

Uloga medicinske sestre u prevenciji i zdravstvenoj njezi žena oboljelih od raka trupa maternice

Mirković, Renata

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:101086>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

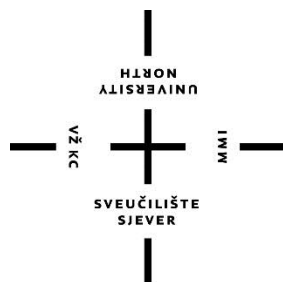
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 684/SS/2015

**Uloga medicinske sestre u prevenciji i zdravstvenoj njezi
žena oboljelih od raka trupa maternice**

Renata Mirković, 4964/601

Varaždin, ožujak 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br.684/SS/2015

Uloga medicinske sestre u prevenciji i zdravstvenoj njezi žena oboljelih od raka trupa maternice

Student

Renata Mirković, 4964/601

Mentor

dr.sc.Aleksandra Špoljarić,dr.med

Varaždin,ožujak 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Renata Mirković	MATIČNI BROJ	4964/601
DATUM	19.11.2015.	KOLEGIJ	Klinička medicina III - Ginekologija
NASLOV RADA	Uloga medicinske sestre u prevenciji i zdravstvenoj njezi žena oboljelih od raka trupa maternice		
MENTOR	dr. sc. Aleksandra Špoljarić	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Nenad Kudelić, dr. med., predsjednik		
	2. dr. sc. Aleksandra Špoljarić, mentor		
	3. Marijana Neuberg, mag. med. techn., član		
	4. Jurica Veronek, mag. med. techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	684/SS/2015
OPIS	

Incidencija raka trupa maternice (endometrija) u porastu je, vjerojatno zbog produženja ljudskog vijeka, predisponirajućih činitelja (npr. gojaznost), ali i zbog bolje dostupnosti i poboljšanja dijagnostičkih postupaka. Rak trupa maternice predstavlja 6 do 7 % svih karcinoma u žena. Najčešći je karcinom spolnih organa. Samo u oko 5 % slučajeva javlja se u žena mlađih od 40 godina. Obično se javlja u kasnoj postmenopauzi, a krvarenje je jedan od prvih znakova. Najčešći su adenokarcinomi koji izrastu iz endometrija. Postoje dva temeljna oblika karcinoma. Jedni su ovisni o estrogenima i imaju dobru prognozu, dok su drugi pak neovisni o estrogenima, javljaju se uglavnom kod starijih žena i imaju znatno lošiju prognozu. Bolest se klasificira u četiri stadija. U ovom radu željela sam prikazati broj oboljelih pacijentica na području Varaždinske županije iz statističkih podataka dostupnih iz Službe za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Varaždin. Statistika prikazuje broj oboljelih, vrstu i broj operacija u proteklih pet godina. Podaci potvrđuju da je karcinom endometrija jedan od najčešćih karcinoma ženskog spolnog sustava, što ima za posljedicu povećan broj operativnih zahvata. Ovim radom željela sam naglasiti važnost redovitih ginekoloških pregleda zbog mogućnosti otkrivanja bolesti u početnom stadiju kad se izlječenje može postići samo operacijom, bez dodatnog liječenja koje značajno produžuje potrebu za zdravstvenom skrbi.

ZADATAK URUČEN

29. 12. 2015.



Handwritten signature

Sažetak

Zloćudni tumori trupa maternice u industrijski razvijenim zemljama postaju najčešći tumori ženskih spolnih organa. Razlozi tome su višestruki: bolja medicinska dijagnostika, produžena životna dob, primjena estrogena, faktori okoline i gojaznost. Rak trupa maternice predstavlja 6 do 7% svih karcinoma u žena. Najčešći je karcinom spolnih organa. Samo u oko 5% slučajeva javlja se u žena mlađih od 40 godina. Obično se javlja u kasnoj postmenopauzi. Pravi uzrok nije poznat, a liječnici malokada mogu objasniti zašto jedna žena dobiva uterini karcinom, a druga ne. Istraživanjima je utvrđeno da u rizičnu skupinu spadaju žene starije od 50 godina, bijele rase, nerotkinje, koje su rano dobile prvu i kasno zadnju menstruaciju, imaju hiperplaziju endometrija, koriste hormonsko nadomjesno liječenje (posebno samo estrogen), imaju povećanu tjelesnu težinu, uzimaju tamoxifen (terapija karcinoma dojke), ili boluju od karcinoma debelog crijeva. Krvarenje je obično jedan od prvih znakova. Od svih su tumora trupa maternice najčešći adenokarcinomi, koji izrastu iz endometrija, od kojih do 4% otpada na sarkome, a 1% na miješane sarkomsko-karcinomske tumore. Postoje dva temeljna oblika karcinoma. Jedni su ovisni o estrogenima, razvijaju se iz područja hiperplazija, dobro su diferencirani i imaju dobru prognozu. Drugi su neovisni o estrogenima i javljaju se uglavnom u starijih žena, slabo su diferencirani te im je prognoza znatno lošija. Bolest se klasificira u četiri stadija. Rezultati liječenja raka trupa maternice bolji su od rezultata liječenja raka drugih ženskih spolnih organa. Uloga radioterapije u liječenju zloćudnih tumora trupa maternice još nije u potpunosti razjašnjena iako se primjenjuje već više od 70 godina. Temeljno je liječenje većine bolesnica kirurško.

KLJUČNE RIJEČI: karcinom, endometrij, adenokarcinom, stadiji bolesti, liječenje, radioterapija

Popis korištenih kratica

SERM	selektivni modulator estrogenskih receptora
DHEA	dehidroepiandrosteron
CA – 125	tumorski biljeg
ACOG	Američka udruga porodničara i ginekologa
UZV	ultrazvuk
FIGO	stupnjevanje karcinoma endometrija
PHD	patohistološka dijagnoza
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija
ISGP	Međunarodno društvo ginekoloških patologa
CT	kompjutorizirana tomografija
MR	magnetska rezonanca
IVU	intravenska urografija

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Anatomija	4
3. Činitelji rizika	6
4. Sprječavanje raka trupa maternice.....	7
5. Dijagnoza.....	8
5.1. Frakcionirana kiretaža.....	8
5.2. Histeroskopija	9
5.3. Ultrazvuk.....	10
5.4. Širenje karcinoma endometrija	12
5.5. FIGO klasifikacija.....	12
5.6. Prognostički čimbenici.....	14
6. Liječenje	16
6.1. Uloga radioterapije.....	16
6.2. Liječenje inoperabilnih bolesnika	18
6.2.1. Komplikacije	18
7. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijentica oboljelih od raka endometrija.....	20
7.1. Strah u/s novootkrivene bolesti.....	20
7.2. Strah u/s operativnog zahvata	20
7.3. Neupućenost u dijagnostičke potupke	21
7.4. Anksioznost u/s dijagnozom i komplikacijama liječenja.....	21
7.5. Mučnina i povraćanje u/s primjene kemoterapije.....	22
7.6. Socijalna izolacija	23
8. Zaključak	24
9. Literatura	25

1. Uvod

Rak trupa maternice čini 15-30% svih genitalnih karcinoma u žena. U većini razvijenih zemalja karcinom trupa maternice (endometrija), danas je najčešća invazivna neoplazma ženskog spolnog sustava. Karcinom endometrija je ponajprije bolest žena starije dobi. Prosječna dob pacijentica kreće se u rasponu od 55 -65 godina, čak preko 80% slučajeva karcinoma endometrija nastaje u žena nakon navršene pedesete godine života, a svega 2,1% u žena mlađih od 40 godina. Pojavnost je ipak najveća u dobi između 50 -59 godina, odnosno u peri- i postmenopauzi, kad oboljeva 80 % bolesnica. [2]

Jedan od najvažnijih čimbenika koji sudjeluju u nastanku raka endometrija jest dulja izloženost ženskim spolnim hormonima – estrogenima. Dvije su glavne vrste ženskih spolnih hormona: estrogen i progesteron. Ženski spolni hormoni nastaju u jajnicima, a razgrađuju se uglavnom u jetri. Estrogen je bitan za razvoj većeg dijela reproduktivnog aparata žene, kao i za njegovo održavanje tijekom života. Estrogeni stimuliraju ponovni rast i obnavljanje sluznice maternice nakon menstrualnog krvarenja.[1]

Endometrijski karcinom označuje karcinom sluznice maternice, dok se zloćudni tumor tijela maternice koji nastaje iz mišićnog i vezivnog tkiva uterusa označuje pojmom sarkom uterusa (mezenhimalni tumori maternice).[6]

Najčešći spominjani rizični faktori koji se vežu uz nastanak karcinoma endometrija jesu: pretilost, visoki krvni tlak, šećerna bolest, bolesti jetre, hormonski aktivni tumori jajnika, primjena vanjskih estrogena. Češće oboljevaju nulipare, adipozne žene te žene s dijabetesom. Rak trupa maternice može se razviti i iz endometrijskih polipa. Obično se razvija u žena koje su imale anovulacijske menstruacijske cikluse, znakove hiperestrinizma, učestala krvarenja hormonski uzrokovana, hiperplaziju endometrija. Oko 90 % karcinoma endometrija očituje se krvarenjem, ali samo oko 25 % krvarenja u postmenopauzi znače ujedno i rak. Treba imati na umu i druge razloge krvarenja iz maternice, stidnice i rodnice.[8]

U genezi raka trupa maternice nisu poznati vanjski uzročni činitelji, iako postoji sprega s prolongiranim hiperestrinizmom bez poremećene supresije progesteronom, kao u normalnom menstruacijskom ciklusu. Tako učestalost karcinoma endometrija izrazito raste od ranih 70-ih godina, tj.od početka masovnije primjene estrogena. Produkcija estrogena u postmenopauzi posve ne prestaje, jer se tada stvaraju ekstragenitalno u kori nadbubrežne žlijezde. Stoga se može

zaključiti da estrogene imaju znatnu ulogu u patogenezi malignog procesa, ali ne kao inicijatori nego kao promotori karcinogeneze.[2]

Karcinom endometrija gotovo redovito se javlja u obliku adenokarcinoma različitih stupnjeva zrelosti i različitih histoloških subtipova. Već prije 20 godina Bokman ukazuje na patogenetski dva različita tipa endometralnog karcinoma, koji se bitno razlikuju u pogledu nastanka, histološkog subtipa, prognoze, kliničko-patoloških karakteristika. Pri klasifikaciji subtipa karcinoma endometrija pridržavamo se klasifikacije Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i Međunarodnog društva ginekoloških patologa (ISGP). [7]

	TIP I	TIP II
Dob	Pre-i perimenopauza	postmenopauza
Djelovanje estrogena	prisutno	odsutno
Hiperplazija	prisutno	odsutno
Gradus	niski	visoki
Invazija miometrija	minimalna	duboka
Specifični subtipovi	endometroidni	serozni, klarocelularni
Prognoza	dobra	loša

