

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ : ΚΙΡΚΙΛΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΘΕΜΑ : ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ: Δρ. ΗΛΙΑΣ ΚΑΤΣΙΚΗΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2018

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :
**<<ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΚΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ >>**

**ΚΙΡΚΙΛΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ :Δρ. ΚΑΤΣΙΚΗΣ ΗΛΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ-
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ
ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ , ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ,ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ Α.Τ.Ε.Ι.Θ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2018

Περιεχόμενα

Πρόλογος	σελ.3
Εισαγωγή	σελ. 4
Abstract	σελ. 5

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία γυναικείου γεννητικού συστήματος & φυσιολογία αναπαραγωγής & γονιμοποίησης

Έξω γεννητικά όργανα	σελ. 8
Έσω γεννητικά όργανα	σελ.11
Φυσιολογία αναπαραγωγής & γονιμοποίηση	σελ.13

Κεφάλαιο 2^ο

Γυναικολογικός καρκίνος

Εισαγωγή	σελ.17
Καρκίνος αιδοίου	σελ.18
Καρκίνος κολεού	σελ.21
Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	σελ.23
Καρκίνος ενδομήτριου	σελ.29
Καρκίνος ωαγωγών	σελ.34
Καρκίνος ωοθηκών	σελ.35

Κεφάλαιο 3^ο

Διατήρηση γονιμότητας σε νέες γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο

Διατήρηση γονιμότητας σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	σελ.42
Διατήρηση γονιμότητας σε γυναίκες με καρκίνο ενδομητρίου	σελ.45
Διατήρηση γονιμότητας σε γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών	σελ.47
Εναλλακτικές θεραπείες γονιμότητας	σελ.49
Επίλογος	σελ.50
Βιβλιογραφία	σελ.51

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης εστιάζει στην επίτευξη της διατήρησης της γονιμότητας σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με γυναικολογικό καρκίνο .

Επιπλέον , παρατίθενται χειρουργικές τεχνικές που αποσκοπούν στην διατήρηση των αναπαραγωγικών οργάνων με κύριο σκοπό την τεκνοποίηση στις γυναίκες που παρουσιάζουν γυναικολογικό καρκίνο σε πρώιμο στάδιο . Σκοπός της εργασίας είναι να προσφέρει συνοπτική ενημέρωση σε σπουδαστές και επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα νεότερα δεδομένα της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάγνωση του καρκίνου σε έναν ασθενή οποιασδήποτε ηλικίας αποτελεί μία καταστροφική είδηση , όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή , αλλά και για την οικογένεια του . Εξαιρετικά όμως καταστροφική είναι η διάγνωση του καρκίνου σε μία νέα γυναίκα , η οποία δεν έχει ακόμα αποκτήσει οικογένεια , δεν έχει τεκνοποιήσει . Σε αυτή την περίπτωση , η κατάσταση είναι ακόμη πιο δύσκολη , όχι μόνο για την ασθενή αλλά και για τον ιατρό , ο οποίος θα πρέπει να λάβει υπόψη του , στην αντιμετώπιση του καρκίνου και την επιθυμία της γυναίκας να διατηρήσει την γονιμότητα της με σκοπό να τεκνοποιήσει.

Αν και η θεραπεία του καρκίνου είναι υψίστης σημασίας , η διατήρηση της γονιμότητας σε γυναίκες που έχουν νοσήσει , αποτελεί πρόκληση των ιατρών γυναικολόγων. Παρόλο που πολλές από τις τυπικές θεραπείες για την αντιμετώπιση αυτών των κακοηθειών οδηγούν σε μόνιμη στειρώση , η αύξηση της επίπτωσης των γυναικολογικών καρκίνων τα τελευταία χρόνια σε όλο και νεότερες ασθενείς , έχει οδηγήσει την ιατρική στην προσπάθεια επίτευξης διατήρησης της γονιμότητας μέσω διαφόρων μεθόδων ,είτε χειρουργικών είτε μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ABSTRACT

Diagnosis of cancer in a patient of any age is tragic news, not only for the patient himself, but also for family around. Also extremely unpleasant is the diagnosis of cancer in a young woman who hasn't had create her own family, not had her own child. In this case, the situation is even more critical, not only for the patient but also for the doctor, who should take into account, the treatment of cancer and the desire of the woman to maintain her fertility in order to be able to make a child.

Although cancer treatment is top importance, the maintenance of fertility in women who have become ill is a challenge for gynecologists. Although many of the typical therapies to treat these malignancies lead to permanent sterilization, the increase in similar incidents in recent years moreover younger patients has led medicine to attempt to maintain fertility through various methods, either surgical either through assisted reproduction.

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελεί το μέσω λειτουργίας στην αναπαραγωγική διαδικασία και αποτελείται από τα έξω και τα έσω γεννητικά όργανα.

ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

- **ΑΙΔΟΙΟ** : Είναι το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων αποτελούμενο από το όρος της Αφροδίτης ή εφήβαιο ,τα Μείζονα ή μεγάλα χείλη και τα Ελάσσονα ή μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους Μείζονες και Ελάσσονες αδένες και τους Βολβούς του προδόμου.
- **ΕΦΗΒΑΙΟ** : Πρόκειται για ένα τριγωνικό τριχωτό έπαρμα του δέρματος με τη βάση προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα 3cm περίπου άνωθεν του πρωκτού. Η τρίχωση του εφηβαίου αρχίζει στην ήβη και μειώνεται στην κλιμακτηριακή εποχή. (ΚΡΕΑΤΣΑ, 2009)
- **ΜΕΙΖΟΝΑ Ή ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ** : Ευρίσκονται εκτός των μικρών χειλέων και δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος μήκους 9cm περίπου. Μεταξύ τους δημιουργείται η αιδοϊκή σχισμή. Σε κάθε χείλος διακρίνονται δύο επιφάνειες, η έσω και η έξω και δύο άκρα το πρόσθιο και το οπίσθιο. (ΚΡΕΑΤΣΑΣ,2009) Προστατεύουν έμμεσα την κλειτορίδα και τα στόμια της ουρήθρας και του κόλπου. Κάθε μεγάλο χείλος είναι κυρίως γεμάτο με μια σχήματος δακτύλου χαλαρού υποδόριου ιστού που περιέχει λείες μυϊκές ίνες και την κατάληψη του στρογγύλου συνδέσμου της μήτρας. Τα μεγάλα χείλη είναι παχύτερα μπροστά όπου ενώνονται και σχηματίζουν τον

πρόσθιο σύνδεσμο. Πίσω, στις άτοκες γυναίκες ενώνονται και σχηματίζουν ένα χείλος, τον οπίσθιο σύνδεσμο, ο οποίος βρίσκεται πάνω από το περινεϊκό σώμα και αποτελεί το οπίσθιο όριο του αιδοίου. Αυτός ο σύνδεσμος εξαφανίζεται μετά τον πρώτο κολπικό τοκετό. (KEITH L. MOORE, 2012)

- **ΕΛΑΣΣΟΝΑ Ή ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ :** Αποτελούν στρογγυλεμένες πτυχές ελεύθερου από λίπος άτριχου δέρματος. Εγκλείονται μέσα στην αιδοϊκή σχισμή και περιβάλλουν αμέσως και κλείνονται πάνω από τον πρόδομο του κόλπου μέσα στον οποίο αμφότερα το έξω στόμιο της ουρήθρας και το στόμιο του κόλπου εκβάλλουν. Αυτά έχουν μία κεντρική μοίρα σπογγώδους συνδετικού ιστού που περιέχει στυτικό ιστό κατά την βάση τους και πολλά μικρά αιμοφόρα αγγεία. Μπροστά τα μικρά χείλη σχηματίζουν δύο πέταλα. Τα έσω πέταλα εκατέρωθεν ενώνονται ως ο χαλινός της κλειτορίδος. Τα έξω πέταλα ενώνονται μπροστά στην βάλανο της κλειτορίδος, σχηματίζοντας την ακροποσθία της κλειτορίδος. (KEITH L. MOORE, 2012)
- **ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ :** Είναι ένα στυτικό όργανο εντοπιζόμενο όπου τα μικρά χείλη συναντώνται μπροστά. Αποτελείται από μία ρίζα και ένα μικρό, κυλινδρικό σώμα που αποτελούνται από δύο σκέλη , δύο σηραγγώδη σώματα και από τη βάλανο της κλειτορίδος. Το σώμα της κλειτορίδος καλύπτεται από την ακροποσθία. (KEITH L. MOORE, 2012)

- ΠΡΟΔΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΕΟΥ :** Είναι ο χώρος που περιβάλλεται από τα μικρά χείλη μέσα στον οποίο τα στόμια της ουρήθρας και του κολεού καθώς και οι πόροι των μεγάλων και των μικρών αδένων του προδόμου εκβάλλουν . Το έξω στόμιο της ουρήθρας εντοπίζεται 2-3 εκ. προς τα πίσω και κάτω από τη βάλανο της κλειτορίδος και μπροστά από το στόμιο του κόλπου. Εκατέρωθεν του έξω στομίου της ουρήθρας βρίσκονται τα στόμια των πόρων των παραουρηθρικών αδένων. Τα στόμια των πόρων των μεγάλων αδένων του προδόμου εντοπίζονται στις άνω, έσω επιφάνειες των μικρών χειλέων, κατά τη 5 και 7 θέση δεικτών του ρολογιού σε σχέση με το στόμιο του κόλπου στην θέση της λιθοτομίας. Το μέγεθος και η εμφάνιση του στομίου του κολεού ποικίλουν σε σχέση με τον παρθενικό υμένα, μία λεπτή δακτυλιοειδή πτυχή του βλεννογόνου , η οποία αποφράζει μερικώς ή πλήρως το στόμιο του κόλπου. Μετά τη ρήξη του, είναι ορατά μόνο υπολείμματα του υμένα, τα παρθενικά μύρτα. Αυτά τα υπολείμματα ξεχωρίζουν το κόλπο από το πρόδομο. (KEITH L. MOORE, 2012)
- ΟΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ (ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ) :** Ευρίσκονται εκατέρωθεν εκτός των μεγάλων χειλέων και εκβάλλουν το περιεχόμενό τους με εκφορητικό πόρο στην νυμφουμενική αύλακα . Το έκκριμά τους διευκολύνει τη συνουσία. (ΚΡΕΑΤΣΑ, 2009)
- ΟΙ ΕΛΑΣΣΟΝΕΣ ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ :** Είναι μικροί αδένες στον πρόδομο του κολεού, που ευρίσκονται μεταξύ του στομίου της ουρήθρας και του στομίου του κολεού. Εκκρίνουν βλέννη για να υγρανθούν τα χείλη και ο πρόδομος. (ΚΑΡΑΠΑΝΤΖΟΣ, 2015)
- ΟΙ ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ :** Εμφανίζουν σχήμα αμυγδάλου και σχηματίζονται από πυκνό φλεβικό πλέγμα που μοιάζει με τα σηραγγώδη σώματα της ανδρικής ουρήθρας. Κατά την επαφή οι βολβοί διογκώνονται λόγω της πλήρωσης

των φλεβών υπό αίματος και στενεύουν το στόμιο του κόλπου, έλκοντας έτσι τα μικρά χείλη του αιδοίου. Η έλξη αυτή μεταδίδεται στην κλειτορίδα μέσω του χαλινού ούτως ώστε, η βάλανος της να εφάπτεται της ράχης του πέους και να διεγείρονται τα αισθητικά νεύρα προκαλώντας με την τριβή το αίσθημα της ηδονής. (ΚΡΕΑΤΣΑ, 2009)

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

- **Κολεός :** Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 8-10 εκ. ο οποίος εκτείνεται από τον τράχηλο της μήτρας ως τα μικρά χείλη του αιδοίου . Ευρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό . Το άνω άκρο του κολεού περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας , σχηματίζοντας το θόλο του κολεού, ο οποίος διακρίνεται σε πρόσθιο , οπίσθιο και δυο πλάγιους. Από αυτούς ο οπίσθιος είναι ο βαθύτερος. Το σώμα του κολεού εμφανίζει δυο πλάγια χείλη και πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα . Το κάτω άκρο του κολεού είναι ουσιαστικά το στόμιο του κολεού και καλύπτεται από συνδετικό ιστό , τον παρθενικό υμένα.

