και μετέπειτα γραμμής, αντίστοιχα (p <0,001). Η διατροφική πρόσληψη και η ποιότητα ζωής δεν διέφεραν μεταξύ των μελετών. Έχουν παρατηρηθεί πολλές διατροφικές συνήθειες. Οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία μεταγενέστερης γραμμής κατανάλωναν πιο συχνά ψωμί σίκαλης, ζυμαρικά, βουτυρόγαλα, λαχανικά, φρούτα, έλαια, ξηρούς καρπούς και χυμούς. Οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής κατανάλωναν περισσότερο γάλα, τυρί cottage, κρέμα, αυγά, ψάρια και θαλασσινά, παραπροϊόντα σφαγίων, αλμυρά σνακ και μαρμελάδα. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία μεταγενέστερης γραμμής έκαναν πιο συχνά το μαγείρεμα σε νερό (p <0,0001) και το ψήσιμο (p <0,05), επίσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για τον καρκίνο των ωοθηκών αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες σε μια υγιή κατεύθυνση και αυτές οι αλλαγές εκφράζονται περισσότερο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μεταγενέστερης γραμμής.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι πολλές ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών πραγματοποιούν διατροφικές αλλαγές, αφού ξεκινήσουν το θεραπευτικό τους σχήμα. Ειδικότερα, γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μεταγενέστερης γραμμής αλλάζουν ριζικά τις διατροφικές τους συνήθειες, εμπλουτίζοντας το διαιτολόγιό τους με τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, όπως το ψωμί σίκαλης, ξηρούς καρπούς, έλαια και φρούτα, και μαγειρευτά φαγητά. Από την άλλη πλευρά, σε αυτές που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής, οι γευστικές αποδράσεις τους περιλαμβάνουν τροφές όπως αλμυρά σνακ, κρέμες και μαρμελάδα.

Epithelial ovarian cancer and recreational physical activity: A review of the epidemiological literature and implications for exercise prescription

Authors: Rikki, A., Cannioto, K., B., Moysich, M.

Gynecologic Oncology, 2015.

Abstract

Despite the publication of two dozen observational epidemiological studies investigating the association between recreational physical activity (RPA) and epithelial ovarian cancer (EOC) risk and survival over the past two decades, taken collectively, data from retrospective and prospective studies are mixed and remain inconclusive.

OBJECTIVE: Our primary purpose was to conduct a careful review and summary of the epidemiological literature depicting the association between EOC and RPA in the framework of identifying factors which may be impeding our ability to observe consistent associations in the literature. Secondly, in the backdrop of the more broad scientific evidence regarding the benefits of RPA, we provide a summary of guidelines for practitioners to utilize in the context of exercise prescription for cancer patients, including a discussion of special considerations and contraindications to exercise which are unique to EOC patients and survivors.

METHODS: We performed a comprehensive literature search via PubMed to identify epidemiologic investigations focused on the association between RPA and EOC. To be included in the review, studies had to assess RPA independently of occupational or household activities.

RESULTS: In total, 26 studies were identified for inclusion. Evidence of a protective effect of RPA relative to EOC risk is more consistent among-case control studies, with the majority of studies demonstrating significant risk reductions between 30 and 60% among the most active women. Among cohort studies, half yielded no significant associations, while the remaining studies provided mixed evidence of an association.

CONCLUSIONS: Given the limitations identified in the current body of literature, practitioners should not rely on inconclusive evidence to dissuade women from participating in moderate or vigorous RPA. Rather, emphasis should be placed on the greater body of scientific evidence which has demonstrated that RPA results in a plethora of health benefits that can be achieved in all populations, including those with cancer.

Μετάφραση

Επιθηλιακός καρκίνος των ωοθηκών και σωματική άσκηση αναψυχής: Ανασκόπηση της επιδημιολογικής βιβλιογραφίας και επιπτώσεις στη συνταγογράφηση.

Περίληψη

Παρά τη δημοσίευση δύο δωδεκάδων παρατηρητικών επιδημιολογικών μελετών που διερευνούν τη συσχέτιση μεταξύ της ψυχαγωγικής φυσικής δραστηριότητας (ΨΦΔ) και του κινδύνου εμφάνισης επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών (ΕΚΩ) και της επιβίωσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, συλλογικά, τα δεδομένα από αναδρομικές και προοπτικές μελέτες είναι μικτά και παραμένουν ασαφή.

ΣΤΟΧΟΣ: Πρωταρχικός μας στόχος ήταν η διεξαγωγή προσεκτικής ανασκόπησης και περίληψης της επιδημιολογικής βιβλιογραφίας που απεικονίζει τη σχέση μεταξύ του ΕΚΩ και του (ΨΦΔ) στο πλαίσιο του εντοπισμού παραγόντων οι οποίοι μπορεί να παρεμποδίζουν την ικανότητά μας να παρατηρούμε συνεκτικούς συνδυασμούς στη βιβλιογραφία. Δεύτερον, στο πλαίσιο της ευρύτερης επιστημονικής τεκμηρίωσης σχετικά με τα οφέλη της (ΨΦΔ), παρέχουμε μια περίληψη των κατευθυντήριων γραμμών για τους επαγγελματίες που χρησιμοποιούν στο πλαίσιο της συνταγογράφησης για τους ασθενείς με καρκίνο, συμπεριλαμβανομένης μιας συζήτησης για ειδικές σκέψεις και αντενδείξεις για άσκηση που είναι μοναδικές σε ασθενείς με ΕΚΩ και επιζώντες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διεξήγαμε μια περιεκτική αναζήτηση βιβλιογραφίας μέσω του PubMed για να εντοπίσουμε επιδημιολογικές έρευνες επικεντρωμένες στη σχέση μεταξύ ΨΦΔ και ΕΚΩ. Για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση, οι μελέτες έπρεπε να αξιολογήσουν την ΨΦΔ ανεξάρτητα από τις επαγγελματικές ή οικιακές δραστηριότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, προσδιορίστηκαν 26 μελέτες για συμπερίληψη. Τα αποδεικτικά στοιχεία για την προστατευτική επίδραση του ΨΦΔ σε σχέση με τον κίνδυνο ΕΚΩ είναι πιο συνεπείς μελέτες ελέγχου μεταξύ των περιπτώσεων, με τις περισσότερες μελέτες να καταδεικνύουν σημαντική μείωση του κινδύνου μεταξύ 30 και 60% μεταξύ των πιο ενεργών γυναικών. Μεταξύ των μελετών κούρτης, οι μισοί δεν έδωσαν σημαντικές συσχετίσεις, ενώ οι υπόλοιπες μελέτες παρείχαν μικτές αποδείξεις σύνδεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που έχουν εντοπιστεί στην τρέχουσα βιβλιογραφία, οι επαγγελματίες δεν πρέπει να βασίζονται σε αδιάσειστα στοιχεία για να αποτρέψουν τις γυναίκες να συμμετάσχουν σε μετριοπαθή ή σθεναρή ΨΦΔ. Αντίθετα, πρέπει να δοθεί έμφαση στο μεγαλύτερο μέρος των επιστημονικών στοιχείων που έδειξαν ότι η ΨΦΔ έχει ως αποτέλεσμα πληθώρα οφελών για την υγεία που μπορούν να επιτευχθούν σε όλους τους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με καρκίνο.

A prospective study of leisure-time physical activity and risk of incident epithelial ovarian cancer: Impact by menopausal status.