Tablica 1.1. Dva tipa karcinoma endometrija

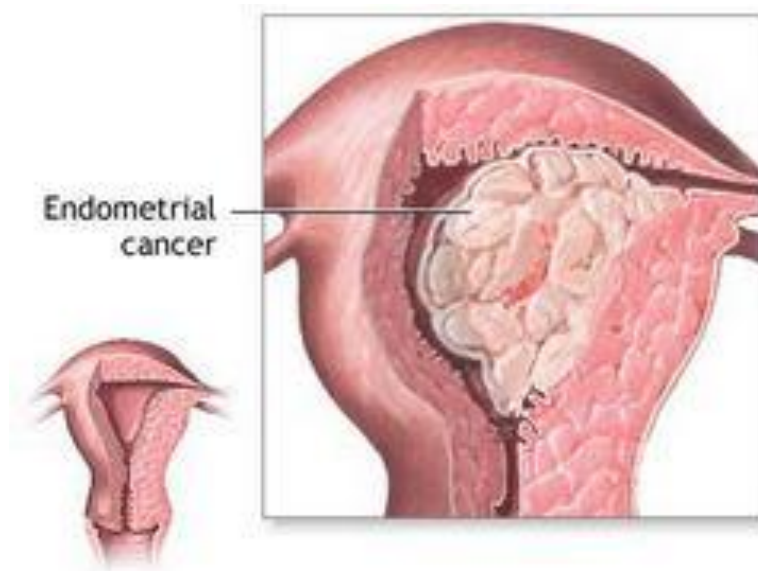
Izvor: Ante Ćorušić, Damir Babić, Mirko Šamija, Hrvoje Šobat : Ginekološka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb 2005.

Prognoza raka endometrija u obrnutoj je sprezi sa stadijem bolesti pri postavljanju dijagnoze. Prognoza je lošija kod tumora većeg gradusa, veće proširenosti i starije dobi bolesnice. Bolesti u pravilu prethodi prekanceroza kao „carcinoma *in situ*“, tj. mikroskopska lezija bez makroskopskih znakova, a invazivni oblik razvija se tijekom daljnjih 6-10 godina. Bolest obično započinje asimptomatski, a tek kasnije se javlja metroragija. Oko 75% novih slučajeva otkriva se u I. stadiju, 11% u II. i III, a samo 3% u IV. stadiju. Petogodišnje preživljavanje u I. stadiju iznosi 70-75%, u II. stadiju 55-60%, kod III. stadija oko 30%, a kod IV. oko 10%. [2]

Suvremeni se pristup u suzbijanju raka trupa maternice treba temeljiti na sprečavanju, ranom otkrivanju rizičnih skupina i faktora, pouzdanoj i preciznoj dijagnostici, te planiranju opsega i načina liječenja. Rutinski godišnji pregled radi otkrivanja raka maternice trebao bi obuhvatiti pregled u spekulima, vaginalni ili rektalni bimanuelni pregled te PAPA- test. Kod sumnjivih anamnestičkih podataka ili nalaza trebalo bi napraviti patohistološku analizu tkiva dobivenog frakcioniranom kiretažom, kojom se postavlja definitivna dijagnoza, određuje se tip i zrelost tumora. Sve se više u novije vrijeme radi ultrazvučni probir („screening“).

Transvaginalnimultrazvukom dobiva se uvid u stanje i debljinu endometrija, te eventualni prodor raka u miometrij.

U liječenju raka endometrija primjenjuje se kirurško liječenje, zračenje, kemoterapija i hormonska terapija. Standardni je postupak totalno kirurško odstranjenje maternice s obostranim odstranjenjem jajnika i jajovoda, a ukoliko je došlo do prodora tumora i u mišićno tkivo maternice, slijedi zračenje ili radioterapija. Hormonska terapija progestagenima daje povoljne rezultate, čak i u uznapredovalim slučajevima, u liječenju dobro diferenciranih karcinoma s visokom koncentracijom steroidnih receptora. Ako bolest ne reagira na primjenu progestagena, kod bolesnica s metastatskim rakom, slabije diferenciranim tumorom i negativnim progesteronskim i estrogenskim receptorima, primjenjuje se kemoterapija.[3]

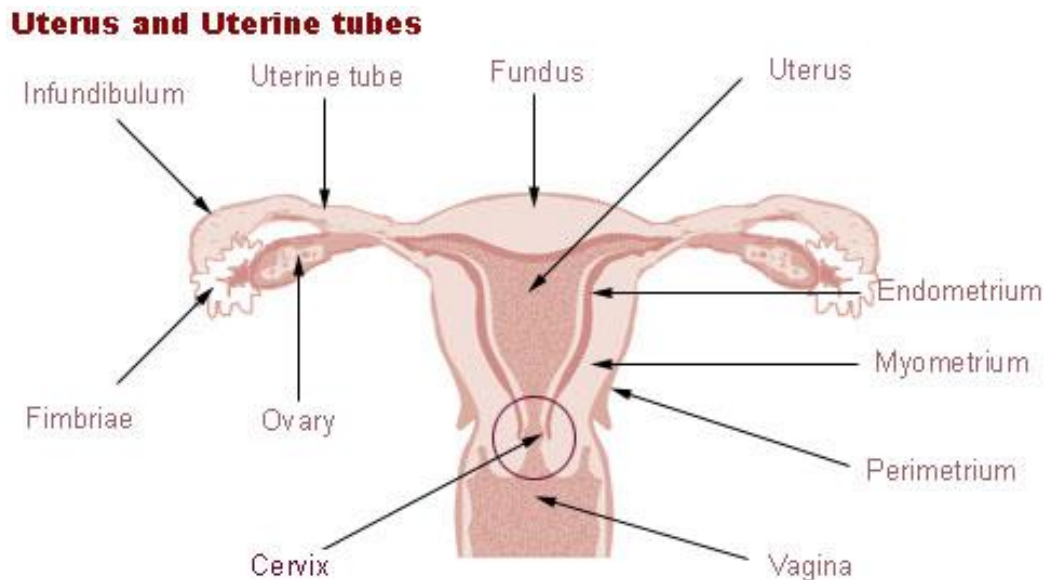


Slika 1.2.Karcinom endometrija

Izvor: <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1702/>

2. Anatomija

Maternica (lat. uterus) je organ ženskog spolnog sustava koji se nalazi u zdjelici iza mokraćnog mjehura i ispred debelog crijeva. Glavna funkcija maternice je prehrana i zaštita ploda.



Slika 2.1. Maternica, jajovodi i jajnici

Izvor: <https://hr.wikipedia.org/wiki/Maternica>

Maternica je kruškoliki organ, dugačak oko 7-8 centimetara, koji je okrenut vrhom prema dolje. U tijelu maternice nalazi se trokutasta šupljina, maternična šupljina (lat. cavum uteri). Ta šupljina postoji kod žena koje su rodile, dok su kod nerotkinja stijenke maternice priljubljene.

Dijelovi maternice su, tijelo maternice (lat. corpus uteri) i vrat maternice (lat. cervix uteri). Između trupa i vrata nalazi se suženi dio (lat. isthmus), koji anatomski pripada trupu maternice, a funkcionalno vratu (kod poroda donji uterini segment isthmusa ima važnu ulogu). Dno maternice (lat. fundus uteri) je dio tijela maternice koji se nalazi izbočen iznad hvatišta jajovoda za maternicu. Rogovi maternice su dijelovi maternice na koje se vežu jajovodi.

Maternice je duga 7,5 cm (4 cm trup, 0,5 cm suženi dio, 3 cm vrat), a teška 40 do 60 grama kod odrasle žene.

Vrat maternice dijelimo na dio koji se nalazi u rodnici (lat. portio vaginalis cervicis) i dio izvan (lat. pars supravaginalis cervicis). Porcija se nalazi otprilike 1 cm u rodnici, dok je ostatak dug otprilike 2 cm.

Maternica je građena od tri sloja:

- Potrbušnica (lat. perimetrium) - vanjski sloj, serozna ovojnica srasla sa mišićnim slojem
- Mišićni sloj (lat. myometrium) - najdeblji sloj, koji se sastoji od snopova glatkih mišića i male količine vezivnog tkiva između glavnih snopova
- Sluznica maternice (lat. endometrium) - sloj koji obavija unutrašnjost materišta, a sastoji se od epitela(jednoslojnog cilindričnog i žlijezdanog) i veziva, koji tijekom menstruacijskog ciklusa prolazi kroz određene promjene.[1]

3. Činitelji rizika

Rizik od raka endometrija veći je u žena s prekomjernom tjelesnom težinom, u nerotkinja, žena kod kojih je menopauza kasnije počela, kod žena sa sindromom policističnih jajnika, šećernom bolešću, u žena kod kojih se primjenjuje estrogensko hormonsko nadomjesno liječenje, kod žena koje uzimaju tamoksifen, selektivni modulator estrogenskih receptora (SERM). U najbrojnije skupine žena, onih s prekomjernom tjelesnom težinom dolazi do ekstraplandularne konverzije androstendiona i dehidroepiandrosterona(DHEA) u estron. U višerotkinja ili žena koje su uzimale peroralna kontracepcijska sredstva je vrlo manja vjerojatnost od oboljevanja raka endometrija. Nakon deset godina uzimanja peroralne kontracepcije, rizik od oboljevanja iznosi samo 33 % u usporedbi s onim ženama koje ih nikada nisu rabile. Istraživanja pokazuju kako zaštitni učinak traje od 3 do 10 godina. [4]

ČIMBENICI RIZIKA	POVEĆANI RIZIK
adipozitet	10 x
nerotkinje	2x
kasna menopauza	2,4 x
diabetes melitus	2,8 x
hipertenzija	1,5 x
anovulacija	9,5 x

Tablica 3.1. Čimbenici rizika endometrijskoga karcinoma

Izvor: Velimir Šimunić i suradnici : Ginekologija, Zagreb 2001.

4. Sprječavanje raka trupa maternice

Karcinom endometrija prevenira se ponajprije nekim općim mjerama, ali i pravodobnim liječenjem stanja koja mogu pogodovati njegovu nastanku. Najjednostavniju prevenciju čini smanjenje prekomjerne tjelesne težine umjerenom, zdravom i redovitom prehranom, spolna higijena, rađanje većeg broja djece, izbjegavanje nikotina, dulja primjena hormonskih kontraceptiva. Većinu rizičnih čimbenika moguće je držati pod kontrolom, posebice tjelesnu težinu, krvni tlak, šećer, masnoće, ali i pravodobno ukloniti promjene sluznice te liječiti bolesti srca, jetre i štitne žlijezde. Noviji pristup u sprječavanju raka endometrija uključuje hormonsku kontracepciju gestagenima u žena starijih od 40 godina. Najsigurniji način sprječavanja raka trupa maternice je histerektomija. Zahvat mora biti opravdan npr. lošim općim stanjem bolesnice, ekstremnom anemijom zbog metroragije, obiteljskom sklonošću starijih žena koje su češće rađale, te nemogućnošću primjene drugih metoda prevencije.