Μήτρα : Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο , απαραίτητο για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου , τον τοκετό του εμβρύου και την έμμηνου ρύση. (ΚΑΡΑΠΑΝΤΖΟΣ, 2015)ευρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό και μάλιστα φέρεται πάνω και μπρος της ουροδόχου κύστης. Το μέγεθος της ποικίλει , η μη εγκυμονούσα μήτρα έχει μήκος περίπου 7,5 εκ. , πλάτος 5εκ. , πάχος 2εκ. και ζυγίζει περίπου 50 γρ. Συνήθως παρουσιάζει πρόσθια έγκλιση και πρόσθια κάμψη έτσι ώστε η μάζα της βρίσκεται πάνω από την ουροδόχο κύστη. η θέση της μήτρας μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό πληρότητας της ουροδόχου κύστεως και του ορθού και φυσικά ανάλογα με το στάδιο της κύησης . Η μήτρα διαιρείται σε δυο κύριες μοίρες το σώμα και τον τράχηλο. Το σώμα αποτελεί τα δυο άνω τριτημόρια της μήτρας και ο τράχηλος αποτελεί το κάτω τριτημόριο της μήτρας και μάλιστα προβάλλει μέσα στον κολεό και για αυτό διακρίνεται σε ένα υπερκοιλικό και ένα εδοκολπικό τμήμα. Στην στήριξη της μήτρας συμβάλλουν ο κολεός και το περίνεο , το

περιτόναιο , οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι , οι πλατείς σύνδεσμοι , το παραμήτριο και οι στρόγγυλοι σύνδεσμοι.

Ωαγωγοί : Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι μυώδης σωλήνες μήκους 10 εκ. ευρισκόμενες εκατέρωθεν του πυθμένα της μήτρας. Χρησιμεύουν για τη μεταφορά του ωαρίου από τις ωοθήκες στη μήτρα. Οι σάλπιγγες διαιρούνται σε 4 μοίρες , οι οποίες με κατεύθυνση από την ωοθήκη προς τη μήτρα είναι οι εξής :

- **Κώδωνας ή χοάνη :** Η μοίρα αυτή έρχεται σε στενή επαφή με την ωοθήκη και εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα διάμεσου του κοιλιακού στομίου το οποίο έχει διάμετρο 2χιλ. και περιβάλλεται από 20 με 30 κροσσούς. Ο μεγαλύτερος από αυτούς ο ωοθηκικός κροσσός προσφύεται στην ωοθήκη . κατά την ωορρηξία οι κροσσοί μεταφέρουν το ωάριο στη λήκυθο της σάλπιγγας.
- **Λήκυθος :** Είναι η πιο μακριά και φαρδιά μοίρα του ωαγωγού μήκους 8εκ. Σε αυτή τη μοίρα πραγματοποιείται συνήθως η γονιμοποίηση.
- **Ισθμός :** Είναι το πιο στενό και βραχύ τμήμα του ωαγωγού περίπου 2 εκ. το οποίο εισέρχεται στο σύστοιχο κέρας της μήτρας.
- **Μητριάια μοίρα :** Είναι ένα βραχύ τμήμα που εκβάλλει στην κοιλότητα της μήτρας σχηματίζοντας το μητριάιο στόμιο με διάμετρο 0.5-1χιλ.

Ωοθήκες : Πρόκειται για τον γεννητικό αδένα της γυναικάς που παράγει τους θηλυκούς γαμέτες τα ωάρια. Έχουν αμυγδαλοειδές σχήμα και μέγεθος. Το μήκος τους είναι περί τα 3-6 εκ. και το πλάτος τους 1,5-3.5 εκ. Κάθε ωοθήκη εμφανίζει 2 επιφάνειες την έσω και την έξω , 2 άκρα το άνω και το κάτω και 2 χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο. Η έσω επιφάνεια επικοινωνεί προς τον κώδωνα του ωαγωγού ενώ η έξω προς τον έσω θυρεοειδή μυ. Οι σύνδεσμοι της ωοθήκης είναι ο κρεμαστήρας και ο ίδιος ο σύνδεσμος της ωοθήκης ή μητρωοθηκικός. Ο πρώτος εκτείνεται από τη λαγόνιο περιτονία μέχρι το άνω άκρο της ωοθήκης και ο μητρωοθηκικός εκφύεται από το πλάγιο μέρος του πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο κάτω άκρο της ωοθήκης.

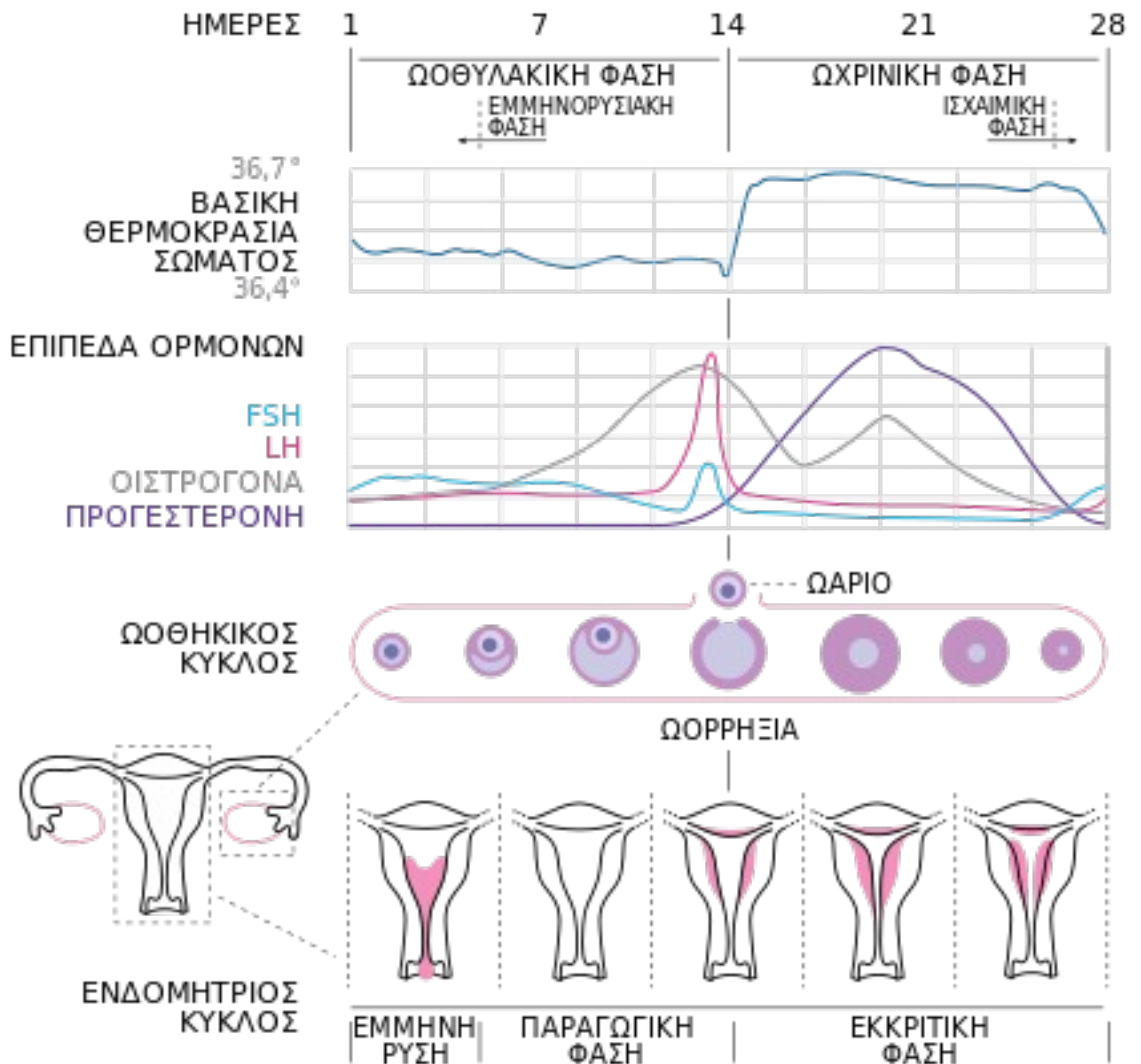
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οεμμηνορρυσιακός ή καταμήνιος κύκλος είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την αναπαραγωγική περίοδο μιας γυναίκας με σκοπό την γονιμοποίηση. Ο καταμήνιος κύκλος διαρκεί μέσο όρο 28 μέρες και αποτελείται από 2 φάσεις.

Παραγωγική φάση : Κατά την πρώτη μέρα του κύκλου , διάφορα αρχέγονα ωοθυλάκια αρχίζουν να αναπτύσσονται υπό την επίδραση της FSH . Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής το ενδομήτριο είναι πολύ λεπτό και φτάνει τα 1 έως 2 mm. Με την ανάπτυξη των ωοθυλακίων , τα κύτταρα της έσω θήκης εκκρίνουν ανδρογόνα , τα οποία υπό την επίδραση της LH μετατρέπονται σε οιστραδιόλη. Η οιστραδιόλη προετοιμάζει το ενδομήτριο για πιθανή εμφύτευση προκαλώντας ενδομήτρια ανάπτυξη. Επιπλέον , η οιστραδιόλη προκαλεί έκκριση υδατοειδούς τραχηλικής βλέννας ώστε το σπέρμα να μπορεί να εισέλθει στην μήτρα. Τέλος , ένα κυρίαρχο ωάριο γίνεται ώριμο ωοθυλάκιο (γρααφιανό) ενώ τα υπόλοιπα υποστρέφονται. Η σύλληψη πρέπει να γίνει μια με δυο μέρες μετά την ωορρηξία , διότι το ωάριο επιβιώνει μόνο για ένα μικρό χρονικό διάστημα μετά την απελευθέρωση από το γρααφιανό ωοθυλάκιο.

Εκκριτική φάση : Τις πρώτες 48 με 72 ώρες μετά την ωοθυλακιωρρηξία υπάρχει σημαντική αύξηση της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο , ενώ η παραγωγή της οιστραδιόλης μειώνεται προκαλώντας την αλλαγή του ενδομητρίου από παραγωγικό σε εκκριτικό, όπου επικρατεί έκκριση προϊόντων πλούσιων σε πρωτεΐνες στον αυλό των ενδομητρικών αδένων , καθιστώντας το έτσι άριστα προετοιμασμένο για την εμφύτευση της βλαστοκύστης. Η απουσία εμφύτευσης έχει ως αποτέλεσμα το τέλος της εκκριτικής φάσης του κύκλου . Η έκκριση των στεροειδών και της ανασταλτίνης

πέφτει με αποτέλεσμα την ανώμαλη απόπτωση του ενδομητρίου , δηλαδή την έμμηνο ρύση. Αναλυτικότερα οι δύο φάσεις του καταμήνιου κύκλου στην εικόνα 1.