Authors: Huang, T., Eliassen, A., H., Hankinson, S.E., Okereke, O., I., Kubzansky, L., D., Wang, M., Poole, E., M., Chavarro, J., E., Tworoger, S., S.
International Journal of Cancer, 2016.

Abstract

Despite multiple hypotheses for a protective effect, epidemiologic findings are inconsistent regarding the association between physical activity and risk of ovarian cancer. Considering physical activity assessment at different times of life, including pre- and postmenopause, may be important for explaining these discrepancies. Therefore, we examined the risk of ovarian cancer according to total, premenopausal and postmenopausal physical activity among 85,462 women from the Nurses' Health Study and 112,679 women from the Nurses' Health Study II. Leisure-time physical activity was prospectively assessed about every 2-4 years using validated questionnaires, and characterized as metabolic equivalent task hours per week (MET-hr/week), which combines exercise duration and intensity. Multivariable Cox proportional hazards models were used to estimate hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) for these associations. We identified 815 incident epithelial ovarian cancer cases during 24 years of follow-up. A modestly increased ovarian cancer risk was observed for high levels of total cumulative average physical activity and a suggestively increased risk for low activity. Compared to 3-9 MET-hr/week, HRs (95% CIs) were 1.26 (1.02, 1.55) for ≥ 27 MET-hr/week (equivalent to 1 hr/day of brisk walking) and 1.19 (0.94, 1.52) for <3 MET-hr/week. This association was limited to premenopausal physical activity [comparable HR (95% CI) of 1.50 (1.13, 1.97) and 1.29 (0.95, 1.75), respectively]. Postmenopausal physical activity was not associated with risk. Our data do not support a protective role of physical activity for ovarian cancer. The increased risk associated with physical activity during premenopausal years and the underlying etiology require further investigation.

Μετάφραση

Μια προοπτική μελέτη της φυσικής δραστηριότητας αναψυχής και του κινδύνου επιπολής επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών: Επίδραση από την κατάσταση της εμμηνόπαυσης.

Περίληψη

Παρά τις πολλαπλές υποθέσεις για προστατευτικό αποτέλεσμα, τα επιδημιολογικά ευρήματα είναι ασυνεπή όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών. Η εξέταση της φυσικής δραστηριότητας σε διάφορους χρόνους της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της προ- και μετεμμηνοπαυσιακής, μπορεί να είναι σημαντική για την εξήγηση αυτών των αποκλίσεων. Επομένως, εξετάσαμε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών σύμφωνα με τη συνολική, προεμμηνοπαυσιακή και μετεμμηνοπαυσιακή φυσική δραστηριότητα μεταξύ 85.462 γυναικών από τη Μελέτη Υγείας των Νοσηλευτών και 112.679 γυναικών από τη Μελέτη II για την Υγεία των Νοσηλευτών. Η φυσική δραστηριότητα αναψυχής αξιολογήθηκε προληπτικά περίπου κάθε 2-4 χρόνια χρησιμοποιώντας επικυρωμένα ερωτηματολόγια και χαρακτηρίστηκε ως μεταβολικά ισοδύναμες ώρες εργασίας ανά εβδομάδα (MET-ώρα / εβδομάδα), η οποία συνδυάζει τη διάρκεια άσκησης και την ένταση. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα ανάλογων κινδύνων πολλαπλών μεταβλητών Cox για την εκτίμηση των λόγων κινδύνου (HRs) και 95% των διαστημάτων εμπιστοσύνης (CIs) για αυτές τις ενώσεις. Εντοπίσαμε 815 περιστατικά επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών κατά τη διάρκεια 24 ετών παρακολούθησης. Ένας μέτριας αύξησης κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών παρατηρήθηκε για υψηλά επίπεδα συνολικής σωρευτικής μέσης φυσικής δραστηριότητας και έναν ενδεικτικά αυξημένο κίνδυνο για χαμηλή δραστηριότητα. Σε σύγκριση με τα 3-9 MET-hr / εβδομάδα, τα HRs (95% CIs) ήταν 1,26 (1,02, 1,55) για ≥ 27 MET-hr / εβδομάδα (ισοδύναμα με 1 ώρα / Για <3 MET-hr / εβδομάδα. Αυτή η συσχέτιση περιορίστηκε στην προεμμηνοπαυσιακή φυσική δραστηριότητα [συνγκρίσιμο HR (95% CI) 1,50 (1,13, 1,97) και 1,29 (0,95, 1,75), αντίστοιχα]. Η μετεμμηνοπαυσιακή φυσική δραστηριότητα δεν συσχετίστηκε με κίνδυνο. Τα δεδομένα μας δεν υποστηρίζουν προστατευτικό ρόλο της φυσικής δραστηριότητας για τον καρκίνο των ωοθηκών. Ο αυξημένος κίνδυνος που συνδέεται με τη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια των προεμμηνοπαυσιακών ετών και η υποκείμενη αιτιολογία απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Συμπεράσματα: Οι ανακαλύψεις των ερευνών για την επίδραση της φυσικής άσκησης στον επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών είναι διαφορούμενες. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ψυχαγωγική φυσική δραστηριότητα ήπιας ή μέτριας βαρύτητας αποφέρει πληθώρα ωφελών στην υγεία των γυναικών με καρκίνο. Εντούτοις, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν είναι προστατευτικός ο ρόλος της φυσικής άσκησης καθώς εγκυμονεί κινδύνους σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Επιπρόσθετες έρευνες θα διευκρινίσουν τις ευεργετικές ή μη επιπτώσεις της φυσικής άσκησης στις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών, εφόσον αποδειχθεί αυτή η συσχέτιση.

Caregiver Burden in End-Stage Ovarian Cancer.

Authors: Hartnett, J., Thom, B., Kline, N.

Clinical Journal of Oncology Nursing, 2016

Abstract

BACKGROUND: Caregiver burden associated with caring for women with ovarian cancer has received limited focus. However, these patients often have complex needs, requiring a high level of care at home and imposing substantial burdens on caregivers.

OBJECTIVES: This pilot study assessed the level of caregiver burden experienced by the primary caregivers of patients with end-stage ovarian cancer and identified variables associated with caregiver burden.

METHODS: Caregiver burden was assessed using the Caregiver Reaction Assessment. Fifty caregivers completed an anonymous and voluntary survey. Pearson correlations and independent samples t tests were used to analyze data.

FINDINGS: Most participants were Caucasian, married or living with a partner, and college graduates, with an annual household income of less than \$90,000. Caregiver ages ranged from 29-81 years. Participants agreed most with the self-esteem scale, indicating they had pride in caring for their loved ones. Disrupted schedules and financial problems were the most burdensome factors in providing care. Because financial issues affected caregiver burden, nurses should facilitate interdisciplinary support. Future research is needed to determine the impact of nurse-led interventions to reduce caregiver burden.

Μετάφραση

Η Επιβάρυνση του Φροντιστή στην Τελική Φάση του Καρκίνου των Ωοθηκών.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Το βάρος του φροντιστή που σχετίζεται με τη φροντίδα γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών έχει περιορισμένη εστίαση. Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς συχνά έχουν πολύπλοκες ανάγκες, απαιτώντας υψηλό επίπεδο φροντίδας στο σπίτι και επιβάλλοντας σημαντικά βάρη στους φροντιστές.