5. Dijagnoza

Anamnezom dobivamo podatke o dobi pacijentice, početku menopauze, korištenju preroralnih kontracepcijskih sredstava, obolijevanju od raka dojke, jajnika ili probavnog sustava u obitelji, te o pojavi nepravilnog krvarenja posebice u vrijeme postmenopauze. Ako je bolest jako uznapredovala možemo dobiti podatke od pacijentice koja se žali na bolove u kostima te na smetnje sa disanjem. Nakon uzimanja podataka od pacijentice o nastupu menopauze, menstrualnim nepravilnostima, trudnoćama, upotrebi hormonske terapije i pojavi zloćudnih bolesti u obitelji, slijedi ginekološki pregled, pri čemu se obično nađe povećan i fiksiran trup maternice, te znakovi zahvaćenosti bolešću jajnika i vrata maternice.

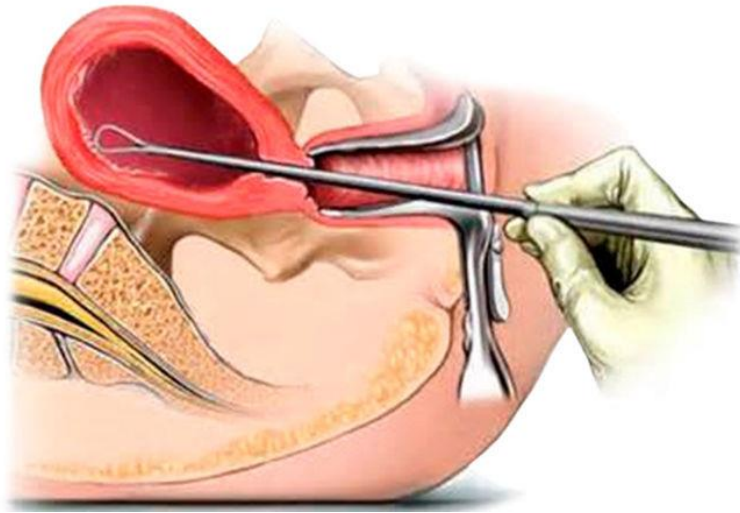
Mnoge žene kod pregleda spolnih organa nemaju nikakvih posebnih značajki, osim povremenog nalaza uvećane maternice koje je nespecifično. Klasični citološki pregled otkriva postojeći rak endometrija u najviše 50 % slučajeva.

Uobičajeni postupak za postavljanje dijagnoze raka trupa maternice jest frakcionirana kiretaža koja je temelj za postavljanje patohistološke dijagnoze, kao i za donošenje kliničke ocjene o proširenosti bolesti. Kiretaža se još uvijek smatra zlatnim standardom u dijagnostici raka endometrija. Pokazalo se međutim kako se kiretažom ne uspijeva dobiti materijal s oko 25 % površine endometrija. Kiretaža se može izbjeći ako je patohistološki nalaz kiretmana prije godinu dana bio negativan, kao i ako su citološki, ultrazvučni i klinički nalazi bili uredni.

Istraživanja su pokazala kako kod žena koje uzimaju tamoksifen dolazi do zadebljanja endometrija (hiperplazije) češće nego u žena iste dobi koje ga ne uzimaju. To ovisi o količini lijeka te duljini korištenja. Biopsija endometrija u žena koje uzimaju tamoksifen nije se pokazala opravdanom tako da i Američka udruga porodničara i ginekologa (ACOG) kao svoj službeni stav preporučuje u dijagnostičkom postupku samo redovitu godišnju kontrolu (pregled, citološki obrisak), a u slučaju abnormalnog krvarenja biopsiju endometrija.[4]

5.1. Frakcionirana kiretaža

To je odvojena eksploracija cerviksa od korpusa uterusa. Nakon dilatacije cervikalnog kanala najprije se kohlom postruže endocerviks, a zatim kompletno iskiretira kavum uterusa. Taj dijagnostički postupak treba uvijek primjeniti ako postoji i najmanja sumnja na karcinom. Dobiveni materijal iz cerviksa i korpusa uterusa treba odvojeno poslati na histološki pregled. Na karcinom treba sumnjati ako se dobije obilno medularnih, sirastih masa prhke, gnjecaste konzistencije. [5]



Slika 5.1.1. Frakcionirana kiretaža

Izvor: <http://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/dilatacija-i-kiretaza-maternice-postupak-alternativa-i-oporavak>

5.2. Histeroskopija

To je postupak izbora, ali nije osjetljivija metoda nego frakcionirana kiretaža. Histeroskopijom se vizualizira materijale pa je moguće potvrditi postojanje, lokalizaciju i proširenost raka endometrija. Histeroskopiju je u žena u reproduktivnoj dobi moguće izvesti bez analgezije i bez proširenja cervikalnog kanala. Nažalost, u žena u postmenopauzi je obično potrebna lokalna analgezija ili kratkotrajna venska anestezija. Histeroskopija nije zamjena za frakcioniranu kiretažu i histološku analizu materijala, već komplementarna metoda u dijagnostici raka endometrija, odnosno u obradi pacijentice s neredovitim krvarenjem ili krvarenjem u postmenopauzi. Rezultati dobiveni primjenom histeroskopije i frakcionirane kiretaže 100 % su pouzdani u dijagnosticiranju raka endometrija.

Nakon histeroskopije treba uvijek slijediti histološka analiza uzetoga uzorka tkiva, bez obzira na to da li je bila riječ o ciljanoj biopsiji pod nadzorom histeroskopa ili kiretaži vođenoj histeroskopskim nalazom. Maligne promjene endometrija su toliko tipične da se gotovo ne mogu zamijeniti s bilo kojom benignom promjenom sluznice. U početnoj fazi adenokarcinom ima nepravilne polilobularne nekrotične dijelove koji najčešće krvare iz rubova. Vaskularizacija sluznice je izrazito nepravilna. U nekim slučajevima očito je razgraničenje u odnosu na zdravo tkivo endometrija, u drugima se nalaze fokalne lezije često u rogovima maternice. Te se lezije često promaše kiretom.[4]

Za razliku od karcinoma cerviksa, ne postoji dovoljno osjetljiv postupak koji bi se mogao preporučiti za rano otkrivanje, screening ili probir endometrijskog karcinoma. Obzirom na rano javljanje simptoma, ipak se više od 75% slučajeva endometrijskog karcinoma otkriva u prvom stadiju bolesti.

Unatoč tomu, u dijagnostici endometrijskog karcinoma potrebno je osim rutinskog ginekološkog pregleda spomenuti 2 postupka:

- citologija/histologija: PAPA test u okviru godišnje kontrole u 30 - 50% slučajeva endometrijskog karcinoma pokazuje prisutnost abnormalnih stanica. Dopunski postupci su svakako oni koji omogućuju obilnije dobivanje staničnog materijala iz tijela uterusa za citološku i histološku analizu, a ovdje na prvom mjestu stoje postupci aspiracije materijala i frakcionirana kiretaža.
- vaginalni ultrazvučni pregled: predstavlja postupak koji bi u dogledno vrijeme mogao igrati veoma važnu ulogu u ranom otkrivanju endometrijskog karcinoma. U prvoj liniji veoma važan parametar je debljina endometrija, a dodatne informacije su svakako dubina infiltracije i širenje procesa, odnosno zahvaćenost vrata uterusa, koji su od izvanredne važnosti u preoperativnom stagingu. [6]

Kada je postavljena sigurna dijagnoza, potrebno je ocijeniti i stupanj lokoregionalne proširenosti bolesti – radi sekompjutorizirana tomografija(CT) zdjeličnih organa i abdomena te po potrebi pretrage poput rektoskopije, cistoskopije i IVU (intravenske urografije). Radi detekcije udaljenih presadnica ili metastaza savjetuje se napraviti rentgentsku snimku pluća (RTG) te krvne pretrage.

5.3. Ultrazvuk

Znanstvenik zaslužan za uvođenje ultrazvuka u medicinu 50-tih godina 20.stoljeća je Ian Donald, engleski vrsni ginekolog i porodničar, koji se s pravom može smatrati „ocem primjene ultrazvuka u medicini“.

U ginekologiji i porodništvu koristi se B –prikaz odbijenih ultrazvučnih valova na ekranu. Danas se sve više rabi transvaginalni prikaz, umjesto tehnike „punog mjehura“, odnosno transabdominalnog prikaza. Transvaginalni ultrazvuk postaje nezamjenjiv u ocjeni patoloških stanja maternice i adneksa. U postmenopauzalnih žena endometrijski odjek je tanak, homogen i hiperehogen zbog atrofije. Debljina listova endometrija u postmenopauzalnih žena bez krvarenja ne smije iznositi više od 6 milimetra, što se smatra urednim nalazom. U slučaju veće debljine

endometrija potrebna je daljna analiza pregledom trasvaginalnim obojenim doplerom te patohistološka dijagnoza (PHD).[3]

U ginekologiji se koriste transabdominalni i transvaginalni pristup, te po potrebi transrektalni i transperinealni. Sonde treba dezinficirati nakon svake upotrebe te u ovisnosti o putu primjene sonde, postaviti novi lateks kondom (za osobe alergične na lateks, postoje i kondomi bez lateksa).

Ultrazvuk može poslužiti kao dobro pomoćno sredstvo pri potvrdi sumnje na rak endometrija, pri čemu se ocjenjuje debljina i struktura endometrija, ciste i polipi endometrija, te nazočnost endometrijske tekućine. Obojenim se i trodimenzionalnim ultrazvukom mogu odrediti nepravilnosti vaskularizacije kao i prodor karcinoma u miometriju. [2]

Ginekološki ultrazvuk je sigurna, precizna, učinkovita i bezbolna dijagnostička metoda koja omogućava detaljan uvid u ženski reproduktivni sustav.