Εικόνα 1 : Ο καταμήνιος κύκλος (WIKIPEDIA)

Γονιμοποίηση : Η γονιμοποίηση του ωαρίου γίνεται συνήθως στη λήκυθο του ωαγωγού. Όταν το σπέρμα διεισδύσει το ωάριο, η δεύτερη μειωτική διαίρεση έχει ολοκληρωθεί. Στη συνέχεια, αρχίζει η μιτωτική διαίρεση του γονιμοποιημένου ωαρίου και σχηματίζονται τα βλαστοκύτταρα. Η βλαστοκύστη μετά την είσοδο της

στην κοιλότητα της μήτρας παραμένει αιωρούμενη 1-1,5 ημέρες έως ότου βρει την καταλληλότερη θέση για εμφύτευση. Συνήθως η εμφύτευση πραγματοποιείται στο πρόσθιο ή οπίσθιο πυθμενικό τμήμα της μήτρας. Ο πλακούντας σχηματίζεται από τα κύτταρα της τροφοβλάστης και φθαρτών κύτταρων του ενδομητρίου . Η τροφοβλάστη εκκρίνει μια ορμόνη γνωστή ως ανθρώπινη χορική γοναδοτροπίνη (HCG) η οποία έχει δράσεις όμοιες με την LH. Έτσι , η HCG διατηρεί το ωχρό σωματίο και το “σώζει” από την καταστροφή που θα παρατηρούταν στο τέλος του καταμήνιου κύκλου . Έτσι συνεχίζεται η έκκριση της προγεστερόνης και διατηρείται η εκκριτική κατάσταση του ενδομητρίου για την υποστήριξη της κύησης.

Κεφάλαιο 2^ο

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο καρκίνο , περιγράφονται ομάδες νοσημάτων που η αιτία τους είναι σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται σε υπερβολική και απρογραμματίστη ανάπτυξη των κυττάρων ενός οργανισμού όπου μέχρι την στιγμή που ξεκίνησε η διαδικασία της καρκινογένεσης τα κύτταρα ήταν φυσιολογικά .

Το 2014 , οι γυναικολογικοί καρκίνοι αντιπροσώπευαν περίπου το 12% όλων των νέων περιπτώσεων στις Η.Π.Α . Για το έτος 2014 στις Η.Π.Α καταγράφηκαν 30000 νέες περιπτώσεις γυναικολογικών καρκίνων και απεβίωσαν 95000 από την νόσο (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018)

Τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών ποικίλουν μεταξύ τύπων των γυναικολογικών καρκίνων και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο της νόσου το οποίο βρίσκεται η ασθενής την στιγμή της διάγνωσης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η διάγνωση για τον καρκίνο των ωοθηκών συνήθως καθυστερεί , λόγω ασυμπτωματικής νόσου και τείνει να διαγιγνώσκεται σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο της νόσου. Γενικά τα ποσοστά θνησιμότητας σε καρκίνο των ωοθηκών είναι αυξημένα .Αντίθετα , η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τείνει γίνεται σε αρχικά στάδια και τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης να είναι πολύ υψηλά .

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

Ο καρκίνος του αιδοίου παρατηρείται σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας , συνηθέστερα κατά την έκτη και έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Αποτελεί το 1% των περιπτώσεων καρκίνου και το 6% των γυναικολογικών καρκίνων που διαγιγνώσκονται κάθε έτος στο Ηνωμένο Βασίλειο . Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1022 νέες περιπτώσεις και καταλήγουν 380 από την νόσο. Κατά το έτος 2017 στις Η.Π.Α καταγράφηκαν 4.810 περιστατικά και κατέληξαν 1.240 από την νόσο (NATIONAL CANCER FOR HEALTH STATISTICS). Είναι σπάνιος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας , τα τελευταία όμως χρόνια η επίπτωση της νόσου σε νεαρές γυναίκες έχει διπλασιασθεί .Το 90% των όγκων είναι πλακώδη καρκινώματα , ενώ η νόσος Paget , το μελάνωμα , το αδενοκαρκίνωμα , το βασικοκυτταρικό και οι όγκοι βαρθολίνειου αδένου απαρτίζουν το υπόλοιπο 10%.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Προδιαθεσικούς παράγοντες αποτελεί το κάπνισμα , το ιστορικό θηλώματος γεννητικών οργάνων ,η μόλυνση με HPV και ειδικότερα από τους τύπους 16 και 18 , το ιστορικό προκαρκινικών αλλοιώσεων (VIN 1 – 3) και οι χρόνιες παθήσεις του δέρματος ή φλεγμονές όπως λειχηνική σκλήρυνση και νόσος του Paget.

Τα συμπτώματα της νόσου παρουσιάζουν κνησμό στην περιοχή του αιδοίου και αίσθημα καύσου , αλλαγή χρώματος του δέρματος της περιοχής ,παρουσία όγκου ή εξέλκωσης στο αιδοίο , αίσθημα πόνου στην ευρύτερη περιοχή του αιδοίου , ακανόνιστη έμμηνο ρύση ή και αιμορραγία και διόγκωση επιχώριων λεμφαδένων.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ ΚΑΤΑ FIGO

ΣΤΑΔΙΟ 0 ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ *in situ* , ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

ΣΤΑΔΙΟ 1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΙΔΟΙΟ ΚΑΙ/Η ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥΚΑΙ ΕΧΕΙ ΕΥΡΟΣ ≤ 2 ΕΚ.

_____ **1a** ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΩΜΑΤΟΣ $< 1mm$

_____ **1b** ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΩΜΑΤΟΣ $> 1mm$

ΣΤΑΔΙΟ 2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΙΔΟΙΟ Η /ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΝΕΟ.Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΕΙΝΑΙ $> 2εκ.$

ΣΤΑΔΙΟ 3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΙΔΟΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΝΕΟ ΚΑΙ ΕΧΕΙ ΓΡΗΓΟΡΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΙΣΤΟΥΣ

ΣΤΑΔΙΟ 4α Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΕΚΤΑΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΥΡΗΘΡΑ , ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΟΡΘΟ.

ΣΤΑΔΙΟ 4b ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ Η ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του αιδοίου επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού στον κόλπο την ουρήθρα , την ουροδόχο κύστη ,και τον πρωκτό. Λεμφικά τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται στους μηροβουβωνικούς , τους μηριαίους και τους πυελικούς λεμφαδένες και αιματογενώς σε απομακρυσμένα όργανα όπως πνεύμονες , ήπαρ και οστά.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την χειρουργική ριζική αιδοιοεκτομία με αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδεκτομία. Τα τελευταία χρόνια η θεραπεία εξατομικεύεται ενώ φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση για περισσότερο συντηρητικά χειρουργεία. Εστίες κάτω από 2 εκ. που περιορίζονται στο αιδοίο ή στο περίνεο και έχουν βάθος διήθησης κάτω από 1 εκ. , μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά με

ευρεία τοπική εκτομή της βλάβης μόνο , χωρίς αφαίρεση των μηροβουβωνικών λεμφαδένων , λόγω μηδαμινής πιθανότητας προσβολής των λεμφαδένων.

Η προσεκτική παρακολούθηση είναι σημαντική για την ανίχνευση της υποτροπιάζουσας νόσου, των μακροπρόθεσμων επιπλοκών και της ψυχοσεξουαλικής ευεξίας . Η πρόγνωση σχετίζεται κυρίως με την συμμετοχή των λεμφαδένων. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης σε περίπτωση που δεν υπάρχει συμμετοχή λεμφαδένων φτάνουν το 90% , ενώ 58% αν υπάρχει.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΕΟΥ

Αποτελεί την σπανιότερη γυναικολογική κακοήθεια. Λιγότερες από 300 γυναίκες διαγιγνώσκονται ετησίως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το 70% των περιπτώσεων προσβάλλει την ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών. Ως καρκίνος κόλπου θα πρέπει να θεωρείται ένας όγκος του κόλπου μόνο εάν ο τράχηλος της ασθενούς είναι τελείως φυσιολογικός. Εάν υπάρχει διήθηση και στα δύο όργανα , τότε η νόσος θεωρείται ως καρκίνος του τραχήλου. Περισσότερο από 85% πρόκειται για πλακώδη καρκινώματα , ενώ τα αδενοκαρκινώματα , τα σαρκώματα και τα μελανώματα είναι ακόμη πιο σπάνια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Δεν είναι σαφές τι διεγείρει την ανάπτυξη του καρκίνου του κόλπου. Πιθανός παράγοντας κινδύνου το ιστορικό ενδοεπιθηλιακού νεοπλασματος του κόλπου αλλά και ο Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) , έχει εντοπισθεί σε κάποιες γυναίκες με καρκίνο του κόλπου.

Στα αρχικά στάδια υπάρχει περίπτωση να μην υπάρχουν συμπτώματα. Τα πρώιμα σημεία της νόσου περιλαμβάνουν χρόνια κνησμό του κόλπου και φλεγμονή . Ενδέχεται να υπάρχει ασυνήθιστη αιμορραγία , υπερβολική ή παθολογική κολπική έκκριση αλλά και διόγκωση στην περιοχή του κόλπου. Σε πιο προχωρημένο στάδιο ίσως εμφανιστεί συχνοουρία , δυσκοιλιότητα , άλγος στο κάτω κοιλίας και διόγκωση του άνω τμήματος των μοιρών. Η τελική διάγνωση θα τεθεί μετά από λήψη βιοψίας, αφού πρώτα αποκλεισθεί η υπόνοια για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΚΟΛΕΟΥ ΚΑΤΑ FIGO

Ia ΜΙΚΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ib ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

IIa ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΑΝΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΟΧΙ ΟΜΩΣ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΟ

IIb ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΟ ΟΧΙ ΟΜΩΣ ΣΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

III ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΑ ΔΥΟ ΚΑΤΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ Η/ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

IV ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ,ΟΡΘΟΥ Η ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η θεραπεία βασίζεται στην εξωτερική ακτινοθεραπεία και βραχυθεραπεία. Σε σπάνιες περιπτώσεις όπου η ασθενής είναι νεαρή και επιθυμεί διατήρηση της σεξουαλικής λειτουργίας της , σε αρχικά στάδια είναι εφικτή η χειρουργική θεραπεία. Έτσι, ασθενείς με νόσο στο άνω τριτημόριο του κόλπου δύναται να υποβληθούν σε ριζική υστερεκτομία με αφαίρεση του ημίσεως του κόλπου και πυελική λεμφαδενεκτομία .