ΣΤΟΧΟΙ: Αυτή η πιλοτική μελέτη αξιολόγησε το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών που βίωσαν οι υπεύθυνοι πρωτοβάθμιας φροντίδας ασθενών με καρκίνο ωοθηκών τελικού σταδίου και εντοπίστηκαν μεταβλητές που σχετίζονται με το βάρος των φροντιστών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Το βάρος της φροντίδας εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας την αξιολόγηση αντίδρασης φροντιστή. Πενήντα φροντιστές ολοκλήρωσαν μια ανώνυμη και εθελοντική έρευνα. Οι συσχετίσεις Pearson και οι δοκιμές ανεξάρτητων δειγμάτων t χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση δεδομένων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν καυκάσιοι, παντρεύτηκαν ή ζούσαν με συνεργάτη και αποφοίτους κολλεγίων, με ετήσιο εισόδημα νοικοκυριού μικρότερο από 90.000 δολάρια. Οι ηλικίες των φροντιστών κυμαίνονταν από 29 έως 81 έτη. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν περισσότερο με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, δείχνοντας ότι είχαν υπερηφάνεια στη φροντίδα των αγαπημένων τους. Τα διαταραγμένα χρονοδιαγράμματα και τα οικονομικά προβλήματα ήταν οι πιο επιβαρυντικοί παράγοντες για την παροχή φροντίδας. Επειδή τα οικονομικά ζητήματα επηρέασαν το βάρος των φροντιστών, οι νοσηλευτές πρέπει να διευκολύνουν τη διεπιστημονική υποστήριξη. Η μελλοντική έρευνα είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό του αντίκτυπου των παρεμβάσεων με επικεφαλής τον νοσηλευτή για τη μείωση του βάρους του φροντιστή.

Creating Individualized Symptom Management Goals and Strategies for Cancer-Related Fatigue for Patients With Recurrent Ovarian Cancer

Author: Hagan, T., L.

Journal of Cancer Nursing, 2016.

Abstract

BACKGROUND: Cancer-related fatigue (CRF) is one of the most common symptoms among women with recurrent ovarian cancer, yet it remains extremely difficult to manage. Symptom management typically requires patients to set goals and strategies to manage their CRF, but little is known about how to create individualized CRF symptom management goals and strategies.

OBJECTIVE: The aim of this study was to describe cancer patients' goals and strategies for managing CRF along with their process of individualizing both.

METHODS: This study is a qualitative analysis with supportive quantitative description of a Web-based symptom management randomized clinical trial, the WRITE (Written Representational Intervention to Ease) Symptoms study. Researchers conducted a content analysis on 47 participants' CRF symptom care plans to identify common themes in participants' goals, categorize strategies, and describe the individualization process.

RESULTS: Four general themes were identified among participants' CRF goals: (1) enjoying time with friends and family, (2) doing the things I enjoy, (3) having energy to be physically active, and (4) keeping up with what I need to do. Cancer-related fatigue strategies were categorized into 13 groups including conserving energy, increasing activity, and talking with healthcare providers. A multistep individualization process resulted in personally meaningful strategies.

CONCLUSIONS: The process by which participants individualized their CRF strategies consisted of identifying, confirming, testing, and evaluating different CRF strategies and resulted in refined, specific, and individualized strategies intended to eventually ensure participants achieve their goal.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: Clinicians can assist patients in individualizing their CRF goals and strategies. Individualization of CRF goals and strategies assists patients in visualizing how improving CRF will impact their life.

Μετάφραση

Δημιουργία εξατομικευμένων στόχων διαχείρισης των συμπτωμάτων και στρατηγικές για καρκίνο-σχετική κόπωση για ασθενείς με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο (CRF) είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα μεταξύ των γυναικών με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών, αλλά εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο να τη διαχειριστεί. Η διαχείριση συμπτωμάτων συνήθως απαιτεί από τους ασθενείς να θέτουν στόχους και στρατηγικές για τη διαχείριση του CRF τους, αλλά ελάχιστα είναι γνωστά για το πώς να δημιουργήσουν εξατομικευμένους στόχους και στρατηγικές διαχείρισης συμπτωμάτων CRF.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει τους στόχους και τις στρατηγικές των ασθενών με καρκίνο για τη διαχείριση του CRF μαζί με τη διαδικασία εξατομίκευσης και των δύο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η μελέτη είναι μια ποιοτική ανάλυση με την υποστηριζόμενη ποσοτική περιγραφή μιας τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής διαχείρισης συμπτωμάτων βασισμένης στο Web, της μελέτης συμπτωμάτων WRITE (Written Representational Intervention to Ease). Οι ερευνητές διενήργησαν ανάλυση περιεχομένου σχετικά με τα προγράμματα περίθαλψης συμπτωμάτων CRF 47 συμμετεχόντων για τον εντοπισμό κοινών θεμάτων στους στόχους των συμμετεχόντων, την κατηγοριοποίηση στρατηγικών και την περιγραφή της διαδικασίας εξατομίκευσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έχουν εντοπιστεί τέσσερα γενικά θέματα μεταξύ των στόχων CRF των συμμετεχόντων: (1) να απολαμβάνουν χρόνο με φίλους και οικογένεια, (2) να κάνουν τα πράγματα που μου αρέσουν, (3) να έχουν ενέργεια για να είμαι σωματικά ενεργός, και (4) Πρέπει να κάνω. Οι στρατηγικές κόπωσης που σχετίζονται με τον καρκίνο κατηγοριοποιήθηκαν σε 13 ομάδες, μεταξύ των οποίων η διατήρηση της ενέργειας, η αύξηση της δραστηριότητας και η συζήτηση με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Μια πολυεπίπεδη διαδικασία εξατομίκευσης είχε ως αποτέλεσμα προσωπικές στρατηγικές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαδικασία με την οποία οι συμμετέχοντες εξατομικεύουν τις στρατηγικές CRF συνίστατο στον εντοπισμό, την επιβεβαίωση, τη δοκιμή και την αξιολόγηση διαφορετικών στρατηγικών CRF και οδήγησε σε εκλεπτυσμένες, ειδικές και εξατομικευμένες στρατηγικές με σκοπό να εξασφαλίσουν στους συμμετέχοντες την επίτευξη του στόχου τους.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ: Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην εξατομίκευση των στόχων και των στρατηγικών τους. Η εξατομίκευση των

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

στόχων και στρατηγικών του CRF βοηθά τους ασθενείς να αντιληφθούν πώς η βελτίωση της CRF θα επηρεάσει τη ζωή τους.

What Do Ovarian Cancer Patients Expect From Treatment?: Perspectives From an Online Patient Community

Author: Simacek, K.

Journal of Cancer Nursing, 2016

Abstract

BACKGROUND: Advances in ovarian cancer treatment have improved outcomes. However, the gap between patients' hopes and expectations and their actual outcomes remains an understudied aspect of treatment decision making. This gap has been noted to be a predictor of poorer health-related quality of life. Incorporating patient hopes and expectations for treatment into clinical care may improve patient experiences.

OBJECTIVES: The aim of this study is to describe the hopes and expectations of ovarian cancer patients at diagnosis and throughout treatment transitions.

METHODS: This study sampled from an online community of patients with ovarian cancer. Thirty members completed an online qualitative survey about their diagnostic and treatment journey, including hopes and expectations around treatment.

RESULTS: Initially, ovarian cancer patients hoped for a complete cure or removal of cancer. As they progressed through treatment, hopes and expectations centered on issues related to living with ovarian cancer. A subset of patients emphasized a lack of information about treatment side effects.