Glavne indikacije za UZV u ginekologiji:

- Zdjelična bol
- Neplodnost
- Simptomi i znakovi zdjelične upalne bolesti
- Bolne mjesečnice
- Prerani i zakašnjeni pubertet
- Nenormalno krvarenje u žena reproduktivne dobi
- Krvarenje u postmenopauzi
- Problemi nakon porođaja
- Palpacijski nalaz tvorbe u zdjelici i nenormalni nalaz krvne slike
- Pacijentice s povećanim rizikom za zloćudnu bolest
- Prirodne anomalije spolnog sustava
- Utvrđivanje položaja intrauterinog uložka
- Poslijeoperacijska kontrola



Slika 5.3.1. Transvaginální ultrazvuk

Izvor, <http://www.poliklinika-harni.hr/Default.aspx?sifraStranica=947>

5.4. Širenje karcinoma endometrija

Rak trupa maternice širi se endometrijem u vrat maternice, lokalno prodire u miometriju, serozu i ulazi u peritonealnu šupljinu. Limfnim putem dolazi u zdjelične i paraaortalne limfne žlijezde, krvnim žilama metastazira u pluća, jetru i kosti te kroz jajovod implantira u jajnik izdijelični peritoneum. Najveću prognostičku vrijednost i značenje za izbor liječenja predstavljaju stupnjevi histološke diferencijacije tkiva (gradus), pa je tako u gradusu I do 5% neskvamoznog solidnog tkiva, u gradusu II 6 do 50%, a u gradusu III više od 50%. U adenokarcinoma sa skvamoznom diferencijacijom gradus se određuje prema nuklearnom gradusu žlijezdane komponente. Kako se rak endometrija stupnjuje kirurški više se ne uzima dokaz o njegovu stadiju postupcima frakcionirane kiretaže. [4]

U praksi za postavljanje dijagnoze frakcionirana kiretaža je još uvijek najvažniji patohistološki nalaz koji dobivamo. Postavlja se pitanje kada kiretirati ženu, a kada izbjeći kiretažu. Trebalo bi svakako kiretirati ženu stariju od 40 godina, u slučajevima ponovnog abnormalnog vaginalnog krvarenja, pri sumnjivom ili pak pozitivnom citološkom nalazu, kod svakog krvarenja u postmenopauzi te kod abnormalnosti endometrija otkrivenog ultrazvučno. [4]

5.5. FIGO klasifikacija

Važeća FIGO klasifikacija prihvaćena je na kongresu u Berlinu 1985. godine. Njome je Ia stupanj podjeljen u dvije podgrupe. Klasifikacija endometrijskog karcinoma temelji se na nalazu

inspekcije, palpacije, biopsije, patohistološke analize, rezultatima endoskopskih pretraga, rentgenoloških nalaza, CT-a MR-a, laparoskopije. U odnosu na važeću klasifikaciju **stupanj 0** ostaje nepromjenjen. Promjenjeno je samo nazvlje u skladu s novom terminologijom. [3]

Ia	tumor ograničen na endometrij
I b	prodor do 1/2 miometrija
I c	prodor preko 1/2 miometrija
II a	tumor zahvaća endocervikalne žlijezde
II b	tumor prodire u cervikalnu stromu
III a	prodor do seroze i / ili adneksa i/ili pozitivan peritonealni ispirak
III b	metastaze u rodnic
III c	metastaze u zdjeličnim i / ili paraaortalnim limfnim čvorovima
IV a	prodor do sluznice mjehura i / ili crijeva
IV b	udaljene metastaze uključujući ingvinalne i/ ili intraabdominale limfne čvorove

Tablica 5.5.1. Stadij karcinoma trupa maternice (FIGO 1998.)

Izvor: Velimir Šimunić i suradnici : Ginekologija, Zagreb, 2001.

5.6. Prognostički čimbenici

U prognostičke čimbenike raka trupa maternice spadaju:

- Stadij proširenosti
- Dob
- Histološki tip tumora, gradus (zrelost)
- Prodor u miometriju
- Prodor u vaskularne prostore
- Peritonealna citologija
- Zahvaćenost adneksa, vrata maternice, limfnih žlijezda
- Intraperitonealno širenje
- Stanje steroidnih receptora
- Povećana izražajnost p53 gena

Stadij proširenosti obuhvaća u širem smislu prodor u miometriju, prodor u vaskularne prostore, zahvaćenost vrata maternice, adneksa, limfnih žlijezda i intraperitonealno širenje.

Dubina invazije raka endometrija u miometriju važan je prognostički čimbenik jer je dokazano da dublji prodor u miometriju pruža veće mogućnosti za širenje karcinoma u limfni sustav. Samo 1% bolesnica bez prodora procesa u miometriju ima metastaze u limfnim žlijezdama zdjelice, dok je kod onih kod kojih se rak proširio do vanjske trećine miometrija čak 25% limfnih čvorova metastatski promijenjeno. Što je viši gradus tumora, odnosno što je tumor slabije diferenciran, nezreliji, to je veća vjerojatnost za dublji prodor u miometriju i zahvaćenost limfnih žlijezda.

Od histoloških podtipova karcinoma endometrija, najlošiju prognozu imaju papilarnoserozni i klarocelularni karcinom, koji su veoma rijetki i češće se pojavljuju u starijih žena.

Prema histološkoj slici bolesnice s adenokarcinomom ili adenoskvamoznim karcinomom imaju bolju prognozu od onih s papilarnim ili karcinomom svijetlih stanica. Pri dolasku na liječenje tumorom su zahvaćeni limfni čvorovi u oko 17% bolesnica s adenokarcinomom, u 11 do 17% s adenoskvamoznim karcinomom, u 28 do 40% s papilarnim karcinomom te čak u 50% bolesnica s karcinomom svijetlih stanica.[3]

Dob bolesnica važna je kao prognostički čimbenik zbog pretežito lošijih podtipova karcinoma u starijoj dobi, višeg gradusa, kao i lošijeg općeg zdravstvenog stanja.

Zahvaćenost limfnih čvorova metastazama karcinoma varira sa stadijem i gradusom tumora te s njegovim smještajem. U stadiju I oko 10% bolesnica ima pozitivan nalaz zdjelčnih limfnih

žlijezda, a oko 6% paraaortalnih, dok je u II stadiju postotak zahvaćenosti limfnih žlijezda i do 35%. Zahvaćenost paraaortalnih limfnih žlijezda posebice je značajan pokazatelj mogućnosti za preživljavanje.

Nalaz malignih stanica pri operaciji u ispirku trbušne šupljine također je veoma važan prognostički faktor. Pozitivna peritonealna citologija u korelaciji je s dubinom prodora tumora u miometrij: ako je miometrij samo površno infiltriran, ispirak je pozitivan u do 10%, a ako je invazija duboka, i u do 32% bolesnica. U slučaju pozitivnog ispirka vjerojatnost recidiva je mnogo veća (u 34% bolesnica) nego ukoliko je ispirak negativan (u 10% bolesnica). [3]

Metastaze u limfnim čvorovima su prognostički loš znak, osobito u paraaortalnim, koje su i u direktnoj korelaciji s preživljavanjem. Ako nema metastaza u paraaortalnim limfnim čvorovima u kliničkom stadiju I i II, 4 godine će preživjeti 78% bolesnica, a ako su metastaze prisutne, samo 23%. To upućuje na važnost širenja tumora u limfne čvorove, odnosno na značenje prognostičkih faktora.

Svi navedeni prognostički faktori od velike su važnosti za određivanje terapije koja će se primjeniti. Dob bolesnica (mlađe od 59 godina – imaju bolju prognozu nego žene starije od 60 godina), dužina maternice (ako je kraća od 8 cm – bolja prognoza nego ako je duža od 8 cm).[4]

6. Liječenje

Temeljno je liječenje većine bolesnica kirurško. Operacija se često kombinira sa zračenjem jer su rezultati kombinirane terapije puno bolji nego samo operacija ili samo zračenje. Kako bi se tijekom operacije što točnije odredio stadij bolesti, odnosno njezina proširenost, izvodi se laparatomija.

Uzima se peritonealni ispirak za citološku analizu, inspiciraju se i palpiraju zdjelične i abdominalne strukture uključujući dijafragmu, jetru, abdominalne strukture, retroperitonealne čvorove te odstranjuju maternica i adneksa. U skladu s tim i nakon određivanja smještaja tumora donosi se odluka hoće li se izvesti zdjelična limfadenektomija. Klinička prosudba i odgovarajuće znanje o procesu bolesti trebaju biti osnovom za odluku o radikalnosti kirurškog zahvata.

Ako je povećanje limfnih žlijezda preoperativno dokazano ultrazvukom, CT-om, MR-om, uz maternicu i adneksu treba odstraniti i limfne čvorove. Posljednih se godina provodi laparaskopski pomognuto odstranjivanje maternice, adneksa i limfnih žlijezda, čime se ubrzava oporavak bolesnice, skraćuje boravak u bolnici, te smanjuju bolnički troškovi.

Stadij I i II raka endometrija uglavnom se operiraju. Ia gradus 1 i 2 se ne zrače. Kada je klinički očito širenje raka endometrija na vrat maternice izvodi se radikalna operacija ili preoperativno zračenje uz kasniju histerektomiju.[3]

6.1. Uloga radioterapije

U 10% slučajeva zbog lošeg zdravstvenog stanja bolesnice, operacija je kontraindicirana te se liječenje provodi zračenjem. U tih se bolesnica u ranijem stadiju bolesti može postići kontrola bolesti u 90% slučajeva.

Zračenje može biti provedeno kao predoperacijsko ili postoperacijsko, intrakavitarno, intraabdominalno ili perkutano. U jednog dijela bolesnica koje zbog drugih bolesti i općeg stanja ne mogu biti operirane, provodi se samo terapija zračenjem.

Predoperacijsko zračenje, koje može biti intrakavitarno ili perkutano, ima za cilj donekle devitalizirati tumorske stanice i na taj način i otežati implantaciju, bilo lokalnu ili pak udaljenu. Međutim, može onemogućiti pravilnu procjenu dubine prodora tumora u miometriju ukoliko je razmak između završetka zračenja i operacije duži od desetak dana.

Intrakavitarno predoperacijsko zračenje provodi se kombiniranjem uterinih i vaginalnih izvora zračenja. Zračenje se provodi klasičnim radijskim uterinim aplikatorima i vaginalnim ovoidima ili pločom, Simon – Heymanovim aplikatorima ili plastičnim odnosno metalnim aplikatorima koji se mogu priključiti na uređaje s tzv. naknadnim punjenjem.[3]

Postoperacijsko se primjenjuje češće nego predoperacijsko. Ono može biti intraabdominalno, intrakavitarno ili perkutano.

Postoperacijsko perkutano zračenje primjenjuje se u svih bolesnica, u kojih se na temelju prognostičkih faktora može pretpostaviti postojanje metastaza u limfnim čvorovima, zdjeličnim i paraaortalnim čvorovima, kao i kod onih bolesnica kod kojih je tijekom operacije utvrđeno širenje tumora na okolne strukture (jajnik, jajovod, mala zdjelica). Postoperacijsko perkutano zračenje može biti primjenjeno samo na zdjelicu i paraaortalne limfne čvorove.

Ako su koncentracije estrogenskih i progesteronskih receptora zadovoljavajuće, što ide u prilog dobro diferenciranog karcinoma, tada u tih bolesnica dolazi u obzir liječenje gestagenima najčešće medroksiprogesteron u trajanju od najmanje 12 tjedana. Kada su pak koncentracije steroidnih receptora niske tada je riječ o slabo diferenciranom karcinomu, te se u visokom stadiju bolesti primjenjuju citostatici (cisplatin,ciklofosamid,taksol). Najučinkovitiji su adriamicin i cisplatin.