Η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι 80%, αλλά η πενταετής επιβίωση για όλα τα στάδια είναι 45%.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού. Συνήθως είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος καρκίνος, που μπορεί να μην έχει συμπτώματα, αλλά μπορεί να ανιχνευτεί με το τεστ Παπανικολάου. Στα αναπτυσσόμενα κράτη η νόσος αποτελεί την πιο συχνά διαγνωσμένη κακοήθεια με 500.000 περίπου νέες περιπτώσεις ανά έτος. Στις Η.Π.Α για το έτος 2017 διαγνώστηκαν 12.820 νέες περιπτώσεις και κατέληξαν από την νόσο 4.210 ασθενείς. (NATIONAL CANCER FOR HEALTH STATISTICS) Η πλειονότητα των γυναικών που διαγιγνώσκονται είναι ηλικίας 40-50 ετών, αλλά όλο και νεότερες γυναίκες προσβάλλονται από την νόσο. Σχεδόν το 1% όλων των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της ζωής τους, στην Ευρώπη. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι είναι διαθέσιμο το εμβόλιο για την προστασία από τις συχνότερες μορφές ιού του ανθρώπινου θηλώματος (HPV), που εμπλέκεται στον καρκίνο του τραχήλου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πιθανότατα στο μέλλον θα γίνει λιγότερο συχνός. Εκτιμάται ότι το 43% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις Η.Π.Α διαγιγνώσκεται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 45 ετών. Μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής από την νόσο συναντάται σε γυναίκες χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων λόγω ανεπαρκούς πρόσβασης σε συστήματα μαζικού έλεγχου (screening). Από το 2007, συνολικά 520 ασθενείς από τις Η.Π.Α, έχουν αναφέρει ότι υπέστησαν ριζική κολπική τραχηλεκτομή. Η πλειοψηφία (60%) είχε διαγνωσθεί με καρκίνωμα πλακώδων κυττάρων. Το αδενοκαρκίνωμα ήταν δεύτερος πιο κοινός ιστολογικός υπότυπος (40%).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Είναι σαφές πλέον ότι όλοι οι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από ορισμένους τύπους του ανθρώπινου ιού των θηλωμάτων (HPV) . Από το 1974 όταν για πρώτη φορά αποδείχθηκε ότι οι ιοί HPV (HUMAN PAPILLOMA VIRUS) αποτελούν σεξουαλικά μεταδιδόμενους παράγοντες που σχετίζονται με τα πλακώδη νεοπλάσματα γεννητικής οδού , πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η HPV λοίμωξη είναι πρόδρομη λοίμωξη για άνω των 95% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Η λοίμωξη από τον ιό HPV αποτελεί τον μοναδικό ανεξάρτητο παράγοντα πρόκλησης κακοήθειας. Πάνω από 100 στελέχη του ιού HPV έχουν ανιχνευθεί τα τελευταία χρόνια , εκ των οποίων τα 25 περίπου προσβάλλουν την γεννητική οδό. Οι HPV υπότυποι ταξινομούνται σε κατηγορίες κινδύνου (χαμηλού , ενδιάμεσου , υψηλού κινδύνου) στη βάση της σχέσης τους με υψηλού βαθμού προκαρκινικές και διηθητικές βλάβες . Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πιστεύεται ότι προκαλείται από πρόδρομες μορφές που ονομάζονται τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN- Cervical Intraepithelial Neoplasia) ή πλακώδες ενδοεπιθηλιακές βλάβες (SIL- Squamous Intraepithelial Lesions) . Η ταξινόμηση των CIN γίνεται από 1-3 στη βάση του βαθμού διαφοροποίησης του τραχηλικού επιθηλίου. Οι τραχηλικές βλάβες SIL χαρακτηρίζονται ως χαμηλόβαθμες. Η παρουσία HPV-DNA έχει τεκμηριωθεί σε όλες τις περιπτώσεις διηθητικών καρκίνων και προκαρκινικών βλαβών . Η συχνότητα του HPV στο γενικό πληθυσμό είναι μεγάλη. Σχεδόν όλες οι ενήλικες γυναίκες έχουν κάποια στιγμή προσβληθεί από τον ιό , αλλά στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η λοίμωξη υποχωρεί σε χρονικό διάστημα από έξι μήνες έως και δύο χρόνια , χωρίς να προκαλέσει συμπτώματα της νόσου. Πιστεύεται ότι το 1/3 όλων των βαθμών SIL θα υποστρέψει αυτόματα. Ο βαθμός υποστρόφης είναι υψηλότερος για χαμηλόβαθμες αλλοιώσεις , με άνω των 60% των αλλοιώσεων να υποστρέφουν . Ωστόσο , υπάρχουν περιπτώσεις σπάνιες , όπου η λοίμωξη HPV δεν υποχωρεί και ο κίνδυνος ανάπτυξης προ-καρκινικών αλλοιώσεων είναι υψηλότερος. Υπολογίζεται ότι το 40% όλων των SIL βλαβών θα επιμείνουν και 25% θα εξελιχθούν. Ωστόσο , υπάρχουν και άλλοι παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει τη νόσο με παραμέτρους όπως

την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε μικρή ηλικία , την σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη , την πολυτοκία , το κάπνισμα ,την κακή διατροφή και την κακή υγιεινή , το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ -ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνά ασυμπτωματικός , κυρίως στα αρχικά στάδια . Το πρώτο σύμπτωμα αρχόμενου καρκίνου είναι συνήθως η υδαρής , αιματηρή κολπική έκκριση που δεν αξιολογείται από την ασθενή. Η κλασσική συμπτωματολογία περιλαμβάνει κολπική αιμορραγία , είτε αυτόματη ή μετά από σεξουαλική επαφή. Η επιμονή των συμπτωμάτων και η αύξηση της έντασης τους , οδηγεί την ασθενή στον ιατρό. Η επέκταση της νόσου στους γύρω ιστούς θα προκαλέσει συμπτώματα από πίεση της ουροδόχου κύστεως , των ουρητήρων , του εντέρου και του πυελικού τοιχώματος. Συμπτώματα προχωρημένης νόσου αποτελούν η υδρονέφρωση , η αιμόρροια από το ορθό , η δυσκοιλιότητα και το πυελικό άλγος .

Η εφαρμογή συγκεκριμένων πληθυσμιακών μεθόδων έγκαιρης και πρώιμης ανίχνευσης της νόσου , συμβάλλει στη μεγάλη διαφορά της επίπτωσης της νόσου μεταξύ των πληθυσμών . Η συμβολή των μεθόδων screening συνίσταται στην ανίχνευση της νόσου στην προδιηθητική μορφή της χωρίς κλινικές επιπτώσεις . Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζεται αρχικά στην κλινική εξέταση και στο τεστ κατά Παπανικολάου. Σε πιο προχωρημένες καταστάσεις ή αμφιβολιών σχετικά με το αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου συνίσταται κολποσκόπηση και ιστοπαθολογική εξέταση. Οι ιατρικές εξετάσεις απεικόνισης (CT, MRI) χρησιμοποιούνται για να επαληθεύσουν την επέκταση του όγκου και να αποκλείσουν ή να ανιχνεύσουν ενδεχόμενες μεταστάσεις .

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ FIGO ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΣΤΑΔΙΟ 0 ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ *in situ* , ΕΝΔΟΕΠΙΘΥΛΙΑΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ (CIN)

I ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

Iα ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΙΧΕΥΕΤΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΑ .
ΒΑΘΟΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ 0-5mm ΚΑΙ ΕΥΡΟΣ 0-7mm

Iα1 ΜΙΚΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ. ΒΑΘΟΣ <3mm ΚΑΙ
ΕΥΡΟΣ 7mm

Iα2 ΒΑΘΟΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ 3-5 mm ΚΑΙ ΕΥΡΟΣ 7mm

Iβ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΙΜΟΣ

Iβ1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ μ. διαμ. <4cm

Iβ2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ μ. διαμ. >4cm

ΣΤΑΔΙΟ II ΔΙΗΘΗΣΗ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ
ΤΟΙΧΩΜΑ

IIα ΔΙΗΘΗΣΗ ΚΟΛΠΟΥ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΩΝ

IIβ ΔΙΗΘΗΣΗ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ
ΤΟΙΧΩΜΑ

ΣΤΑΔΙΟ III ΔΙΗΘΗΣΗ ΚΑΤΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ Η ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟ
ΠΛΑΓΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

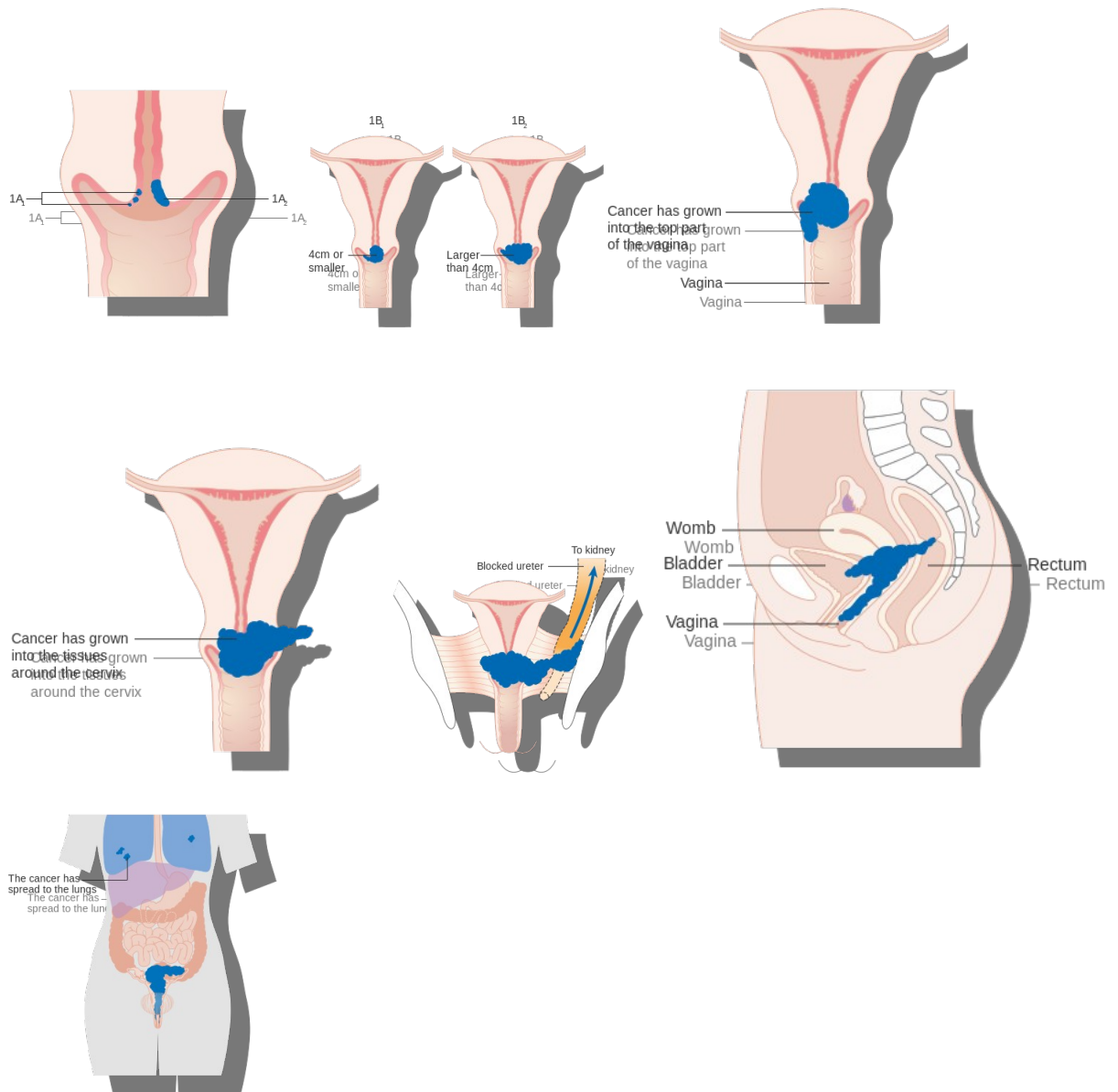
IIIα ΔΙΗΘΗΣΗ ΚΑΤΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΧΩΡΙΣ ΔΙΗΘΗΣΗ
ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