CONCLUSIONS: The shift in expectations from survival to living with ovarian cancer may demonstrate an enhanced understanding of ovarian cancer prognosis as patients learn more about their condition. Patients underscored that a more involved discussion of side effect profiles with clinicians would enhance their treatment decision making and expectation setting process.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: Expectation setting may be improved by contextualizing treatment in terms of the transitions ovarian cancer patients experience. Providing relevant information that aligns with patient needs, desires, and concerns at critical transitions may improve clinical care and decision making.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

Μετάφραση

Τι προσδοκούν οι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών από τη θεραπεία; Προοπτικές από μια διαδικτυακή κοινότητα ασθενών

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η πρόοδος στην αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών έχει βελτιώσει τα αποτελέσματα. Ωστόσο, το χάσμα μεταξύ των ελπίδων και των προσδοκιών των ασθενών και των πραγματικών τους αποτελεσμάτων παραμένει μια υποτιμημένη πτυχή της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Αυτό το κενό έχει παρατηρηθεί ως πρόβλεψη της φτωχής ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ενσωμάτωση των ελπίδων και των προσδοκιών των ασθενών για θεραπεία στην κλινική περίθαλψη μπορεί να βελτιώσει τις εμπειρίες των ασθενών.

ΣΤΟΧΟΙ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει τις ελπίδες και τις προσδοκίες των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών κατά τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια των μεταβάσεων της θεραπείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η μελέτη δειγματολήθηκε από μια online κοινότητα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Τριάντα μέλη ολοκλήρωσαν μια διαδικτυακή ποιοτική έρευνα σχετικά με το διαγνωστικό και θεραπευτικό τους ταξίδι, συμπεριλαμβανομένων των ελπίδων και των προσδοκιών γύρω από τη θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αρχικά, οι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών ήλπιζαν για πλήρη θεραπεία ή απομάκρυνση του καρκίνου. Καθώς προχώρησαν μέσω της θεραπείας, οι ελπίδες και οι προσδοκίες επικεντρώθηκαν σε θέματα σχετικά με τη ζωή με καρκίνο των ωοθηκών. Ένα υποσύνολο ασθενών τόνισε την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις παρενέργειες της θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετατόπιση των προσδοκιών από την επιβίωση έως τη ζωή με τον καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να καταδείξει μια καλύτερη κατανόηση της πρόγνωσης του καρκίνου των ωοθηκών καθώς οι ασθενείς μαθαίνουν περισσότερα για την κατάστασή τους. Οι ασθενείς υπογράμμισαν ότι μια πιο εμπεριστατωμένη συζήτηση των προφίλ των παρενεργειών με τους κλινικούς ιατρούς θα ενίσχυε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη λήψη αποφάσεων και τη διαδικασία καθορισμού προσδοκιών.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ: Η ρύθμιση της προσδοκίας μπορεί να βελτιωθεί με την περιπλοκή της θεραπείας από την άποψη της μεταβατικής εμπειρίας των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Η παροχή σχετικών πληροφοριών που ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις ανησυχίες των ασθενών σε κρίσιμες μεταβάσεις μπορεί να βελτιώσει την κλινική φροντίδα και τη λήψη αποφάσεων.

The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe

Authors: Charalambous, A., Adamakidou, A., Cloconi, T., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., Bužgová, R.

European Journal of Oncology Nursing, 2017.

Abstract

PURPOSE: The increase in patients diagnosed with and living with cancer calls for the provision of quality nursing care within this paradigm, one that can reflect the complex needs of the patient that cancer and its treatments induce. The study aimed to evaluate the quality of oncology nursing care, as perceived, by hospitalized cancer patients in three European countries.

METHODS: This was a cross-sectional descriptive study. In-patients diagnosed with cancer were selected based on explicit inclusion and exclusion criteria. Data was collected with the Quality of Oncology Nursing Care Scale- QONCS, comprising of 34 items grouped in 5 domains. Sociodemographic data was also retrieved.

RESULTS: The sample included 610 patients receiving care in 2 hospitals in Cyprus (n = 274), 1 hospital in Greece (n = 144) and 2 hospitals in the Czech Republic (n = 192). Statistically significant differences were found between the three countries and across all domains of the QONCS, with the exception of the spiritual and religious care (p = 0.136). Age and days of treatment produced statistically significant differences across all the domains of the QONCS, whilst gender did not produced any statistically significant differences (p ranged from 0.136–0.369).

CONCLUSION: This is one of the first studies that provide evidence on the Quality of Nursing Care delivered to patients diagnosed with cancer in various European countries. Discrepancies were found between the participating countries. However, the provision of spiritual and religious care by the nurses received the lowest scores across the three participating countries.

Μετάφραση

Η ποιότητα της ογκολογικής νοσηλευτικής περίθαλψης: Μια διασταυρούμενη έρευνα σε τρεις χώρες της Ευρώπης.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η αύξηση των ασθενών που έχουν διαγνωστεί και ζουν με καρκίνο απαιτεί την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στο πλαίσιο αυτού του παραδείγματος, που μπορεί να αντικατοπτρίζει τις περίπλοκες ανάγκες του ασθενούς που προκαλούν τον καρκίνο και τις θεραπείες. Η μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης ογκολογίας, όπως γίνεται αντιληπτή, από ασθενείς με καρκίνο σε νοσοκομείο σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή ήταν μια περιγραφική μελέτη σε εγκάρσια τομή. Οι ασθενείς με διάγνωση καρκίνου επιλέχθηκαν με βάση ρητά κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την Κλίμακα Ποιότητας Ογκολογίας Νοσηλευτικής Φροντίδας - QONCS, που αποτελείται από 34 αντικείμενα που ομαδοποιούνται σε 5 τομείς. Τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα ανακτήθηκαν επίσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα περιελάμβανε 610 ασθενείς που έλαβαν περίθαλψη σε 2 νοσοκομεία στην Κύπρο ($n = 274$), 1 νοσοκομείο στην Ελλάδα ($n = 144$) και 2 νοσοκομεία στην Τσεχική Δημοκρατία ($n = 192$). Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών χωρών και σε όλους τους τομείς του QONCS, με εξαίρεση την πνευματική και θρησκευτική φροντίδα ($p = 0.136$). Η ηλικία και οι ημέρες θεραπείας παρήγαγαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλους τους τομείς του QONCS, ενώ το φύλο δεν παρήγαγε στατιστικά σημαντικές διαφορές (p κυμαινόταν από $(0,136-0,369)$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αυτή είναι μία από τις πρώτες μελέτες που παρέχουν στοιχεία για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται σε ασθενείς με διάγνωση καρκίνου σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Διαπιστώθηκαν ασυμφωνίες μεταξύ των συμμετεχουσών χωρών. Ωστόσο, η παροχή πνευματικής και θρησκευτικής φροντίδας από τους νοσηλευτές έλαβε τις χαμηλότερες βαθμολογίες στις τρεις συμμετέχουσες χώρες.

Nurse confidence in gynaecological oncology practice and the evaluation of a professional development module.

Authors: Philp, S., Barnett, C., D'Abrew, N., White, K.

Contemporary Nurse, 2017.

Abstract

BACKGROUND: A tertiary-based education program on gynaecological oncology was attended by 62 registered nurses (RN).

AIMS: The program aimed to update nurses' knowledge, improve skills and ability to manage common situations and to assess program efficacy.

DESIGN: Evaluation framework with specifically designed pre-post questionnaire about program content and nurse confidence.

METHOD: RN interested in gynaecological oncology were invited to attend. Nurses rated their confidence about gynaecological oncology skills one week prior to the program, immediately post-course, 3 months post and 12 months post. Speaker presentations were evaluated immediately post-course.