Uznapredovala bolest s metastazama pobuđuje dvojbe o načinu liječenja koje treba primjeniti zbog loše prognoze i niske stope preživljavanja. Ako postoje udaljene metastaze učinak kemoterapije ne daje zadovoljavajuće rezultate. U dokazanih plućnih metastaza 75% oboljelih umire u razmaku manjem od godinu dana.

U najvećem broju slučajeva, do ponovnog javljanja bolesti dolazi unutar tri godine i to gotovo u 50% slučajeva, bez diferentnih simptoma. Najviše se recidiva otkrije ginekološkim pregledom, manji dio određivanjem CA – 125, a najmanje iz citoloških obrisaka. Ukupno je preživljavanje dulje od 5 godina u oko 65% bolesnica. Dugo se držalo mišljenje kako je izliječeni rak endometrija apsolutna kontraindikacija za korištenje hormonskih nadomjesnih lijekova.

U posljednjih je deset godina dokazano kako je posebice u I i II. stadiju raka endometrija koji je izliječen (odstranjena maternica) učinak hormonskoga nadomjesnog liječenja povoljan jer umanjuje opći morbiditet i mortalitet. Djelovanjem estrogena smanjuje se rizik od nastanka srčanih oboljenja i cerebrovaskularnog infarkta.

Kod nalaza s atipijom, u određivanju načina liječenja treba razlikovati one pacijentice koje još žele roditi, od onih koje to više ne žele. Ženama koje žele roditi treba davati gestagene te ponoviti biopsiju endometrija ili kiretažu za 4 do 6 mjeseci. Ako atipična hiperplazija perzistira, svakodnevno se uzimaju gestageni uz povećavanje doze. Obično u određivanju načina liječenja starijih skupina žena koje više neće rađati, u slučaju atipične hiperplazije potrebno je učiniti histerektomiju.

Posljednjih se godina sustavno u znanstvene svrhe proučavaju bjelančevine koje pokazuju djelovanje onkogeni, tumorskih supresora i lokalnih činitelja rasta kako bi se pronašli dodatni dijagnostički i prognostički postupci. Tako je ustanovljeno kako postoji pojačana ekspresija p53 u invazivnijim stadijima i nezrelim gradusima karcinoma endometrija, dok je ekspresija p27 bitno smanjena ili odsutna.[4]

6.2. Liječenje inoperabilnih bolesnika

Kako je srednja dob bolesnica s karcinomom endometrija veća od 60 godina, a istodobno velik broj takvih pacijentica ima i povišen krvni tlak ili pak boluju od šećerne bolesti, te imaju drugi niz popratnih stanja koje prate tu dob, postoji preveliki operacijski rizik. Stoga je jedina djelotvorna mogućnost kod takvih bolesnica radikalno ozračenje, na koje se može nadovezati hormonska terapija. Zračenje inoperabilnih pacijentica praćeno je malo većim brojem komplikacija: gastrointestinalne i urinarne komplikacije, koje se uglavnom mogu izliječiti konzervativnom terapijom.

6.2.1. Komplikacije

Javljuju se rane i kasne komplikacije. Gastrointestinalne komplikacije češće su u mršavijih pacijentica. U slučaju pojave proljevastih stolica nekoliko puta na dan, zračenje treba obustaviti na nekoliko dana uz eventualne primjene infuzije glukoze i fizioloških otopina. Zbog dugotrajnog ležanja i mirovanja prilikom primjene radioaktivnih izvora (48 sati) mogu nastati tromboze dubokih vena, iako je ta komplikacija veoma rijetka.

Kasne posljedice zračenja na koje otpada 5 do 10 % jesu:

- Hemoragični cistitis
- Stenoza uretre
- Fistula
- Stenoza crijeva

Prevenција ranih, a i dijelom kasnih komplikacija uključuje dijetalnu prehranu, izbjegavanje masne i začinjene hrane, hrane koja izaziva nadutost i gaziranih napitaka. Crnu kavu i alkohol bolesnice ne bi smjele uzimati za vrijeme liječenja.[3]

7. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijentica oboljelih od raka endometrija

Najčešće sestrinske dijagnoze su:

- Strah u/s novootkrivene bolesti
- Strah u/s operativnog zahvata
- Neupućenost u dijagnostičke postupke
- Anksioznost u/s dijagnozom i komplikacijama liječenja
- Mučnina i povraćanje u/s primjene kemoterapije
- Socijalna izolacija

7.1. Strah u/s novootkrivene bolesti

Strah je negativan osjećaj koji nastaje uslijed stvarne ili zamišljene opasnosti. [9]

Medicinska sestra prikuplja podatke o činiteljima koji izazivaju strah kod pacijentica, o intenzitetu straha, o metodama i načinima suočavanja sa strahom, o utjecanju straha na svakidašnji život.

Cilj : Pacijenticu neće biti strah.

Intervencije koje provodi medicinska sestra s ciljem smanjenja straha kod pacijentice jesu:

- Stvaranje profesionalnog empatijskog odnosa
- Poticati pacijenticu da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati znakove straha
- Primjereno reagirati na pacijentičine izjave i ponašanje
- Podučiti pacijenticu metodama suočavanja sa strahom

7.2. Strah u/s operativnog zahvata

Intervencije:

- Pacijenticu upoznati s okolinom, osobljem i ostalim pacijentima
- Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijentice
- Govoriti polako i umirujuće
- Redovito informirati pacijenticu o planiranim postupcima
- Omogućiti pacijentici sudjelovanje u donošenju odluka

- Osigurati mirnu i ugodnu okolinu
- Umiriti pacijenticu svojim postupcima i profesionalnim ponašanjem
- Pripremiti pacijenticu za operativni zahvat

7.3. Neupućenost u dijagnostičke postupke

Neupućenost označava nedostatak znanja ili informacija o specifičnom problemu. [9]

Medicinska sestra prikuplja podatke o kognitivno perceptivnim funkcijama pacijentice, o dobi pacijentice, procjenjuje razinu znanja, prikuplja podatke o životnim navikama i stilu života, procjenjuje pacijentičinu motivaciju za savladavanjem vještina i znanja.

Cilj: Pacijentica će biti informirana o potrebnim dijagnostičkim postupcima.

Intervencije :

- Procijeniti pacijentičine kognitivne sposobnosti
- Prilagoditi učenje pacijentičnim kognitivnim sposobnostima
- Objasniti dijagnostičke postupke pacijentici i obitelji
- Poticati pacijenticu i obitelj da postavljaju pitanja
- Osigurati pomagala tijekom edukacije (brošure, letci, članci)
- Podučiti pacijenticu važnosti pripreme za pojedine dijagnostičke postupke
- Provjeriti usvojeno znanje

7.4. Anksioznost u/s dijagnozom i komplikacijama liječenja

Anksioznost - nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti skojom se pojedinac ne može suočiti. [9]

Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju anksioznosti pacijentice, procjenjuje njezine metode suočavanja s anksioznošću i stresom.

Cilj : Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznošću.

Intervencije :

- Smanjiti razinu anksioznosti kod pacijentice
- Biti susretljiv i pažljiv u kontaktu s pacijenticom
- Poticati pacijenticuda potraži pomoć svojih bližnjih ili sestre kada osjeti anksioznost
- Stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz pacijenticu kada je potrebno

- Upoznati pacijenticu s pojavom mogućih komplikacija tokom liječenja
- Smanjiti mogućnost nastanka komplikacija
- Nikada pred pacijenticom ne treba reći njezinu dijagnozu
- Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje

7.5. Mučnina i povraćanje u/s primjene kemoterapije

Mučnina - osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja.[9]

Povraćanje - stanje snažnog refleksnog izbacivanja sadržaja želuca kroz usnu šupljinu i ponekad kroz nos.[9]

Medicinska sestra prikuplja podatke o simptomima mučnine, uzrocima mučnine i povraćanja, prikuplja podatke o metodama koje pacijentica koristi za ublažavanje mučnine, procjenjuje izgled povraćanog sadržaja, učestalost povraćanja, prisutnost patoloških primjesa u povraćanom sadržaju, nuspojave na lijekove koje pacijentica uzima, podatke o bolestima koje mogu dovesti do mučnine i povraćanja.

Ciljevi :

- Pacijentica neće imati mučninu
- Pacijentica će prepoznati i na vrijeme izvijestiti o simptomima povraćanja
- Pacijentica neće povraćati

Intervencije :

- Omogućiti pacijentici udoban položaj
- Osigurati pacijentici bubrežastu zdjelicu i staničevinu na dohvat ruke
- Osigurati privatnost
- Pružati podršku pacijentici
- Osigurati optimalne mikroklimatske uvjete u sobi
- Savjetovati pacijenticu da ne konzumira hranu koja izaziva mučninu i povraćanje
- Uzimati češće manje obroke i dobro prožvakati hranu
- Savjetovati pacijenticu da ne konzumira veće količine tekućine
- Primjeniti propisane anitemetike
- Uočiti primjese u povraćanom sadržaju i o njima obavijestiti
- Ukolniti povraćani sadržaj

- Prozračiti prostoriju
- Dokumentirati učinjeno

7.6. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija - Stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti i izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.[9]

Medicinska sestra prikuplja podatke o medicinskim dijagnozama, razlozima izolacije, povlačenja u sebe, o odnosima s drugim ljudima, obiteljskim odnosima, mentalnom statusu, svakodnevnim aktivnostima.

Cilj : Pacijentica će identificirati razloge osjećaja usamljenosti

Intervencije :

- Poticati pacijenticu na izražavanje osjećaja
- Zbog primjene kemoterapije kod pacijentica dolazi do gubitka kose, ohrabrivati takve pacijentice, informirati o mogućnostima nošenja perike, pokrivala za kosu
- Podučiti ih o korištenju blagih šampona koji ne oštećuju vlasište
- Poticati na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Izbjegavanje zatvaranja i povlačenja u sebe
- Poticati na razmjenu iskustva sa drugim pacijenticama
- Upoznati ih sa suportivnim grupama

8. Zaključak

Suvremeni pristup u suzbijanju raka trupa maternice treba temeljiti na sprječavanju, pronalaženju rizičnih skupina, ranom otkrivanju te pouzdanoj dijagnostici. Na planu ranog otkrivanja karcinoma značajnu ulogu ima timski rad, tj. rad stručnjaka različitih specijalnosti, a sve u cilju boljeg i potpunijeg pružanja zdravstvene zaštite. U tom timu značajno mjesto pripada medicinskim sestrama. Žene treba upozoravati, posebno one sa povećanim rizikom, na važnost redovitih ginekoloških pregleda i uzimanja PAPA testa. Nažalost, rijetke su one koje se barem jednom godišnje i kontroliraju. Većina pacijentica dođe već kada je bolest znatno uznapredovala. Dužnost medicinke sestre je da kroz predavanja i razgovore djeluje u zdravstveno-odgojnom smislu. Sestra često popunjava obrasce za citološki i histološki pregled i upisuje podatke. Pri tom se mora pridržavati pravila, jer je često baš zdravstvena administracija ogledalo rada i sposobnosti sestre. U oko 20 do 25% krvarenja u postmenopauzi dokaže se rak endometrija. Zlatni dijagnostički standard je frakcionirana kiretaža. Važnu ulogu u otkrivanju raka endometrija ima uvođenje transvaginalnog ultrazvučnog pregleda, koje je bitno unaprijedilo dijagnostiku. Ne smije se zaboraviti da je terapijska histeroskopija bez obzira na minimalnu invazivnost pravi operacijski zahvat sa svim rizicima anestezije i operacije, pa je nužna preoperacijska obrada i postavljanje čvrste indikacije.