IIIβ ΔΙΗΘΗΣΗ ΜΕΧΡΙ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ Η / ΚΑΙ
ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ Η ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΣ

ΣΤΑΔΙΟIV ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΝΟΣΟΥ ΕΚΤΟΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ

IVα ΔΙΗΘΗΣΗ ΒΛΕΝΟΓΟΝΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ Η ΟΡΘΟΥ

IVβ ΑΠΟΜΑΚΡΙΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΠΥΕΛΟΥ



Εικόνα 2 : Σχηματική απεικόνιση σταδιοποίησης κατά FIGO του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας(Wikipedia)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν την νοσηρότητα αλλά και την θνησιμότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η ηλικία της ασθενούς , η φυσική της κατάσταση , η διατροφή , το κάπνισμα , η ανοσολογική της κατάσταση . Σημαντικός παράγοντας είναι το στάδιο της νόσου κατά FIGO , το μέγεθος του όγκου και το βάθος διήθησης , ο ιστολογικός τύπος , η διήθηση αγγείων και λεμφαδένων , η μετάσταση στους πυελικούς λεμφαδένες και μετάσταση στους παραορτικούς λεμφαδένες . Στο στάδιο Ia1 , η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 97,5% .Στο στάδιο Ia2 στο 94,8% και στο στάδιο Ib1 στο 89,1% .

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας αποτελεί τη συχνότερη γυναικολογική κακοήθεια στον Δυτικό κόσμο. Στις ΗΠΑ διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο περίπου 40000 χιλιάδες νέες περιπτώσεις , ενώ 6-7000 ασθενείς καταλήγουν από τη νόσο. (ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ, 2011) Συγκεκριμένα , για το έτος 2017 στις Η.Π.Α διαγνώσθηκαν 61.380 νέες περιπτώσεις και κατέληξαν από την νόσο 10.920 ασθενείς (NATIONAL CANCER FOR HEALTH STATISTICS) Στην Ευρώπη 1 έως 2 κάθε 100 γυναίκες θα αναπτύξουν τη νόσο κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ο καρκίνος του ενδομητρίου στην πλειοψηφία αφορά μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες , αλλά τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αύξηση των ποσοστών της νόσου και σε νεότερες γυναίκες (25%). Κατά τη διάγνωση περίπου το 75% των γυναικών που έχουν καρκίνο περιορίζεται στη μήτρα (στάδιο I), έχουν πολύ καλή πρόγνωση με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης να φτάνει στο 90%.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του ενδομητρίου ανήκουν στον τύπο I σε ποσοστό άνω του 75%. Οι πλειονότητα των καρκίνων του ενδομητρίου χρειάζονται οιστρογόνα για να αναπτυχθούν, Γενικά η παχυσαρκία και συγκεκριμένα η αύξηση του σωματικού βάρους 13-22 κιλά πάνω από το ιδανικό για το ύψος της γυναίκας σχετίζεται με τριπλάσια αύξηση του σχετικού κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του ενδομητρίου. Άλλοι παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου θεωρούνται η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης , οι οποίοι συνήθως συνυπάρχουν με την παχυσαρκία. Άλλος ένας παράγοντας είναι το ιστορικό υπογονιμότητας ειδικά αν σχετίζεται με διαταραχές στην ωοθυλακιορρηξία όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Καρκίνος ενδομητρίου ανευρίσκεται σε ποσοστό 5-15% των γυναικών με ωοθηκικούς όγκους οι οποίοι παράγουν οιστρογόνα , ενώ στο 10% των ασθενών με καρκίνο ωοθηκών συνυπάρχει και καρκίνος ενδομητρίου (ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ, 2011).

Επιπρόσθετα , ασθενείς με καρκίνο του μαστού που κάνουν χρήση ταμοξιφαίνης αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη της νόσου και συγκεκριμένα αδenoκαρκινώματος του ενδομητρίου αλλά και καρκινοσαρκώματος. Επιπλέον παράγοντες είναι το οικογενειακό ιστορικό , με κληρονομικό μη πολυποδισιακό σύνδρομο του παχέους εντέρου και του ορθού , γνωστού ως σύνδρομο Lynch II.

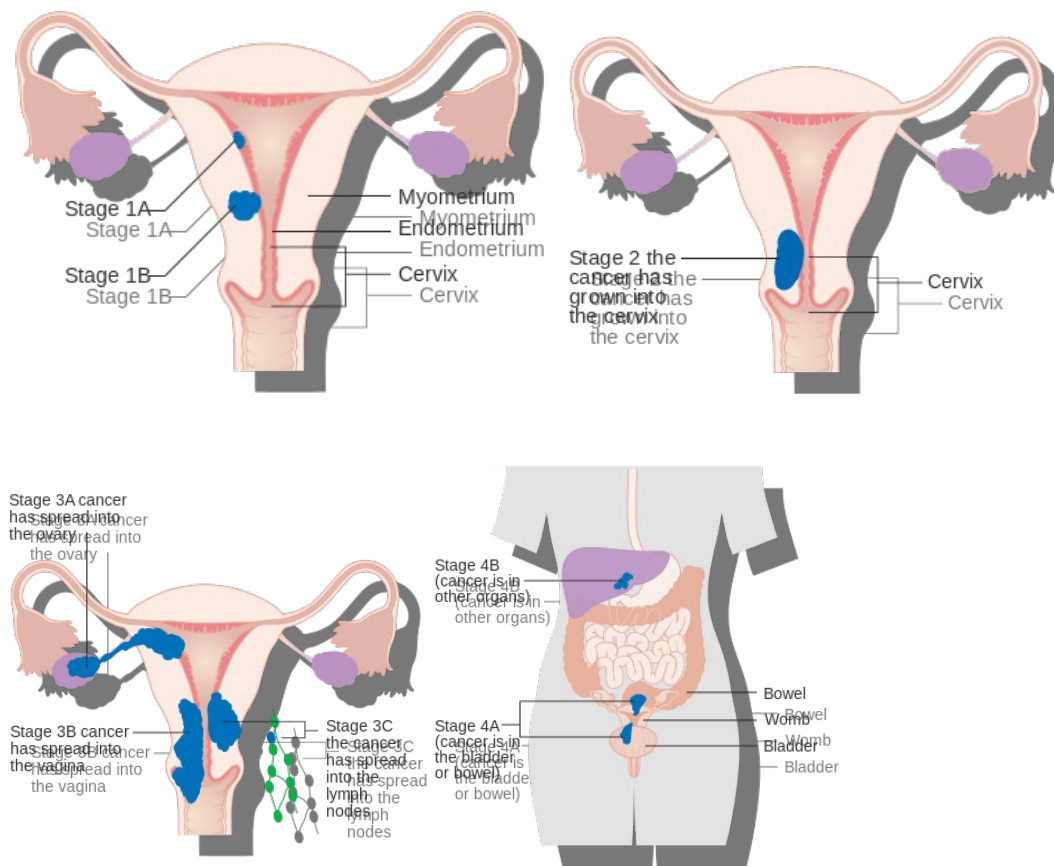
Επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ο μεγάλος αριθμός τελιόμηνων κυήσεων και η χρήση συνδυασμένης ορμονικής αντισύλληψης προσφέρουν κάποιου βαθμού προστασία στην ανάπτυξη της νόσου.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ -ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πλέον συχνή ένδειξη του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η κολπική αιμόρροια , ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αποτελεί αιτία για περισσότερη διερεύνηση. Σε νεότερες γυναίκες η εμφάνιση της νόσου λαμβάνει τον χαρακτήρα της μηνομητρορραγίας , ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχει τεθεί η διάγνωση της υπερπλασίας του ενδομητρίου. Επιπλέον , σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ανευρεθεί στο κολποτραχηλικό επίχρισμα η παρουσία άτυπων αδενικών κυττάρων. Η διάγνωση τίθεται κατά την ιστολογική εξέταση της μήτρας , μετά από υστερεκτομία η οποία έγινε για κάποια άλλη ένδειξη . Επιπρόσθετα , κατά τη γυναικολογική εξέταση η μήτρα είναι δυνατόν να εμφανίζεται διογκωμένη , αν και συχνά είναι φυσιολογικού μεγέθους.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ FIGO ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

- ΣΤΑΔΙΟ I** Ο ΟΓΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
- ΣΤΑΔΙΟ IA** Ο ΟΓΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΕΔΔΟΜΗΤΡΙΟ ; Η ΔΙΗΘΗΣΗ <1/2 ΤΟΥ ΜΥΟΜΗΤΡΙΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ IB** ΔΙΗΘΗΣΗ >1/2 ΤΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΤΟΥ ΜΥΟΜΗΤΡΙΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ II** Ο ΟΓΚΟΣ ΔΙΗΘΕΙ ΤΟ ΣΤΡΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΕΠΕΚΤΕΙΝΕΤΑΙ ΕΚΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ
- ΣΤΑΔΙΟIII** ΤΟΠΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ IIIA** ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΓΟΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ Η ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ
- ΣΤΑΔΙΟ IIIB** ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ / ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΗΤΡΙΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ IIIC** ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥΣ Η ΚΑΙ ΠΑΡΑΟΡΤΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
- ΣΤΑΔΙΟ IIIC1** ΘΕΤΙΚΟΙ ΠΥΕΛΙΚΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
- ΣΤΑΔΙΟ IIIC2** ΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑ-ΑΟΡΤΙΚΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΜΕ / Η ΧΩΡΙΣ ΘΕΤΙΚΟΥΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
- ΣΤΑΔΙΟ IV** ΔΙΗΘΗΣΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ Η ΚΑΙ ΒΛΕΝΟΓΟΝΝΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ IVA** ΔΙΗΘΗΣΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΒΛΕΝΟΓΟΝΝΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ
- ΣΤΑΔΙΟ IVB** ΑΠΟΜΑΚΡΙΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ



Εικόνα 3: Σχηματική απεικόνιση σταδιοποίησης κατά FIGO του καρκίνου του ενδομητρίου (Wikipedia)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τον σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα αποτελεί το στάδιο της νόσου, σύμφωνα με τη χειρουργική σταδιοποίηση της FIGO. Ευνοϊκούς προγνωστικούς παράγοντες αποτελούν η μικρή ηλικία της ασθενούς, το μικρό μέγεθος του όγκου, η απουσία διήθησης αγγείων και λεμφαγγείων, το μικρό βάθος διήθησης του μυομητρίου, η

αρνητική κυτταρολογική εκπλύματος του περιτοναίου , ο μικρός βαθμός πυρηνικής ατυπίας και η παρουσία υποδοχέων οιστρογόνων – προγεστερόνης στα κύτταρα του όγκου . Αντιθέτως , το ορώδες θηλώδες , το διαυγοκυτταρικό και το αδιαφοροποίητο αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου , χαρακτηρίζονται από κακή πρόγνωση και σαφώς μικρότερη επιβίωση των ασθενών . Η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου είναι σταδίου I κατά τη στιγμή της διάγνωσης . Η πρόιμη διάγνωση έχει ως αποτέλεσμα τη γενικά καλή πρόγνωση . Η συνολική πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι 81% , για το στάδιο II 61% , για το στάδιο III είναι 39% και για το στάδιο IV είναι 11% .