RESULTS: Participants indicated improved confidence immediately after participating in the course ($z = -6.515, p < .001$); whilst confidence subsequently declined and stabilised up to 12 months post-course, it still remained significantly higher than before the course: 3 months post- ($z = -5.284, p < .001$) and 12 months post- ($z = -4.155, p < .001$).

CONCLUSIONS: Results support the value of continuing professional education for improving nurse confidence in the gynaecological oncology setting.

Μετάφραση

Η εμπιστοσύνη των νοσοκόμων στην πρακτική της γυναικολογικής ογκολογίας και η αξιολόγηση μιας ενότητας επαγγελματικής εξέλιξης.

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ένα τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη γυναικολογική ογκολογία παρακολούθησε 62 εγγεγραμμένες νοσοκόμες (RN).

ΣΤΟΧΟΙ: Το πρόγραμμα αποσκοπούσε στην ενημέρωση των νοσοκόμων, στη βελτίωση των δεξιοτήτων και της ικανότητας διαχείρισης των κοινών καταστάσεων και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος.

ΣΧΕΔΙΟ: Πλαίσιο αξιολόγησης με ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο πριν από την αποστολή σχετικά με το περιεχόμενο του προγράμματος και την εμπιστοσύνη των νοσοκόμων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: RN που ενδιαφέρονται για γυναικολογική ογκολογία κλήθηκαν να παρευρεθούν. Οι νοσηλεύτριες αξιολόγησαν την εμπιστοσύνη τους για τις δεξιότητες της γυναικολογικής ογκολογίας μία εβδομάδα πριν από το πρόγραμμα, αμέσως μετά το μάθημα, 3 μήνες μετά και 12 μήνες μετά. Οι παρουσιάσεις των ομιλητών αξιολογήθηκαν αμέσως μετά το μάθημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι συμμετέχοντες ανέφεραν βελτιωμένη εμπιστοσύνη αμέσως μετά τη συμμετοχή τους στο μάθημα ($z = -6.515, p < .001$). Ενώ η εμπιστοσύνη στη συνέχεια υποχώρησε και σταθεροποιήθηκε έως και 12 μήνες μετά την πορεία, παρέμεινε σημαντικά υψηλότερη από ό, τι πριν από την πορεία: 3 μήνες μετά την ($z = -5.284, p < .001$) και 12 μήνες μετά- ($z = -4.155, P < .001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την αξία της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης για τη βελτίωση της εμπιστοσύνης των νοσοκόμων στο περιβάλλον γυναικολογικής ογκολογίας.

Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors

Authors: Zhoua, Y., Irwina, M., L., Ferruccia, A., McCorklea, R., Ercolanoc, A., L., Lib, F., Steind, K., Cartmela, B.

Gynecologic Oncology, 2016.

Abstract

OBJECTIVE: There are limited data on outcomes and predictors of health-related quality of life (HRQOL) of ovarian cancer survivors. Therefore, we examined the trajectory and predictors of HRQOL one- and two-years post-diagnosis in this population.

METHODS: 365 ovarian cancer survivors, a subset of participants in the longitudinal American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-I, completed questionnaires at one-year post-diagnosis on sociodemographics, clinical factors, and HRQOL (SF-36). 284 women had HRQOL data at two-years post-diagnosis. In this secondary data analysis, we examined HRQOL at both time points, changes in HRQOL and predictors of HRQOL with univariate and multivariate linear regression.

RESULTS: Mean mental and physical HRQOL scores one-year post-diagnosis were 49.37 (SD \pm 11.59) and 45.96 (SD \pm 10.89), respectively. Older age, lower income, higher disease stage, more comorbidities and greater symptom burden were associated with poorer physical functioning one year post-diagnosis. Younger age, higher stage, having an existing mental health issue, greater symptom burden, and not receiving chemotherapy were associated with poorer mental functioning. Disease recurrence between one- and two-years post-diagnosis and greater symptom burden were predictors of declining physical functioning from one- to two-years post-diagnosis. Mental functioning did not change significantly between assessments.

CONCLUSIONS: Overall mental and physical functioning of these ovarian cancer survivors was similar to the general population. However, lower HRQOL was associated with a number of variables, including disease recurrence, treatment status, symptom burden, age, and number of comorbidities. These findings can help health care providers identify survivors who may benefit from relevant interventions.

Μετάφραση

Υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των επιζώντων καρκίνου των ωοθηκών: Αποτελέσματα από τη μελέτη της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για τους επιζώντες του καρκίνου

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα και τους παράγοντες πρόβλεψης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ΠΠΠΖΥ) των επιζώντων με καρκίνο των ωοθηκών. Ως εκ τούτου, εξετάσαμε την τροχιά και τους προγνωστικούς δείκτες του ΠΠΠΖΥ, ενός και δύο ετών μετά τη διάγνωση σε αυτόν τον πληθυσμό.

ΜΕΘΟΔΟΙ: 365 επιζώντες του καρκίνου των ωοθηκών, ένα υποσύνολο συμμετεχόντων στη διαχρονική μελέτη της Αμερικανικής Καρκινικής Εταιρείας για τους Επιζώντες του Καρκίνου-I, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σε ένα χρόνο μετά τη διάγνωση για κοινωνιο-δημογραφικά, κλινικούς παράγοντες και ΠΠΠΖΥ (SF-36). 284 γυναίκες είχαν δεδομένα ΠΠΠΖΥ μετά από δύο χρόνια μετά τη διάγνωση. Σε αυτήν την ανάλυση δευτερογενούς δεδομένων, εξετάσαμε το ΠΠΠΖΥ και στα δύο χρονικά σημεία, τις μεταβολές στο HRQOL και τους προγνωστικούς δείκτες του ΠΠΠΖΥ με μονή μεταβλητή και πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μέσες βαθμολογίες ΠΠΠΖΥ κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τη διάγνωση ήταν 49,37 (SD ± 11,59) και 45,96 (SD ± 10,89), αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλότερο εισόδημα, το υψηλότερο στάδιο της νόσου, οι περισσότερες συνιστώσες και το μεγαλύτερο βάρος των συμπτωμάτων συνδέθηκαν με τη χειρότερη σωματική λειτουργία ενός έτους μετά τη διάγνωση. Η μικρότερη ηλικία, το υψηλότερο στάδιο, η ύπαρξη ενός υφιστάμενου προβλήματος ψυχικής υγείας, η μεγαλύτερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων και η μη χορήγηση χημειοθεραπείας συνδέθηκαν με φτωχότερη ψυχική λειτουργία. Η επανεμφάνιση της νόσου μεταξύ μιας και δύο ετών μετά τη διάγνωση και η μεγαλύτερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων ήταν παράγοντες πρόβλεψης της πτώσης της σωματικής λειτουργίας από μία έως δύο χρόνια μετά τη διάγνωση. Η ψυχική λειτουργία δεν άλλαξε σημαντικά μεταξύ των αξιολογήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνολική ψυχική και σωματική λειτουργία αυτών των επιζώντων με καρκίνο των ωοθηκών ήταν παρόμοια με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, το χαμηλότερο HRQOL συσχετίστηκε με έναν αριθμό μεταβλητών, συμπεριλαμβανομένης της υποτροπής της νόσου, της κατάστασης της θεραπείας, της επιβάρυνσης των συμπτωμάτων, της ηλικίας και του αριθμού των συντρόφων. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

υγειονομικής περιθαλψης να εντοπίσουν επιζώντες που μπορούν να επωφεληθούν από σχετικές.