Dobre zdravstvene i tehničke mogućnosti za rano otkrivanje raka koje u državi imamo, dostupnost ženskih genitalnih organa (palpacija, citologija, ultrazvuk), posebna briga o ženama s povećanim rizikom vezanim za obolijevanje od raka endometrija te razvijanje svijesti o potrebi redovitih godišnjih kontrola pomažu u ranom otkrivanju bolesti i visok su preventivni standard. Pacijenticama oboljelima od malignih bolesti i pacijenticama na kemoterapiji treba omogućiti učlanjenje u razne suportivne grupe, osigurati podršku, ublažiti način života.

Jednostavnim i jeftinim postupcima: ginekološkom anamnezom, pregledom, citološkim obriskom ili aspiratom te pregledom ultrazvukom dobiva se uvid u zdravstveno stanje žene te se, po potrebi, određuje daljnji dijagnostički postupak (kiretaža, histeroskopska biopsija). Patohistološka obrada dobivenog materijala ima visoku dijagnostičku specifičnost prema čemu se tada donosi odluka o daljnjem terapijskom postupku.

Usprkos učinkovitosti različitih metoda, potrebno je upamtiti:

- Ni jedna od metoda nije 100% pouzdana
- Prije je potrebna bliska suradnja između kliničara, patohistologa, citologa te medicinske sestre

9. Literatura

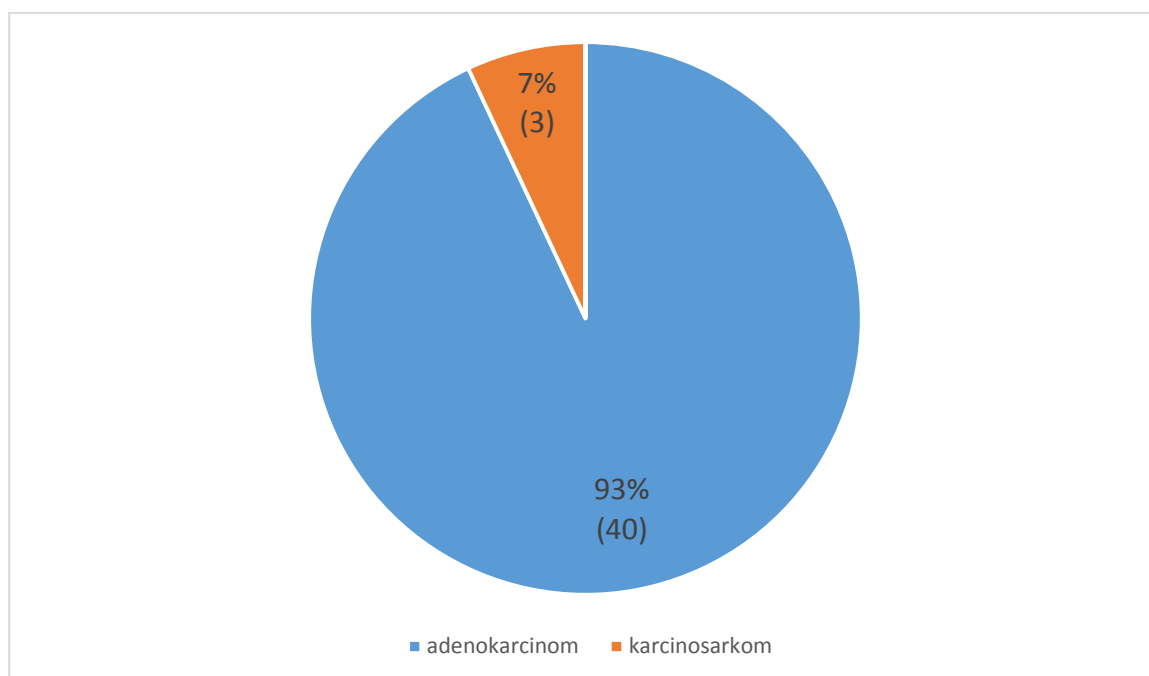
- [1] P. Keros, M. Pećina i M. Ivančić –Košuta : Temelji anatomije čovjeka, Zagreb 1999.
- [2] D. Eljuga, A. Dražančić i suradnici : Prevenirija i dijagnostika tumora ženskih spolnih organa, Zagreb 1999.
- [3] A. Kurjak i suradnici : Ginekologija i perinatologija, GOLDEN TIME Varaždinske Topice 1995.
- [4] V. Šimunić i suradnici : Ginekologija, Zagreb 2001.
- [5] Prof.dr.Č. Stoilković: Ginekologija skripta, Zagreb 1977.
- [6] <http://www.poliklinika-harni.hr/Rak-endometrija.aspx> dostupno 11.11.2015.
- [7] A. Ćorušić, D. Babić, M. Šamija, H. Šobat : Ginekološka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb2005.
- [8] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/ginekoloski-tumori/rak-endometrija> dostupno 5.11.2015.
- [9] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.

10. Prilog

Statistika pacijentica oboljelih od karcinoma endometrija na ginekološkom Odjelu Opće bolnice Varaždin, današnje Službe za ginekologiju i opstetriciju

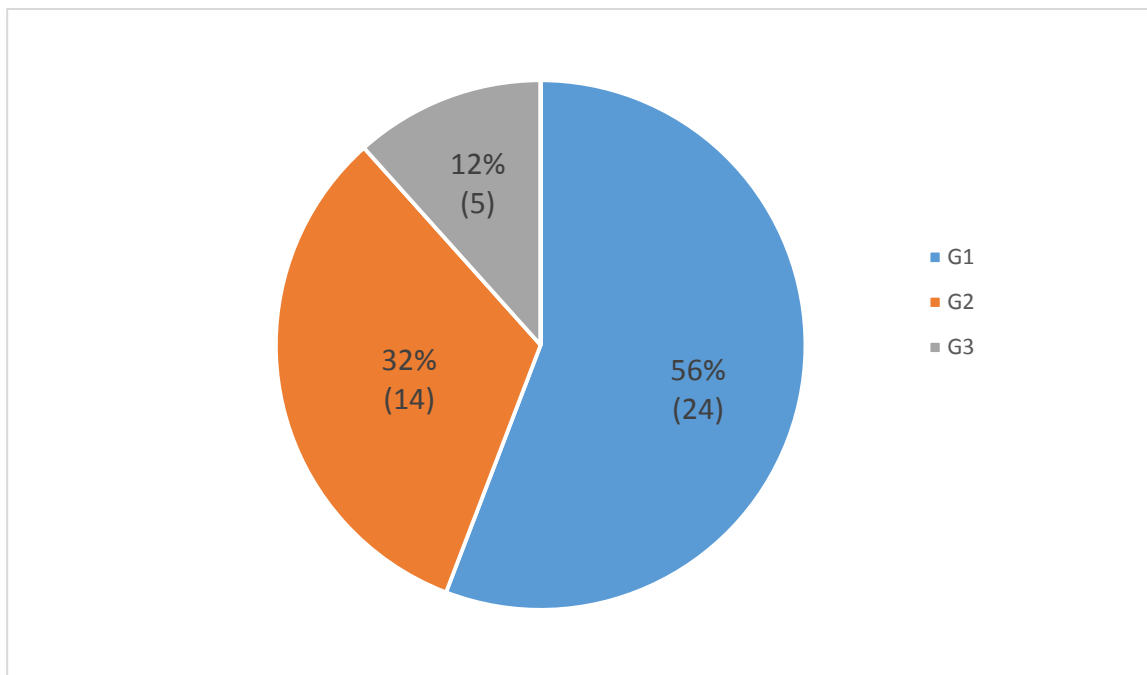
Malignomi endometrija prema PHD nalazu (2010.)

Od ukupno 43 žena hospitaliziranih na ginekološkom odjelu Opće bolnice Varaždin, dijagnosticiran je malignom endometrija prema patohistološkom nalazu dobivenom kiretažom. U 40 žena je dijagnosticiran adenokarcinom (93%), a u 3 žene karcinosarkom (7%). U 3 žene otkrivene su metastaze. (Grafikon 10.1.)



Grafikon 10.1. Podjela malignoma endometrija prema PHD nalazu 2010. godine

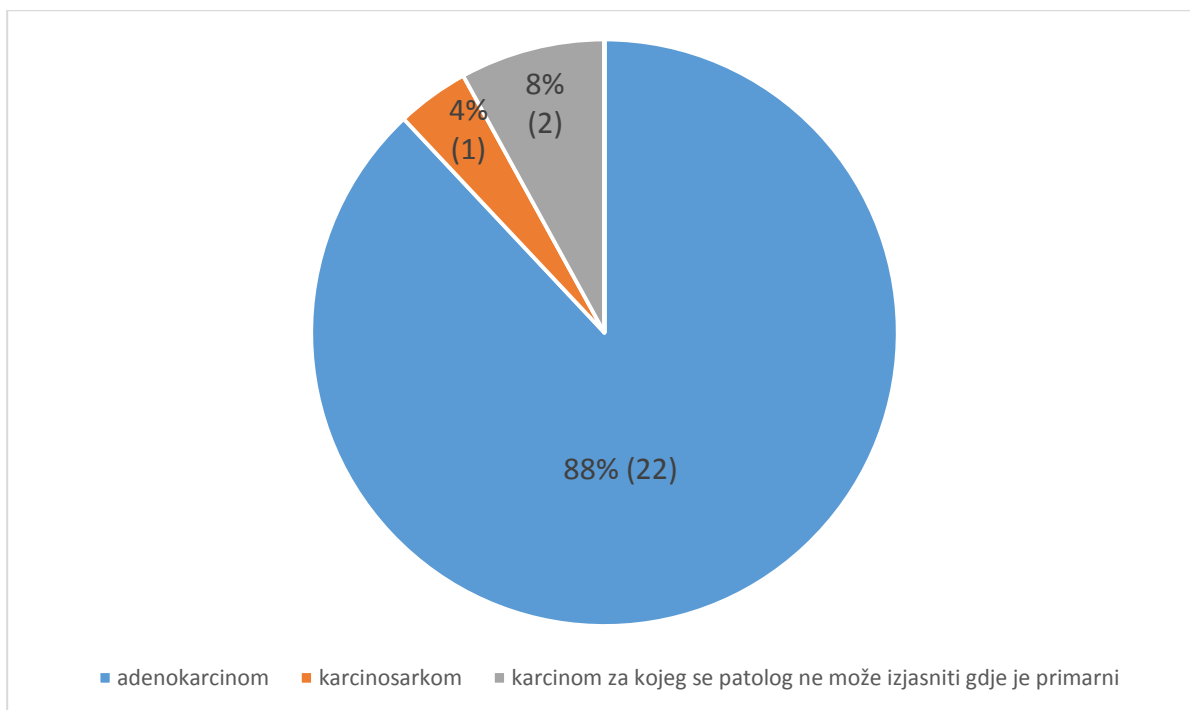
Stupanj diferenciranosti adenokarcinoma endometrija 2010.