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΑΓΩΓΩΝ

Ο καρκίνος των ωαγωγών ή σαλπινγών είναι εξαιρετικά σπάνιος. Ο καρκίνος που προέρχεται από την σάλπιγγα ονομάζεται πρωτοπαθής και ευθύνεται για το 1% περίπου του συνόλου των γυναικολογικών καρκίνων στο Ηνωμένο Βασίλειο . Ως επί των πλείστων εμφανίζεται σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.

Οι παράγοντες κινδύνου είναι άγνωστοι. Σχετίζεται με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωθηκών ή και των δύο μαζί.

Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει αιμόρροια από τον κόλπο , παθολογική κοιλιακή έκκριση .κοιλιακό άλγος ή άλγος που επέρχεται κατά ώσεις και διόγκωση κοιλίας.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ολική κοιλιακή υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγοωθηκεκτομή και εξαίρεση επίπλου. Επιπλέον συνίσταται χημειοθεραπεία .

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

Είναι ο τέταρτος συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος στο Ηνωμένο Βασίλειο με 6.500 νέες διαγνώσεις ετησίως . Στις Η.Π.Α το 2017 διαγνώστηκαν 22.440 νέες περιπτώσεις και κατέληξαν από την νόσο 14.080 ασθενείς (NATIONAL CANCER FOR HEALTH STATISTICS)Μεγαλύτερη επίπτωση στην ηλικιακή ομάδα 65-75 ετών με φτωχή πρόγνωση εξ' αιτίας της μη εμφάνισης συμπτωμάτων , παρά μόνο σε προχωρημένο στάδιο . Έχει τον μεγαλύτερο δείκτη θανάτου ανά περίπτωση , από κάθε άλλη γυναικολογική κακοήθεια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο κίνδυνος καρκίνου των ωοθηκών σχετίζεται με τον αυξημένο αριθμό ωορρηκτικών κύκλων . Για αυτό τον λόγο το αντισυλληπτικό χάπι , η κύηση αλλά και ο θηλασμός , παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία απέναντι στη νόσο. Παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου είναι η ατοκία , η παχυσαρκία , οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών , που φέρουν γενετική μετάλλαξη BRCA1 , BRCA2 . Επιπρόσθετα , έχει υπάρξει κάποια ένδειξη ότι οι θεραπείες της υπογονιμότητας ενδεχομένως να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου των ωοθηκών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ -ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι περισσότερες ασθενείς με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών παρουσιάζονται με άτυπα / μη σαφή διαγνωστικά κοιλιακά ευρήματα όπως μετεωρισμό και δυσπεπτικά ενοχλήματα. Δυστυχώς , οι επιθηλιακοί όγκοι των ωοθηκών έχουν την τάση να

διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Συνήθως , η διάγνωση τίθεται όταν διαπιστωθεί ασκίτης ή ενδοκοιλιακή μάζα σε υπερηχογραφικό έλεγχο ή αξονική τομογραφία. Σε νέες γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα καλοήθεις όγκοι και οι κακοήθεις σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Το 15-20% όλων των νεοπλασιών των ωοθηκών είναι όγκοι εκ των γεννητικών κυττάρων . Έχουν την τάση να αναπτύσσονται γρήγορα και η γυναίκα να εμφανίζει έντονο κοιλιακό άλγος. Στην πλειονότητα τους είναι καλοήθη ώριμα τερατώματα (δερμοειδείς κύστεις) και συνήθως εμφανίζονται σε νέες γυναίκες. Δυστυχώς , το 15% των γυναικών είναι ασυμπτωματικές κατά τη διάγνωση. Περίπου το 80% των γυναικών παρουσιάζονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου που έχει επεκταθεί πέραν της ωοθήκης και έχει διηθήσει το περιτόναιο και άλλα κοιλιοπυελικά όργανα. Γενικά συμπτώματα της νόσου αποτελούν ο μετεωρισμός της κοιλιάς , η έπειξη για ούρηση , η επίμονη διάταση στομάχου , η δυσπεψία , το συνεχές αίσθημα κόπωσης , πόνος στην οσφύ / κοιλιά και η απώλεια βάρους.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΤΑ FIGO.

ο ΣΤΑΔΙΟ Ι ΟΓΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΟΜΕΝΟΣ ΣΤΙΣ ΩΟΘΗΚΕΣ

IA ΟΓΚΟΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΜΙΑ ΩΟΘΗΚΗ

IB ΟΓΚΟΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΩΟΘΗΚΕΣ

IC ΟΓΚΟΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΜΙΑ/ΔΥΟ ΩΟΘΗΚΕΣ.
ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΑΣΚΙΤΗΣ / ΘΕΤΙΚΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΑ ΕΚΠΛΥΜΑΤΑ, ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ
ΕΚΒΛΑΣΤΗΣΕΙΣ Ή ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΚΑΨΑΣ

ο ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ ΠΥΕΛΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ / ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΟΓΚΟΥ

IIA ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ / ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΕ ΜΗΤΡΑ Ή ΚΑΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

IIB ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ / ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

IIC ΟΓΚΟΣ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΑ Ή ΙΙΒ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΣΚΙΤΗ Ή ΘΕΤΙΚΑ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΑ ΕΚΠΛΥΜΑΤΑ , ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΒΛΑΣΤΗΣΕΙΣ Ή ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΚΑΨΑΣ

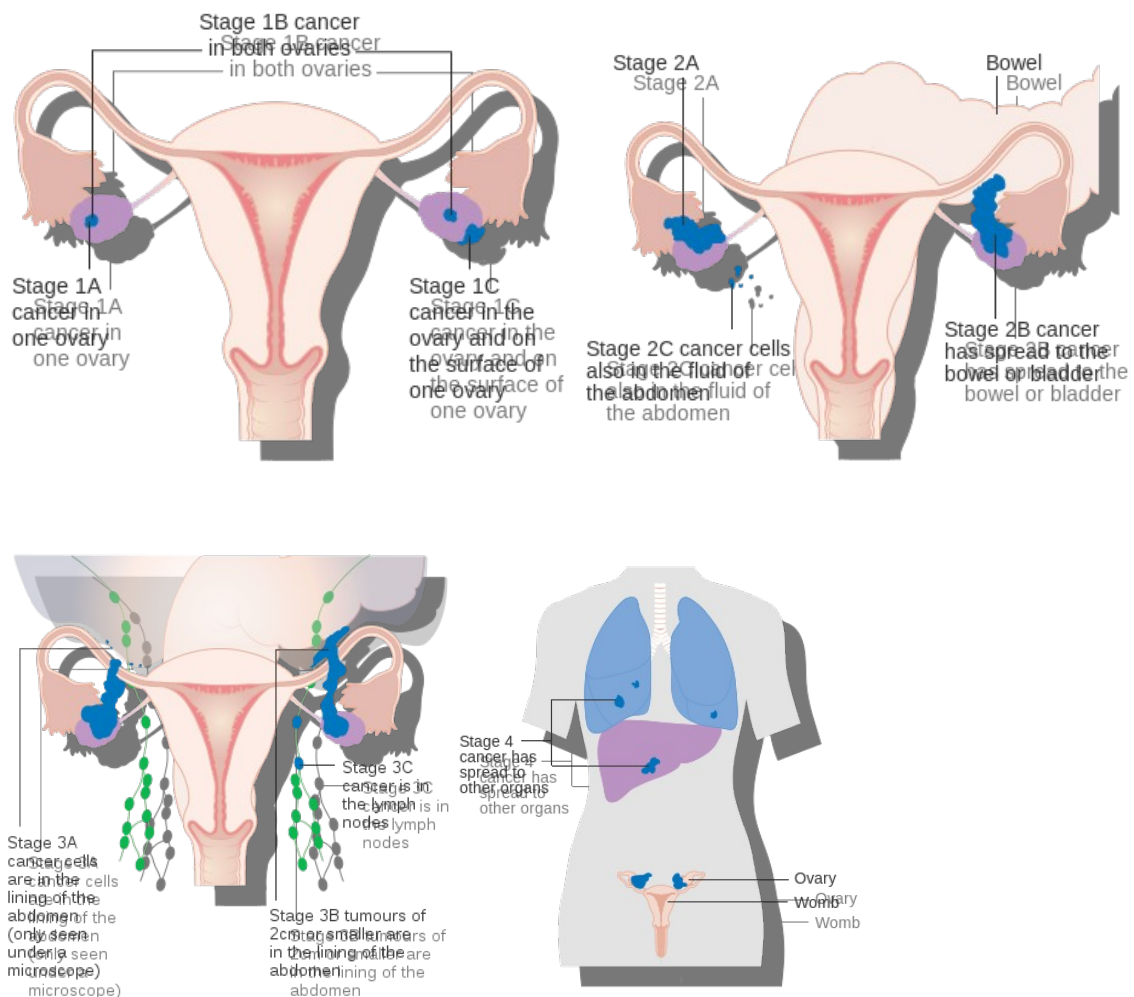
ο ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΟΓΚΟΥ ΕΚΤΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΜΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ Ή ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΙΝΑΪΚΟΥΣ/ ΒΟΥΒΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

IIIA ΟΓΚΟΣ ΚΥΡΙΩΣ ΠΥΕΛΟΥ , ΑΛΛΑ ΜΕ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ
ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ

IIIB ΠΡΟΦΑΝΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ <2 CM ΣΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ

IIIC ΠΡΟΦΑΝΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ >2 CM/ ΘΕΤΙΚΟΥΣ
ΒΟΥΒΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

ο ΣΤΑΔΙΟ ΙV ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ Ή ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ



Εικόνα 4 :Σχηματική απεικόνιση σταδιοποίησης κατά FIGO του καρκίνου των ωοθηκών (Wikipedia)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι προγνωστικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την απόκριση στην θεραπεία είναι κοινοί και με τους άλλους καρκίνους. Όπως αναφέρθηκε η ηλικία της ασθενούς , η φυσική της κατάσταση, η διατροφή , το κάπνισμα , η ανοσολογική της κατάσταση , το στάδιο της νόσου , ο βαθμός διαφοροποίησης των κυττάρων , είναι κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη και την πορεία της νόσου. Στον καρκίνο των

ωοθηκών υπάρχουν δύο κύριοι προγνωστικοί παράγοντες που είναι το στάδιο και ο όγκος της υπολειπόμενης νόσου μετά την χειρουργική επέμβαση. Ασθενείς με έκταση νόσου μεγαλύτερη των 2 εκ. μετεγχειρητικά έχουν κακή πρόγνωση με επιβίωση 3 ετών που φθάνει μόνο στο 20%. Σε αρχικό στάδιο της νόσου (στάδιο I) η πενταετής επιβίωση φθάνει στο 75% .