Συμπεράσματα: Απαραίτητες είναι οι νοσηλευτικές ενέργειες στην εκπαίδευση του φροντιστή για τη μείωση του βάρους της φροντίδας της καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής ογκολογίας οφείλει να είναι σε θέση να δημιουργεί εξατομικευμένους στόχους και στρατηγικές διαχείρισης συμπτωμάτων όπως η κόπωση έπειτα από υποτροπιάζοντα ωοθηκικό όγκο. Αυτές οι στρατηγικές εξαρτώνται από τη διατήρηση της ενέργειας, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και τη συνεχή επικοινωνία με τους λειτουργούς υγείας. Παράλληλα, τεράστιο ενδιαφέρον παρουσιάζουν μελέτες που αφορούν τις αντιλήψεις των γυναικών αυτών, από το στάδιο της διάγνωσης έως τις ολικές εκφάνσεις της θεραπείας. Η μετάβαση των προσδοκιών από πλήρη αποθεραπεία και απομάκρυνση του όγκου σε μια πιο ποιοτική ζωή συμβαδίζοντας με τον καρκίνο καταδεικνύει χαρακτηριστικά το χάσμα μεταξύ ελπίδων και πραγματικότητας. Επιτακτική κρίνεται η ανάγκη για έγκαιρη πληροφόρηση των παρενεργειών της θεραπείας για τη βελτίωση της κλινικής φροντίδας και τη λήψη αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας. Συγχρόνως, η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση του νοσηλευτή ογκολογίας με σκοπό τη βελτίωση των δεξιοτήτων του για την κατάλληλη διαχείριση ογκολογικών ασθενών πρέπει να αποτελεί κύρια προτεραιότητα των φορέων υγείας.

Ovarian cancer in pregnancy

Authors: Fruscio, R., De Haa, J., Verheecke, K., M., Mhallem, M.
Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2017.

Abstract

Although the occurrence of ovarian masses in pregnancy is relatively common, the majority of them is functional and resolve spontaneously; nevertheless, ovarian cancer is the fifth most common malignancy diagnosed in pregnancy. If malignancy is suspected, treatment should be decided on the basis of gestational age, stage of the disease and patient preferences. In early stage, ovarian cancer surgery may be planned preferably after 16 weeks of pregnancy, and chemotherapy can be administered from the second trimester if indicated as in non-pregnant patients. In advanced-stage disease, when complete cytoreduction is not achievable, neoadjuvant chemotherapy could be administered even in pregnancy. Chemotherapy should be a combination of carboplatin and paclitaxel in epithelial ovarian cancer patients and a combination of cisplatin, vinblastin and bleomycin in non-epithelial ovarian cancer. The outcome of patients with ovarian cancer diagnosed in pregnancy is similar to non-pregnant patients, and stage of the disease is the most important prognostic factor.

Μετάφραση

Ο καρκίνος των ωοθηκών κατά την εγκυμοσύνη

Περίληψη

Αν και η εμφάνιση ωοθηκικών μαζών κατά την εγκυμοσύνη είναι σχετικά συχνή, η πλειονότητα αυτών είναι λειτουργική και επιλύεται αυθόρμητα. Ωστόσο, ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η πέμπτη πιο κοινή κακοήθεια που διαγνώστηκε κατά την εγκυμοσύνη. Εάν υπάρχει υποψία κακοήθειας, η θεραπεία πρέπει να αποφασίζεται με βάση την ηλικία κύησης, το στάδιο της νόσου και τις προτιμήσεις των ασθενών. Σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση καρκίνου των ωοθηκών μπορεί να προγραμματιστεί κατά προτίμηση μετά από 16 εβδομάδες εγκυμοσύνης και η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί από το δεύτερο τρίμηνο, εάν υποδεικνύεται σε μη εγκύους ασθενείς. Σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο, όταν δεν είναι εφικτή η πλήρης κυτταροπλαστική, η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί ακόμα και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η χημειοθεραπεία πρέπει να είναι συνδυασμός καρβοπλατίνης και πακλιταξέλης σε ασθενείς με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών και συνδυασμός σισπλατίνης, βινμπλαστίνης και βλεομυκίνης σε μη επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών. Το αποτέλεσμα των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που διαγνώστηκαν κατά την εγκυμοσύνη είναι παρόμοιο με τους μη εγκύους ασθενείς και το στάδιο της νόσου είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας.

Συμπέρασμα: Η παρουσία του ωοθηκικού όγκου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνή, αφού κατατάσσεται στην πέμπτη πιο κοινή κακοήθεια την περίοδο αυτή της ζωής της γυναίκας. Κύριος προγνωστικός παράγοντας είναι το στάδιο της νόσου. Ακολουθεί η ηλικία κύησης και οι προτιμήσεις της γυναίκας. Η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιείται κατά προτίμηση μετά τη 16η εβδομάδα κύησης. Σε όψιμο στάδιο επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το χημειοθεραπευτικό σχήμα είναι καρβοπλατίνη- πακλιταξέλη.

Ovarian cancer in the older woman

Authors: Tew, W., P.

Journal of Geriatric Oncology, 2016

Abstract

Ovarian cancer is the seventh most common cancer in women worldwide and accounts for nearly 4% of all new cases of cancer in women. Almost half of all patients with ovarian cancer are over the age of 65 at diagnosis, and over 70% of deaths from ovarian cancer occur in this same age group. As the population ages, the number of older women with ovarian cancer is increasing. Compared to younger women, older women with ovarian cancer receive less surgery and chemotherapy, develop worse toxicity, and have poorer outcomes. They are also significantly under-represented in clinical trials and thus application of standard treatment regimens can be challenging. Performance status alone has been shown to be an inadequate tool to predict toxicity of older patients from chemotherapy. Use of formal geriatric assessment tools is a promising direction for stratifying older patients on trials. Elderly-specific trials, adjustments to the eligibility criteria, modified treatment regimens, and interventions to decrease morbidities in the vulnerable older population should be encouraged.

Μετάφραση

Περίληψη

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο έβδομος συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και αντιπροσωπεύει σχεδόν το 4% όλων των νέων κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες. Σχεδόν το ήμισυ όλων των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών είναι πάνω από την ηλικία των 65 ετών στη διάγνωση και πάνω από το 70% των θανάτων από καρκίνο των ωοθηκών εμφανίζονται στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Καθώς ο πληθυσμός γερνάει, ο αριθμός των ηλικιωμένων γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών αυξάνεται. Σε σύγκριση με τις νεότερες γυναίκες, οι ηλικιωμένες γυναίκες με καρκίνο του ωοθηκών λαμβάνουν λιγότερη χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία, αναπτύσσουν χειρότερη τοξικότητα και έχουν φτωχότερα αποτελέσματα. Είναι επίσης σημαντικά υποεκπροσωπούμενες στις κλινικές δοκιμές και έτσι η εφαρμογή τυποποιημένων θεραπευτικών αγωγών μπορεί να είναι δύσκολη. Μόνο η κατάσταση απόδοσης έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα ανεπαρκές εργαλείο για την πρόβλεψη της τοξικότητας των ηλικιωμένων ασθενών από τη χημειοθεραπεία. Η χρήση των επίσημων εργαλείων γηριατρικής αξιολόγησης είναι μια πολλά υποσχόμενη κατεύθυνση για τη στρωματοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών σε δοκιμές. Θα πρέπει να ενθαρρυνθούν οι ειδικές δοκιμές σε ηλικιωμένους, οι προσαρμογές στα κριτήρια επιλεξιμότητας, τα τροποποιημένα θεραπευτικά σχήματα και οι παρεμβάσεις για τη μείωση των νοσημάτων στον ευάλωτο ηλικιωμένο πληθυσμό.