Grafikon 10.2. Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti

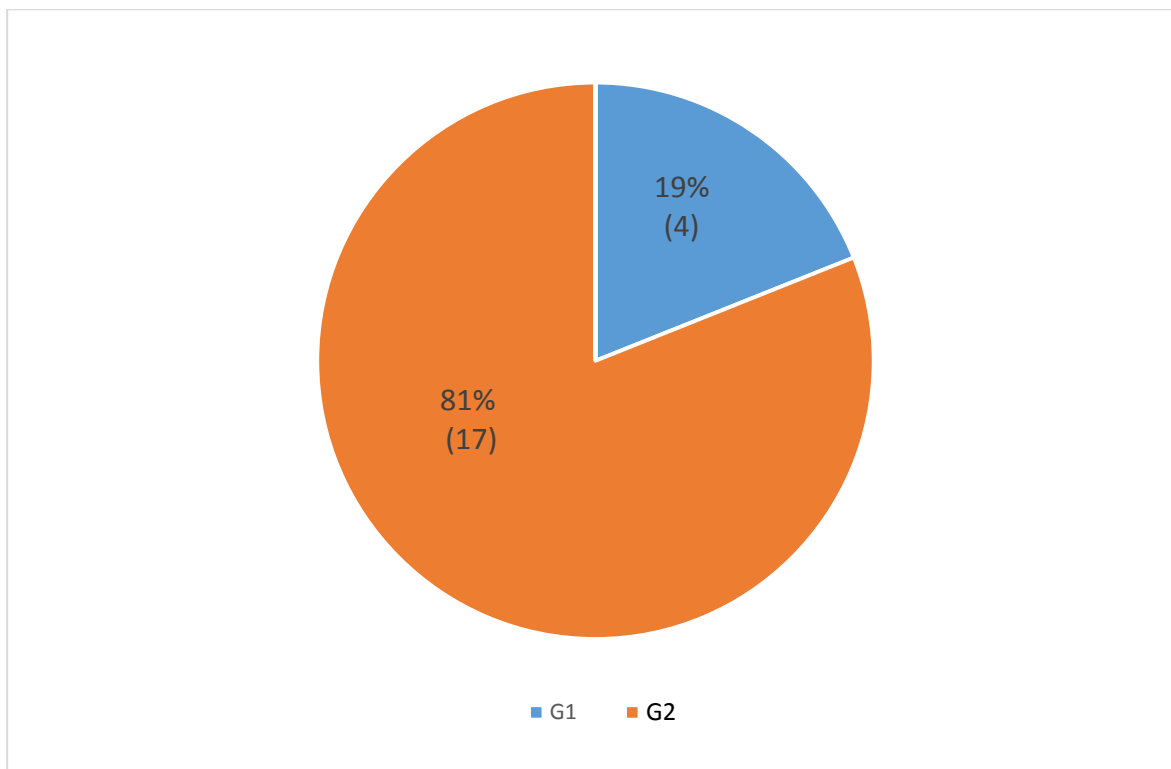
Malignomi endometrija prema PHD nalazu (2011.)

U 2011. godini broj pacijentica hospitaliziranih na ginekološkom odjelu Opće bolnice Varaždinnakon patohistološkog nalaza karcinoma u kiretmanubio je 25, od čega je bilo 22 (88%) adenokarcinoma, 1(4%)karcinosarkom, a 2 (8%) karcinom za koji se patolog ne može izjasniti o primarnom sjedištu. Ukupan broj operiranih žena na Odjelu bio je 20 (80%).4bolesnice su upućene na nastavak liječenja na Klinici za ženske bolesti i porode KBC Petrova u Zagrebu,jedna na vlastiti zahtjev, a 3 zbog stupnja proširenosti bolesti. (Grafikon10.3.) Za jednu bolesnicu nemamo podatke.



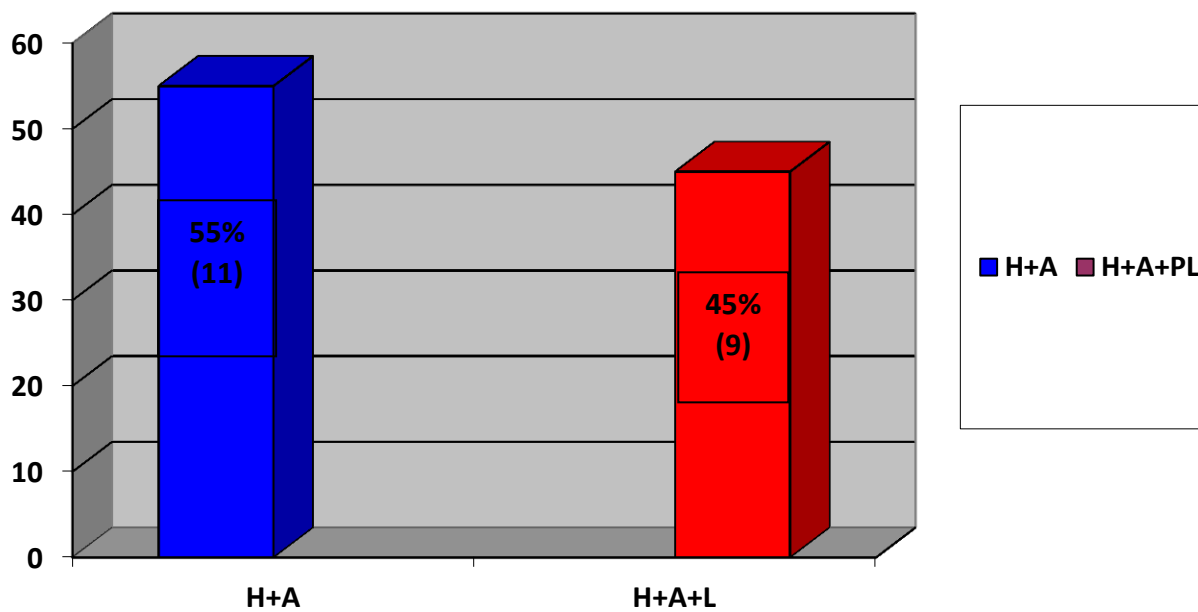
Grafikon 10.3. Podjela malignoma endometrija prema PHD nalazu 2011.

Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti 2011.godine



Grafikon 10.4. Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti

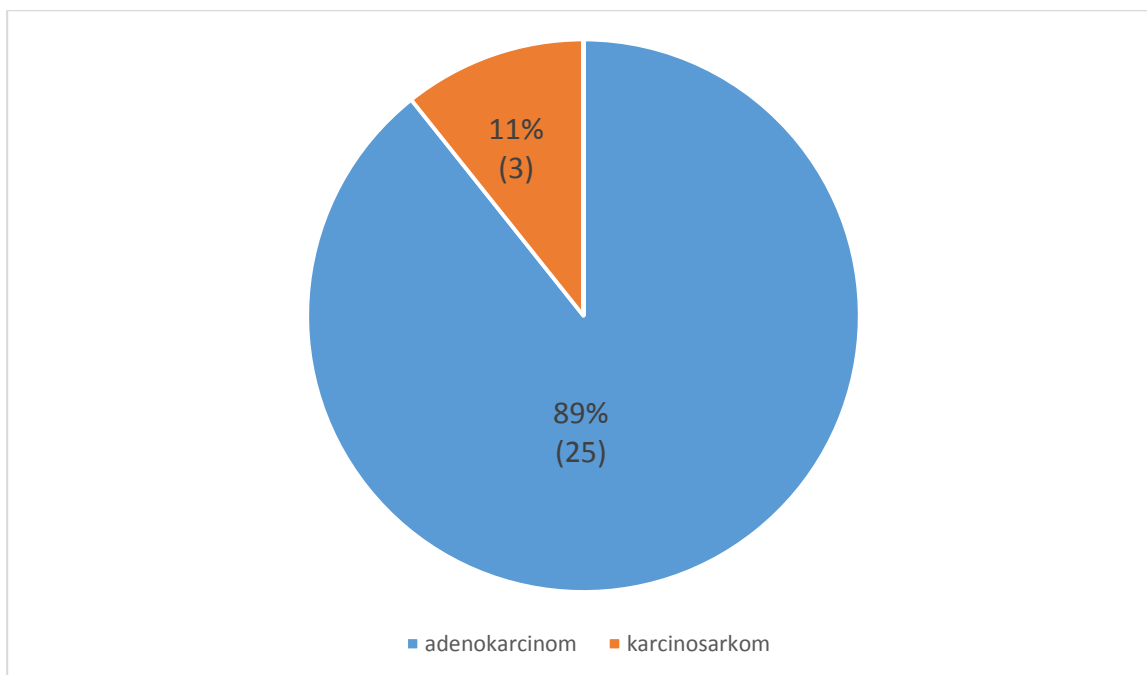
Operirana je 20 pacijentica (80%) do stupnja bolesti III A. 11 puta je učinjena histerektomija i adneksektomija (55 %), a 9 puta histerektomija, adneksektomija i zdjelična limfadenektomija. (45 %).(Grafikon 10.5.)