Κεφάλαιο 3°

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών επιλέγει να καθυστερήσει την τεκνοποίηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση του αριθμού των γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με γυναικολογική κακοήθεια πριν την ολοκλήρωση της οικογένειάς τους. Οι γυναικολογικές κακοήθειες επηρεάζουν τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας οι οποίες βρίσκονται ξαφνικά αντιμέτωπες και με την εν δυνάμει απώλεια της δυνατότητας τεκνοποίησης.

Οι νέες αντιλήψεις για την διαχείριση των γυναικολογικών καρκίνων, οι νέες εξελίξεις στην χειρουργική τεχνική αλλά και η τάση για έγκαιρη διάγνωση αυξάνουν τις πιθανότητες διατήρησης της γονιμότητας. Τα δεδομένα, για συντηρητική αντιμετώπιση της νόσου είναι καθυστερημένα, από την πρόσφατη βιβλιογραφία. Πολλές νέες γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με γυναικολογική κακοήθεια θα θεραπευτούν και θα επιβιώσουν για πολλά χρόνια έχοντας την ευκαιρία να αποκτήσουν οικογένεια, ως αποτέλεσμα της προόδου και των βελτιώσεων στη θεραπεία του καρκίνου.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η προτεινομένη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας των σταδίων IA2 – IB1 είναι η ολική ριζική υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή. Αυτή περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας, του τραχήλου, τη ριζική εκτομή των παραμήτριων ιστών και του ανώτερου τμήματος του κόλπου καθώς και την πλήρη πυελική λεμφαδενεκτομή (Δ. Θωμάκος Ν., 2012). Ωστόσο, οι νεότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι περίπου 48% των ασθενών ηλικίας μικρότερης των 40 ετών με πρώιμο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο με κωνοειδή εκτομή με ποσοστό επιβίωσης άνω από 90% και εφόσον οι ασθενείς επιθυμούν διατήρηση της γονιμότητάς τους, η ριζική τραχηλεκτομή είναι εφικτή.

Η ριζική τραχηλεκτομή έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια σε μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αρχικά στάδια της νόσου, σε επιλεγμένες ασθενείς οι οποίες επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητάς τους. Στις θεραπευτικές επιλογές συγκαταλέγονται περισσότερο συντηρητικές μέθοδοι όπως η απλή τραχηλεκτομή με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία. (Δ. Θωμάκος Ν., 2012) Η ριζική κοιλιακή τραχηλεκτομή είναι μία ασφαλής και εφικτή διαδικασία για επιλεγμένες ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας εφόσον βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της νόσου, καθώς συνοδεύεται από χαμηλά ποσοστά νοσηρότητας, θνησιμότητας και υποτροπής της νόσου. Περίπου το 43% των ασθενών που υποβάλλονται σε ριζική τραχηλεκτομή στη συνέχεια προσπαθούν κύηση με ένα ποσοστό περίπου 70% να τα καταφέρνει. Η επιλογή της ριζικής κοιλιακής τραχηλεκτομής με συνοδό πυελική λεμφαδενεκτομή στις ασθενείς, οι οποίες επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητάς τους, παρουσιάζει αυξητική τάση. Η συγκεκριμένη διαδικασία διευρύνει τα κριτήρια επιλογής ασθενών της ριζικής κοιλιακής τραχηλεκτομής συμπεριλαμβάνοντας ασθενείς με ανώμαλη ανατομία του τραχήλου και του κόλπου στις οποίες η διακολπική προσπέλαση δεν είναι εφικτή. Οι ασθενείς που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητάς τους και έχουν διαγνωστεί με

καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παροτρύνονται να εξετάζουν την επιλογή της ριζικής τραχηλεκτομής με τους θεράποντες ιατρούς τους.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΡΙΖΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗΣ

Η επιτυχία της μεθόδου βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην επιλογή των ασθενών. Προτού εξεταστεί ως πιθανή θεραπευτική προσέγγιση η ριζική κολπική τραχηλεκτομή, θα πρέπει πρώτα να επιβεβαιωθεί η ιστολογία, ο βαθμός, η παρουσία ή απουσία διήθησης των αγγείων-λεμφαγγείων, το βάθος διήθησης και οι διαστάσεις του όγκου. Οι ιδανικές υποψήφιες για την ριζική κολπική τραχηλεκτομή περιλαμβάνουν εκείνες οι οποίες αρχικά επιθυμούν την διατήρηση της γονιμότητας τους. Έπειτα, να υπάρχει αποδεδειγμένη διάγνωση διηθητικού καρκίνου τραχήλου της μήτρας, στάδιο της νόσου Ια1 με διήθηση του λεμφαγγειακού χώρου, νόσος σταδίου Ια2 ή νόσος σταδίου Ιβ1, μέγεθος όγκου <2 cm, όγκος περιοριζόμενος στον τράχηλο, επιβεβαιωμένο μετά από μαγνητική τομογραφία (MRI) πυέλου, απουσία μεταστάσεων σε πυελικούς λεμφαδένες, μη επιθετικός ιστολογικός τύπος και απουσία υπογονιμότητας κατά το παρελθόν. Επιβάλλεται πριν την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς να υποβληθούν σε ακτινογραφία θώρακος και MRI πυέλου προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα επέκτασης του όγκου στο κατώτερο ουροποιητικό αλλά και να εκτιμηθούν τα όρια του όγκου στον τράχηλο. Παρόλο την προσεκτική επιλογή των ασθενών, ένα ποσοστό 10 -12% των ασθενών καλείται να προχωρήσει σε περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία περιλαμβάνει ριζική υστερεκτομή ή συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή και χημειοθεραπεία, εξ αιτίας παρουσίας θετικών χειρουργικών ορίων στην ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος του τραχήλου κατά την διάρκεια του χειρουργείου, έπειτα από ταχεία βιοψία και θετικοί για μετάσταση πυελικοί λεμφαδένες, οπότε και εγκαταλείπεται η διατήρηση γονιμότητας.

ΡΙΖΙΚΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΠΥΕΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗ

Η προσέγγιση αφορά τη λεμφαδενεκτομή και την τραχηλεκτομή μέσω ανοικτής κοιλιακής προσπέλασης. Στα πιθανά πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου συγκαταλέγεται το γεγονός ότι είναι πιο οικεία για τους χειρουργούς, με μικρότερα ποσοστά διεγχειρητικών επιπλοκών και ευρύτερο χειρουργικό πεδίο στο χώρο των παραμητρίων. Βέβαια ένα μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι η κοιλιακή προσπέλαση έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη περισσότερων κοιλιακών συμφύσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να προκαλέσουν μετεγχειρητική υπογονιμότητα. Η επιλογή των ασθενών για την συγκριμένη θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βασιστεί στα χαρακτηριστικά της υποκείμενης βλάβης και στην ανατομία της ασθενούς όπως σε ασθενείς με ανατομικές ανωμαλίες του κόλπου, με καρκίνο του τραχηλικού κολοβώματος μετά από υφολική υστερεκτομή αλλά και σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας υπό τη μορφή ευμεγέθους εξωφυτικού όγκου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η μετεγχειρητική νοσηρότητα της ριζικής τραχηλεκτομής δε διαφέρει από αυτή της υστερεκτομής, ενώ παράλληλα τα ποσοστά υποτροπής είναι συγκρίσιμα στις δύο μεθόδους. Η επικουρική θεραπεία προτείνεται και στις δύο περιπτώσεις, όπου και συνδέεται με τον κίνδυνο της πρόωρης εξάντλησης της ωοθήκης και την απώλεια γονιμότητας. Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό και αποβολή δευτέρου τριμήνου από το γενικό πληθυσμό. Ο κολπικός τοκετός αντενδεικνύεται απόλυτα στις περιπτώσεις ριζικής τραχηλεκτομής, λόγω υψηλού κινδύνου για μαζική αιμορραγία, έπειτα από ρήξη του ουλώδους ιστού γύρω από τα μητριαία αγγεία. Οι επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιαστούν μετά από ριζική τραχηλεκτομή περιλαμβάνουν την πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων και τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού μετά από επίτευξη κύησης, δυσμηνόρροια σε ποσοστό 24%, τις δυσπλαστικές αλλοιώσεις στο τραχηλικό επίχρισμα κατά Παπανικολάου σε ποσοστό 24%, τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως σε ποσοστό 17%, προβλήματα με τα ράμματα περίδεσης και κολπική υπερέκκριση σε ποσοστό 14%, στένωση του ισθμού της μήτρας σε ποσοστό 10% και αμηνόρροια σε ποσοστό 7%. Μία ακόμη πιθανή επιπλοκή αυτής της επέμβασης είναι η δυσπαρευνία.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως ο καρκίνος του ενδομητρίου σε ένα ποσοστό περίπου 5% εμφανίζεται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας . Αν διαγνωσθεί εγκαίρως έχει εξαιρετική πρόγνωση . Γενικά , προτιμάται η χειρουργική επέμβαση η οποία περιλαμβάνει υστερεκτομή με αμφίπλευρη σαλπγγοοθηκεκτομή και πυελική λεμφαδενεκτομή, διαδικασία επιλογής για τη θεραπεία του αδενοκαρκινώματος καθώς και για διευκόλυνση της πλήρους σταδιοποίησης της νόσου .Βέβαια , σε γυναίκες οι οποίες επιθυμούν να διατηρήσουν την γονιμότητα τους , ακολουθείται διαφορετικό πρωτόκολλο θεραπείας .

Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας η νόσος εμφανίζεται κυρίως λόγω υπεροιστρογονικού περιβάλλοντος , το οποίο οδηγεί σε άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου . Η άτυπη υπερπλασία του ενδομητρίου θεραπεύεται αποτελεσματικά με υψηλές δόσεις προγεστερόνης . Οι υψηλές δόσεις προγεστερόνης μπορούν επίσης να χορηγηθούν και για πρώιμο καρκίνο του ενδομητρίου , με την προϋπόθεση ότι είναι καλά διαφοροποιημένος και περιορίζεται στο ενδομήτριο . Παρόλα αυτά συντηρητική αντιμετώπιση δικαιολογείται μόνο σε εξαιρετικά επιλεγμένες περιπτώσεις γυναικών που επιθυμούν να διατηρήσουν την ικανότητα της τεκνοποίησης.

Στις επιλογές της συντηρητικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται τα προγεσταγόνα , τα αντιοιστρογόνα , οι αγωνιστές GnRH και οι αναστολείς αρωματάσης . Πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα τα προγεσταγόνα . Η προγεστερόνη είναι μία στεροειδή ορμόνη , που αντιτίθεται στην ανάπτυξη του ενδομητρίου από τα οιστρογόνα. Η διέγερση του ενδομητρίου χωρίς προγεστερόνη οδηγεί σε υπερπλασία του ενδομητρίου ή ακόμα και σε καρκίνο .