Συμπεράσματα: Ο γηριατρικός πληθυσμός αποτελεί την πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών. Αποτελεί το 70% των θανάτων από τη νόσο. Η επίσημη αξιολόγηση των γηριατρικών εργαλείων σε χειρουργικές επεμβάσεις και χημειοθεραπεία είναι πολλά υποσχόμενη για τη στήριξη αποφάσεων σχετικά με το ποιοι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ικανοί να ανεχθούν την πρότυπη θεραπεία. Οι τροποποιήσεις στη φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση της νοσηρότητας στους ευάλωτους ηλικιωμένους πληθυσμούς κρίνονται απαραίτητες.

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πιο δύσκολη πρόκληση της γυναικολογικής ογκολογίας. Ο καρκίνος των ωοθηκών παραμένει μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της ογκολογίας. Σε νεαρές άτεκνες γυναίκες, με νόσο σταδίου I, το ωοθηκικό καρκίνωμα αντιμετωπίζεται χειρουργικά αφαιρώντας τη μία μόνο ωοθήκη, αφού έχει προηγηθεί προσεκτική διερεύνηση για αποκλεισμό μετασταστικής νόσου ή συνυπάρχοντος καρκίνου. Η ενδοπεριτοναϊκή μετάσταση αποτελεί τη συχνότερη μορφή μετάσταση της επιθηλιακής νεοπλασίας. Οι οικονομικές, ψυχολογικές και σεξουαλικές ανησυχίες επιζώντων και νοσούντων του ωοθηκικού καρκίνου επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα τους. Ως ελλιπής αποδεικνύεται η γνώση των επαγγελματιών υγείας σχετιζόμενη με τις έγνοιες και τον καρκινικό πόνο. Μεγάλη έκταση στη βιβλιογραφία δίνεται στο ψυχοκοινωνικό και υποστηρικτικό ρόλο των παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε επίπεδο της διάγνωσης και της θεραπευτικής προσέγγισης των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών.

Η επιβίωση αποτελεί μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας της ασθενούς, η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων και για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, συστάσεις αγωγής υγείας, καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για καθεμία ασθενή.

Αποτελεί λοιπόν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές ογκολογίας σε διεθνές επίπεδο αλλά και παγκοσμίως να ασχοληθούν με τις ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών στον κλινικό χώρο ή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο. Για να γίνει αυτό πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Γιωτάκη-Χαράτση, Ε., (2014).** *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2^η έκδοση. Ιωάννινα: Εκδόσεις Nextcom Α.Ε.
- **Ιατράκης, Γ. (2010).** *Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.
- **Λαβδανίτη, Μ. & Αβραμικά, Μ. (2012).** Η Επιβίωση του Ασθενούς με Καρκίνο μετά το Τέλος της Θεραπείας- Ο Ρόλος του Νοσηλευτή. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 10(4):490-501.
- **Λώλης, Δ., Ε. (2010).** *Γυναικολογία και Μαιευτική*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
- **Ραβανός, Κ. και συν. (2012).** Επιθηλιακός Καρκίνος Ωοθηκών Οριακής Κακοήθειας σε Ασθενή 15 ετών. Παρουσίαση Περιστατικού. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*. 11(1): 29-34.
- **Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, (2012).** *Σημειώσεις μαθήματος: Αναπαραγωγικό Σύστημα Θηλέος [εβδομάδα μαθήματος: 7^η]* Ιωάννινα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου.
- **Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, (2014).** *Σημειώσεις μαθήματος: Τι Ονομάζουμε «Πόνο»;*[εβδομάδα μαθήματος: 2^η] Ιωάννινα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου.
- **Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β. & Πετρίδου, Ε. (2012).** *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Abbott-Anderson K. & Kwekkeboo, K., L., (2012).** A Systematic Review of Sexual Concerns Reported by Gynecological Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology*. 124(3):477- 489.
- **Angioli, R., Capriglione, S., Aloisi, A., Miranda, A., de Cicco, Nardone, C., Terranova, C., Adrower, R. & Plotti, F., (2015).** Economic Impact Among Family Caregivers of Patients Advanced Ovarian Cancer. *International Journal Gynecological Cancer*, 25(8):1541-6.
- **Charalambous, A., Adamakidou, A., Cloconi, T., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L. & Bužgová, R. (2017).** The quality of oncology nursing care: A

cross sectional survey in three countries in Europe. *European Journal of Oncology Nursing*. 27: 45-52.

- **Daly, M., B., Drescher, C., W., Yates, M., S., Jeter, J., M., Karlan, B., Y., Alberts, S., D. & Lu, H., K. (2015).** Salpingectomy as a Means to Reduce Ovarian Cancer Risk. *American Association for Cancer Research*. 58(5): 342–8.
- **Domenici, L., Palaia, I., Giorgini, M., Piscitelli, V., P., Tomao, F., Marchetti, C., Di Donato, V., Perniola, G., Musella, A., Monti, M., Muzii, L. & Benedetti-Panici, P. (2016).** Sexual Health and Quality of Life Assessment among Ovarian Cancer Patients during Chemotherapy. *University of Ioannina Central Library: Karger*. 91:205-210.
- **Doubeni, A., R., Chyke A. & Myers, A., E., (2016).** Diagnosis and Management of Ovarian Cancer. *American Family Physician*. 93(11): 937-944.
- European Society for Medical Oncology, (2014). *Καρκίνος των Ωοθηκών: Ένας οδηγός για Ασθενείς*. [Εντυπο] Αθήνα: European Society for Medical Oncology.
- **Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., M., Forman, D., Bray, F. (2015).** Ovarian cancer statistics. *World Cancer Research Fund International*.
- **Fruscio, R., De Haa, J., Verheecke, K., M. & Mhallem, M. (2017).** Ovarian cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 41(1): 108-117.
- **Gilbertson-White, S. (2017).** Coping With Pain Severity, Distress, and Consequences in Women with Ovarian Cancer. *Journal of Cancer Nursing*. 40 (2), 117-123.
- **Guo, S., W. (2015).** Endometriosis and ovarian cancer: potential benefits and harms of screening and risk-reducing surgery. *Fertility and Sterility*. 104(4): 813-830.
- **Hagan, T., L. (2016).** Creating Individualized Symptom Management Goals and Strategies for Cancer-Related Fatigue for Patients With Recurrent Ovarian Cancer. *Journal of Cancer Nursing*. 00(0):1-9.
- **Hartnett, J., Thom, B. & Kline, N. (2016).** Caregiver Burden in End-Stage Ovarian Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2):169-73.
- **Hilarius, L., D. (2012).** Chemotherapy induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study. *Springer*. 20:107-117.
- **Huang, T., Eliassen, A., H., Hankinson, S., E., Okereke, O., I., Kubzansky, L., D., Wang, M., Poole, E., M., Chavarro, J., E. & Tworoger, S., S. (2016).** A prospective study of leisure-time physical activity and risk of incident epithelial

ovarian cancer: Impact by menopausal status. *International Journal of Cancer*. 138(4):843-52.

- **Huang, T., Poole, E., M., Eliassen, A., H., Okereke, O., I., Kubzansky, L., D., Sood, A., K., Forman, J., P., Tworoger, S., S. (2016).** Hypertension, use of antihypertensive medications, and risk of epithelial ovarian cancer. *International Journal of Cancer*. 139(2):291-9
- **Huffman, L., B., Hartenbach, E., M., J., Rasha, J., K. & Kushner, D., M. (2016).** Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic Oncology*. 140(2):359-368.
- **Iżycki, D., Woźniak, K. & Iżycka, N. (2016).** Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Prz Menopauzalny*. 15(2): 112–116.
- **Jain, V., Sekhon, R., Pasricha, S., Giri, S., Modi, K., B., Shrestha, E., Ram, D., Rawal, S. (2017).** Clinicopathological Characteristics and Prognostic Factors of Synchronous Endometrial and Ovarian Cancers-A Single-Institute Review of 43 Cases. *International Journal of Gynecological Cancer*. 27(5):938-946.
- **La Vecchia, C. (2017).** Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. *European Journal of Cancer Prevention*. 26(1):55-62.
- **Lewellen, K., A., Metzinger, M., N., Liu, Y. & Stack, M.,S. (2016).** Quantization of Intra-Peritoneal Ovarian Cancer Metastasis. *Journal Visualized Experiments*. 18(1):113.
- **Marchetti, C., De Felice, F., Musella, A., Palaia, I., Monti, M., Musio, D., Muzii, L., Tombolini, V. & Panici, P., B. (2016).** Weekly versus three weeks chemotherapy for advanced ovarian cancer: a meta-analysis. *Oncotarget*. 7(36):709-715.
- **Mardas, M., Jamka, M. & Mądry, R. (2015).** Dietary habits changes and quality of life in patients undergoing chemotherapy for epithelial ovarian cancer. *Supportive Care Cancer*. 23(4):1015–1023.
- **Mark, H., Ebell, M., B., Culp, T., J. & Radke, M. (2016).** A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer. *American Journal of Preventive Medicine*. 50(3): 384–394.
- **McGee, J., Giannakeas, V., Karlan, B., Lubinski, J., Gronwald, J., Rosene, B., McLaughlin, M., Risch, H., Sun, P., Foulkes, W., D. & Neuhausen, S.,L. (2017).** Risk of breast cancer after a diagnosis of ovarian cancer in BRCA mutation carriers: Is preventive mastectomy warranted? *Gynecologic Oncology*. 145(2): 346-351.

- **National Cancer Institute, 2017.** Ovarian Epithelial, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version. *National Institutes of Health*.
- **National Cancer Institute, 2017.** Ovarian Germ Cell Tumors Treatment (PDQ®)–Patient Version. *National Institutes of Health*.
- **Percival, N., George, A., Gyertson, J., Hamill, M., Fernandes, A., Banerjee, S., Davies, E. & Rahman, N. (2016).** The Integration of BRCA Testing into Oncology Clinics. *British Journal of Nursing*. 25(12):690-94.
- **Philp, S., Barnett, C., D'Abrew, N. & White, K. (2017).** Nurse confidence in gynecological oncology practice and the evaluation of a professional development module. *Contemporary Nurse*. 53(2):203-216.
- **Poole, E., M., Lin, W., T., Kvaskoff, M., De Vivo, I., Terry, K., L. & Missmer, S., A. (2017).** Endometriosis and risk of ovarian and endometrial cancers in a large prospective cohort of U.S. nurses. *Cancer Causes Control*. 28(5):437-445.
- **Rikki, A., Cannioto, K., B. & Moysich, M. (2015).** Epithelial ovarian cancer and recreational physical activity: A review of the epidemiological literature and implications for exercise prescription. *Gynecologic Oncology*. 137(3): 559–573.
- **Roland, C., B., Rodriguez, J., B., Patterson, J., R. & Trivers K., F., (2013).** A Literature Review of the Social and Psychological Needs of Ovarian Cancer Survivors. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 22(11):2.408-2.418.
- **Salani, R. & Bristow, R., E. (2011).** *Johns Hopkins Patients' Guide to Ovarian Cancer*. Sudbury: The Johns Hopkins University and Johns Hopkins Health System Corporation.
- **Simacek, K., Raja, P., Chiauzzi, E., Eek, D. & Halling, K. (2016).** What Do Ovarian Cancer Patients Expect From Treatment?: Perspectives from an Online Patient Community. *Journal of Cancer Nursing*. 00(0): 1-11.
- **Tew, W., P. (2016).** Ovarian cancer in the older woman. *Journal of Geriatric Oncology*. 7(5):354-61.
- **Trudel-Fitzgerald, C., Poole, E., M., Idahl, A., Lundin, E., Sood, A., K., Kawachi, I., Kubzansky, L., D. & Tworoger, S., S. (2017).** The Association of Work Characteristics with Ovarian Cancer Risk and Mortality. *Psychosomatic Medicine*.00(0): 33-74.
- **Walker, J., L., Powell, C., B., Chen, L., Carter, J., Bae- Jump, L., Parker, L.P., Borowsky, M., E. & Gibb, R. (2015).** Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *American Cancer Society*. 121(13):2.108–2.120.

- **Zhoua, Y., Irwina, M., L., Ferruccia, A., McCorklea, R., Ercolanoc, A., L., Lib, F., Steind, K. & Cartmela, B. (2016).** Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology*. 141(3):543-549.

ΞΕΝΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Bickley, S., L. & Szilagyi, P., G. (2016).** *Οδηγός για Κλινική Εξέταση και Λήψη Ιστορικού*. Μετάφραση από Αγγλικά από Χ. Ράπτη. 11^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Costanzo, L., S. (2010).** *Φυσιολογία*. Μετάφραση από Αγγλικά από Γ. Ανωγειανάκης & Ε. Παπαδημητρίου. 4^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **DeWit, C., S., (2011).** *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και Πρακτική*. Μετάφραση από Αγγλικά από Α. Λαμπρινού & Χ. Λεμονίδου. Έκδοση 2009. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Σελ.1031- 1065.
- **Gupta, S., Holloway, D. & Kubba, A. (2011).** Άλλες Γυναικολογικές Παθήσεις. In: Α., Γ., Δελτσίδου & Χ., Ι., Νάνου. Eds. 2010. *Oxford Handbook of Women's Health Nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- **Kumar, V., Abbas, A., K., Fausto, N. & Mitchell, R., N. (2011).** *Βασική Παθολογική Ανατομία*. Μετάφραση από Αγγλικά από Χ. Σκόπα. 8^η έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
- **LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., (2011).** Νοσηλευτική Φροντίδα Γυναικών με Διαταραχές του Αναπαραγωγικού Συστήματος και των Μαστών. Στην: Η. Παναουδάκη- Μπροκαλαλάκη, Β' τόμος. 5^η έκδοση 2014. *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Σελ. 1981-2025.
- **McPhee, A., J. & Papadakis, M., A. (2013).** *Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική*. Μετάφραση από Αγγλικά από Α., Αντσακλής και συν. 5^η έκδοση 2012. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- **Mulroney, S., E. & Myers, A., K. (2010).** *Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου*. Μετάφραση από Αγγλικά από Γ., Ανωγειανάκης & Ε., Παπαδημητρίου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- **Osborn, S., K., Wraa, E., C. & Watson, B., A. (2010).** *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Στην: Λ., Κουρκούτα, Σ., Μαντζούκας, Μ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης & Χ., Τσίου, Β' τόμος. Έκδοση 2013. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Ιατρική Βιβλιοθήκη.

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

- **Perry, G., A. & Potter, P., A. (2012).** *Βασική Νοσηλευτική και Κλινικές Δεξιότητες.*
Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>
- <https://books.google.gr/>
- <https://medlineplus.gov/>
- <https://scholar.google.gr/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>