Η μαγνητική τομογραφία βοηθάει στην ορθή επιλογή των υποψήφιων γυναικών για διατήρηση της μήτρας τους. Εάν ο όγκος περιορίζεται στο ενδομήτριο , δεν έχει διεισδύσει στο μυομήτριο , δεν έχει επεκταθεί στις ωθήκες και στους λεμφαδένες , το στάδιο της νόσου είναι IA κατά FIGO , με κριτήρια υστεροσκόπησης , μαγνητικής τομογραφίας (MRI) πυέλου και παθολογοανατομικές εξετάσεις και δίχως παράγοντες

κινδύνου, μπορεί να ξεκινήσει θεραπεία με χορήγηση προγεσταγόνων από του στόματος ή μέσω ενδομήτριας συσκευής IUD λεβονογεστρέλης. Τα συνηθέστερα από του στόματος χορηγούμενα προγεσταγόνα είναι η οξική μεδροξυπρογεστερόνη (MPA) και η οξική μεγεστρόλη (MA), όταν είναι απαραίτητη η διατήρηση γονιμότητας. Η βέλτιστη δόση από του στόματος MPA και MA δεν είναι σαφώς καθορισμένη. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη δόση MPA είναι 200-800 mg/dl/day και MA είναι 40-400 mg/dl/day. Η απόκριση στα προγεσταγόνα κυμαίνεται 50-75%. Η μέση διάρκεια θεραπείας διαφέρει μεταξύ των μελετών. Η απάντηση στην ορμονική θεραπεία εμφανίζεται περίπου στις 16 εβδομάδες. Αν δεν υπάρξει απόκριση στην θεραπεία με τα προγεσταγόνα τότε σίγουρα απαιτείται χειρουργική διαχείριση. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει την επανάληψη της υστεροσκόπησης και της απόξεσης του ενδομητρίου ανά 3 μήνες. Συνήθως μετά από 6 μήνες ύφεσης της νόσου από την αγωγή, δίνεται η δυνατότητα στην γυναίκα να τεκνοποιήσει. Τα προγεσταγόνα αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου, καρκίνο μαστού και ηπατική δυσλειτουργία. Μετά την απόκτηση οικογένειας συνίσταται οριστική θεραπεία.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΟΘΗΚΩΝ

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί σχεδόν πάντα θεραπεία εκλογής. Αποτελείται από ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγοωθηκεκτομή, πυελικό και αορτικό λεμφαδενικό καθαρισμό και επιπλεκτομή. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας οι οποίες θέλουν να διατηρήσουν την ικανότητα της τεκνοποίησης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο συντηρητικό πρωτόκολλο θεραπείας.

Επιθηλιακοί όγκοι οριακής κακοήθειας και αρχόμενα διηθητικά καρκινώματα, εμφανίζονται σε νέες γυναίκες. Σε αυτές τις περιπτώσεις και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, είναι δυνατόν με συντηρητική χειρουργική επέμβαση. Στις προϋποθέσεις αυτές, ανεξαρτήτου ιστολογικού αποτελέσματος, συγκαταλέγονται η ηλικία της ασθενούς, η οποία θα πρέπει να βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία, ιδανικά κάτω των 40 ετών, η επιθυμία της ασθενούς για διατήρηση της γονιμότητας της. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή λήψη της απόφασης είναι η τελική ιστολογική διάγνωση αλλά και η ενδεδειγμένη χειρουργική σταδιοποίηση στην αρχική επέμβαση. Μόνο οι ασθενείς αρχόμενου σταδίου I είναι δυνατόν να τεθούν σε πρωτόκολλα συντηρητικών επεμβάσεων. Επιπρόσθετα, στις προϋποθέσεις συμπεριλαμβάνεται η χειρουργική σταδιοποίηση, η φυσιολογική ετερόπλευρη ωοθήκη, ο επιθηλιακός καρκίνος ωοθήκης χαμηλής δυνητικής κακοήθειας (στάδιο I,II) ή διηθητικός (στάδιο IA, GRADE 1,2), όγκοι γεννητικών κυττάρων, στρωματικοί όγκοι (στάδιο IA), η στενή παρακολούθηση αλλά και η αφαίρεση αντίπλευρης ωοθήκης όταν ολοκληρωθεί η αναπαραγωγική δυνατότητα.

Το πρωτόκολλο συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνει μονόπλευρη ωοθηκεκτομή, επιπρόσθετα όμως μπορεί να χρειασθεί και χημειοθεραπεία. Σε πιο επιθετικούς όγκους όπως οι επιθηλιακοί όγκοι, μαζί με την μονόπλευρη ωοθηκεκτομή, διεξάγεται και λεπτομερής χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της πυελικής και αορτικής λεμφαδενεκτομής. Η ενδοεγχειριστική διαρροή όγκου λαμβάνεται ως ασθένεια IC, ακόμη και όταν ο όγκος περιορίζεται σε μία ωοθήκη. Μετά την χειρουργική επέμβαση, αν κρίνεται απαραίτητη η χημειοθεραπεία,

υπονομεύει περαιτέρω τη γονιμότητα λόγω γοναδοτοξικότητας .Ο υπόλοιπος ωοθηκικός ιστός μπορεί να προστατευτεί σε κάποιο βαθμό με ορμονική ρύθμιση χρησιμοποιώντας GnRH ανάλογα ή από του στόματος αντισύλληψη .

Μετά την χειρουργική επέμβαση , οι ασθενείς παρακολουθούνται υπερηχογραφικά αλλά και με έλεγχο των καρκινικών δεικτών .Οι υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές τεχνικές είναι ασφαλείς σε όγκους οριακής κακοήθειας και όγκους γεννητικών κυττάρων .Ο κίνδυνος υποτροπής ενός οριακού όγκου μετά από θεραπεία ωοθηκικής διέγερσης είναι 19,4% .

Γενικά , υπάρχει καλή πρόγνωση όταν η ασθενής είναι νεαρής ηλικίας , η νόσος βρίσκεται σε αρχικό στάδιο , ο όγκος είναι μικρός , υπάρχει καλή διαφοροποίηση και προεγχειρητικά απουσία ασκίτη.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Κάποιες φορές ο τύπος και το στάδιο της νόσου στο οποίο διαγιγνώσκεται η ασθενής, αλλά και οι επικουρικές θεραπείες που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, μπορεί να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα ακόμη και σε στειρότητα. Η χημειοθεραπεία οδηγεί σε ωθηκική ανεπάρκεια η οποία μπορεί να είναι και μόνιμη. Η ποσότητα της ακτινοβολίας στην ακτινοθεραπεία επηρεάζει την γονιμότητα. Όπως επίσης ανάλογα με το στάδιο της νόσου μπορεί τελικά να ακολουθήσει χειρουργική αφαίρεση των εξαρτημάτων ή ακόμη και της μήτρας. Υπάρχουν όμως και σε αυτές τις δύσκολες περιπτώσεις επιλογές για διατήρηση της γονιμότητας.

- Η κρυοσυντήρηση ωαρίων προτείνεται από το NICE στις γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Προτείνεται έναρξη διέγερσης των ωοθηκών για λήψη ωαρίων και κρυοσυντήρηση.
- Θωράκιση των ωοθηκών. Πρόκειται για προστασία των ωοθηκών κατά την διάρκεια της ακτινοβολήσης.
- Κατάψυξη ωοθηκικών ιστών. Κατά την χειρουργική επέμβαση γίνεται αφαίρεση μέρους ή και ολόκληρης της ωοθήκης και στην συνέχεια ο ιστός που περιέχει ωοθυλάκια καταψύχεται.
- Μεταφορά ωοθηκών. Πρόκειται για μετακίνηση των ωοθηκών κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, μακριά από το σημείο που ακτινοβολείται.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διατήρηση της γονιμότητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει και διαγιγνώσκονται με κάποιο είδος γυναικολογικού καρκίνου. Η χειρουργική επέμβαση για την θεραπεία της ασθενούς αλλά και την διατήρηση της γονιμότητας της είναι συχνά δυνατή σε επιλεγμένους ασθενείς . Ορισμένες γυναίκες που εμφανίζουν υπογονιμότητα μπορεί να χρειαστεί να υποβληθούν σε υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές θεραπείες για να επιτύχουν εγκυμοσύνη, η οποία δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την ογκολογική έκβαση. Οι διεθνείς οδηγίες για τη διατήρηση της γονιμότητας που έχουν δημοσιευθεί τονίζουν τη σημασία της έγκαιρης συζήτησης των επιπτώσεων της θεραπείας του καρκίνου στη μελλοντική γονιμότητα και των επιλογών για τη διατήρηση της γονιμότητας σε όλους τους ασθενείς της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ο ρόλος της θεραπείας που προστατεύει τη γονιμότητα σε πιο προχωρημένα στάδια του γυναικολογικού καρκίνου πρέπει να αναλυθεί σε περαιτέρω μελέτες ως αποτέλεσμα των σπάνιων δεδομένων στον τομέα αυτό.

Άρθρο Ι. Βιβλιογραφία

AMERICAN CANCER SOCIETY. (2018). Ανάκτηση από <https://www.cancer.org/cancer.html>

Athanasios, Z. D.-P.-G. (2014, MAY). *An Obstetrics and Gynecology Review International Journal*. Ανάκτηση από HJOG: <http://5.189.150.156/~hjog/wp-content/pdf/2014/Fertility%20sparing%20options%20for%20women%20with%20ovarian%20neoplasms%20p45-52.pdf>

CANCER RESEARCH UK. (n.d.). Ανάκτηση από <https://www.cancerresearchuk.org/>

Chi, M. M. (2005, JULY). *THE ONCOLOGIST*. Ανάκτηση από <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/10/8/613.long>

Gynecologists, b. t. (2015, MAY). *OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. Ανάκτηση από https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2015/05000/Committee_Opinion_No__631__Endometrial.48.aspx

KEITH L. MOORE, A. F. (2012). *ΚΛΙΝΙΚΗ ANATOMIA*. ΚΥΠΡΟΣ: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

NATIONAL CANCER FOR HEALTH STATISTICS. (n.d.). Ανάκτηση από NCHS: <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm>

NATIONAL CANCER INSTITUTE. (2017, SEPT. 22). Ανάκτηση από NIH: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fertility-women>

NATIONAL CANCER INSTITUTE. (2018). Ανάκτηση από <https://www.cancer.gov/about-cancer>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. (n.d.). Ανάκτηση από NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs73/chapter/quality-statement-9-cryopreservation-before-cancer-treatment>

P.REMA. (2014, JUNE 3). *NATIONAL CENTER OF BIOTECHNOLOGY INFORMATION*. Ανάκτηση από NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Rodriguez-Wallberg, M. F. (2016, JULY). *Gynecologic Oncology Research and Practice*. Ανάκτηση από BMC: <https://gynoncrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40661-016-0029-2>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST. (2013). Ανάκτηση από RCOG: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip_35.pdf

SUNANDA GURTA, D. H. (2011). *OXFORD ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ, Α. (2011). *ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.

Γεννατάς, Κ. Σ. (2012). *Διαγνωστική προσέγγιση και Θεραπευτικές εξελίξεις στο Γυναικολογικό Καρκίνο*. Ανάκτηση από <http://www.isathens.gr/images/metekpaid/14-11-2012/gennatas.pdf>

ΚΑΡΑΠΑΝΤΖΟΣ, Η. (2015). *ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ*. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

ΚΡΕΑΤΣΑ, Γ. Κ. (2009). *ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ*. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Ν, Θ. (2014). *ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ*. Ανάκτηση από https://static.livemedia.gr/hpvsociety/documents/us41_20140227125335_3_50_thomakos.pdf

ς Δ., Θ. Ν. (2012). *Διατήρηση της γονιμότητας σε ασθενείς με καρκίνο*. Ανάκτηση από ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ & ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ: http://5.189.150.156/~hjog/wp-content/pdf/2012/21-27_2012.pdf

ΧΡΥΣΙΚΟΠΟΥΛΟΣ, Α. Χ. (2002). *ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ*. ΑΘΗΝΑ: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