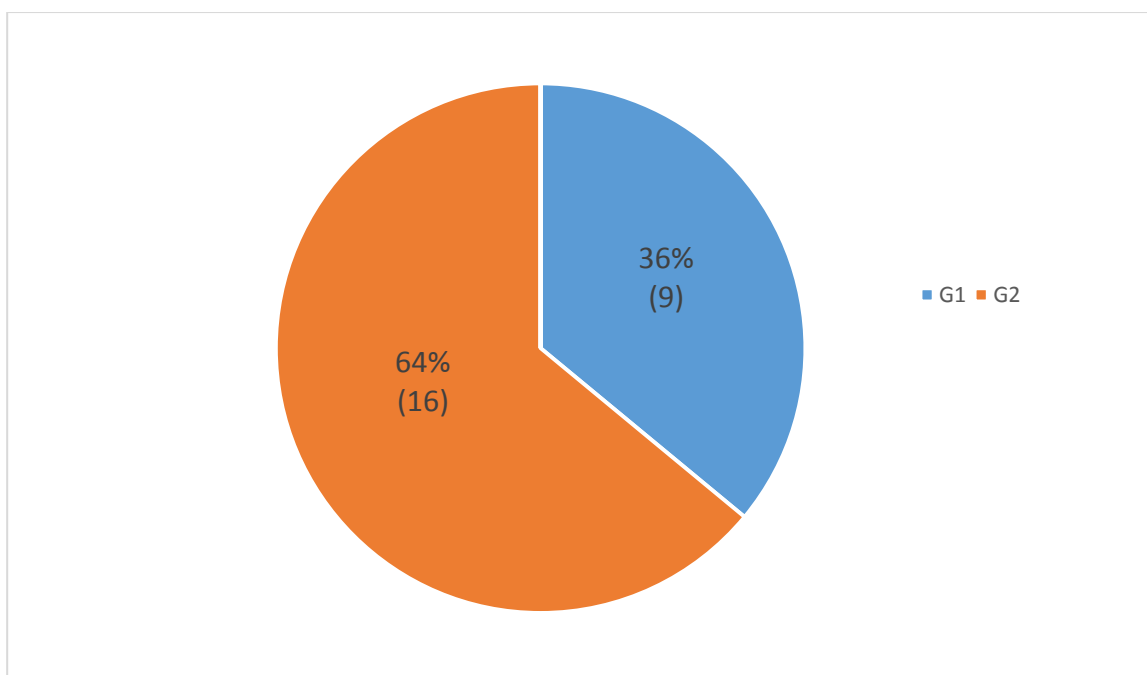
Grafikon 10.5. Broj i vrsta operativnih zahvata kod karcinoma endometrija 2011.

Malignomi endometrija prema PHD nalazu (2012.)

U 2012. godini broj hospitaliziranih žena s dijagnosticiranim malignomom endometrija na ginekološkom odjelu Opće bolnice Varaždin nakon PHD nalaza dobivenog kiretažom, iznosio je 28. 25 (89%) bilo je adenokarcinoma, a 3 (11%) karcinosarkoma.(Grafikon 10.6.)



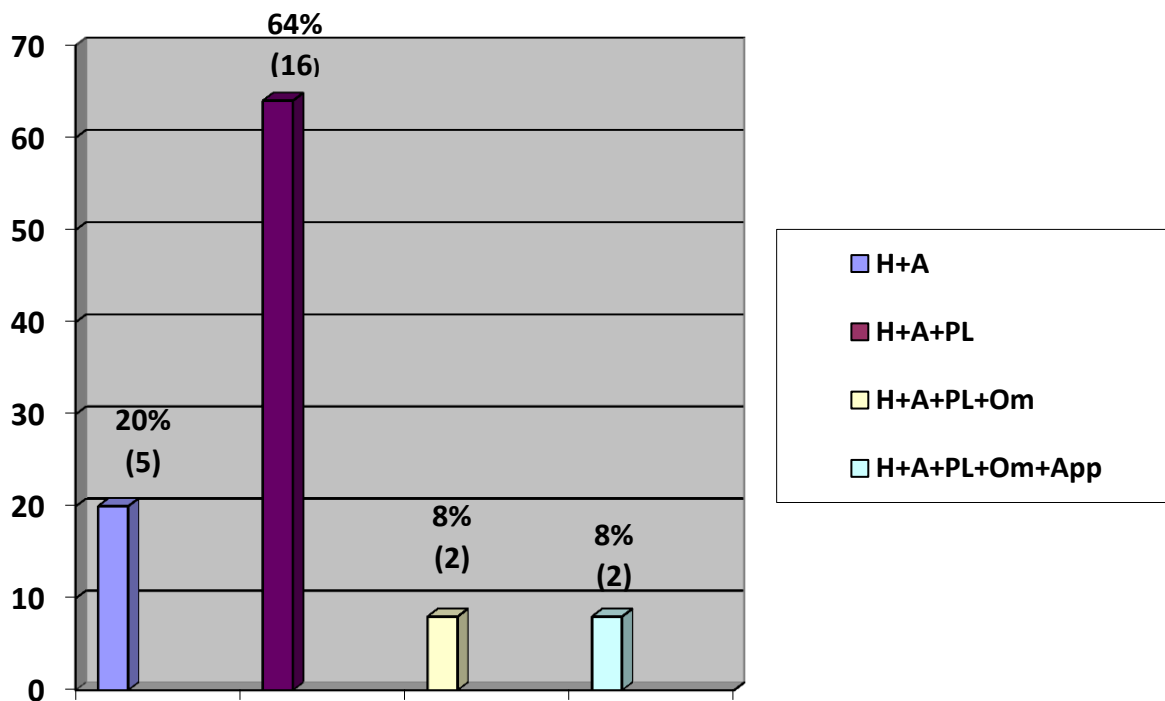
Grafikon 10.6. Podjela malignoma endometrija prema PHD nalazu 2012.



Grafikon 10.7. Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti

Operirano je 25 pacijentica (89%) do stupnja bolesti III C. Od operativnih zahvata pet puta (20%) učinjena je histerektomija i adnektomija, šesnaest puta (64%)

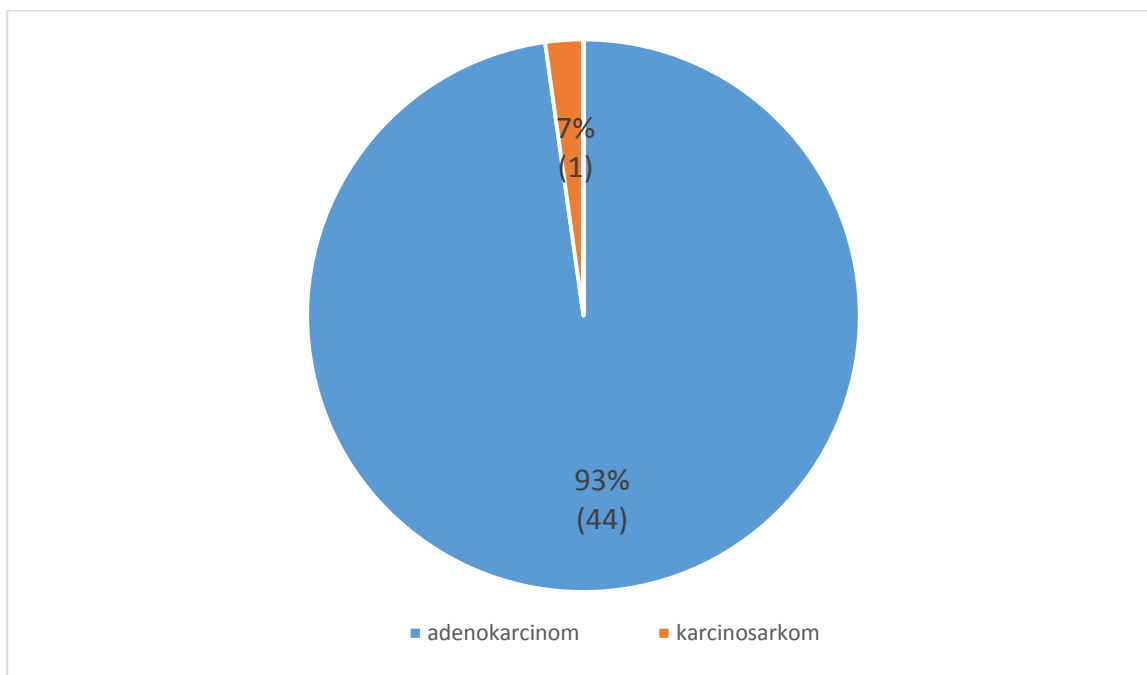
histerektomija, adnektomija i zdjelična limfadenektomija, dva puta (8%) histerektomija, adnektomija, zdjelična limfadenektomija i omentektomija, a dva puta (8%) histerektomija, adnektomija, zdjelična limfadenektomija, omentektomijai apendektomija. (Grafikon 10.8.)



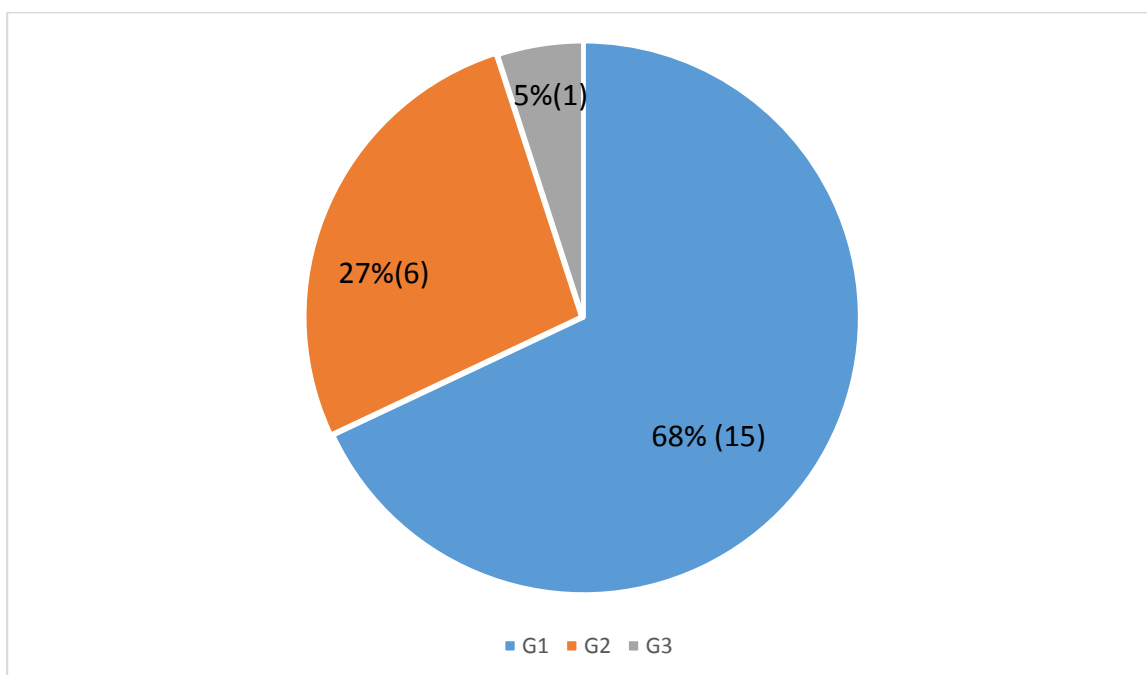
Grafikon 10.8. Broj i vrsta operativnih zahvata kod karcinoma endometrija 2012.

Maligomi endometrija prema PHD nalazu (2013.)

U 2013. godini broj hospitaliziranih žena na ginekološkom odjelu Opće bolnice Varaždin kojima je dijagnosticiran malignom endometrija dobiven PHD nalazom nakon kiretaže bio je 45, 44 (93%) adenokarcinoma, a 1 (7%) karcinosarkom. (Grafikon 10.9.)

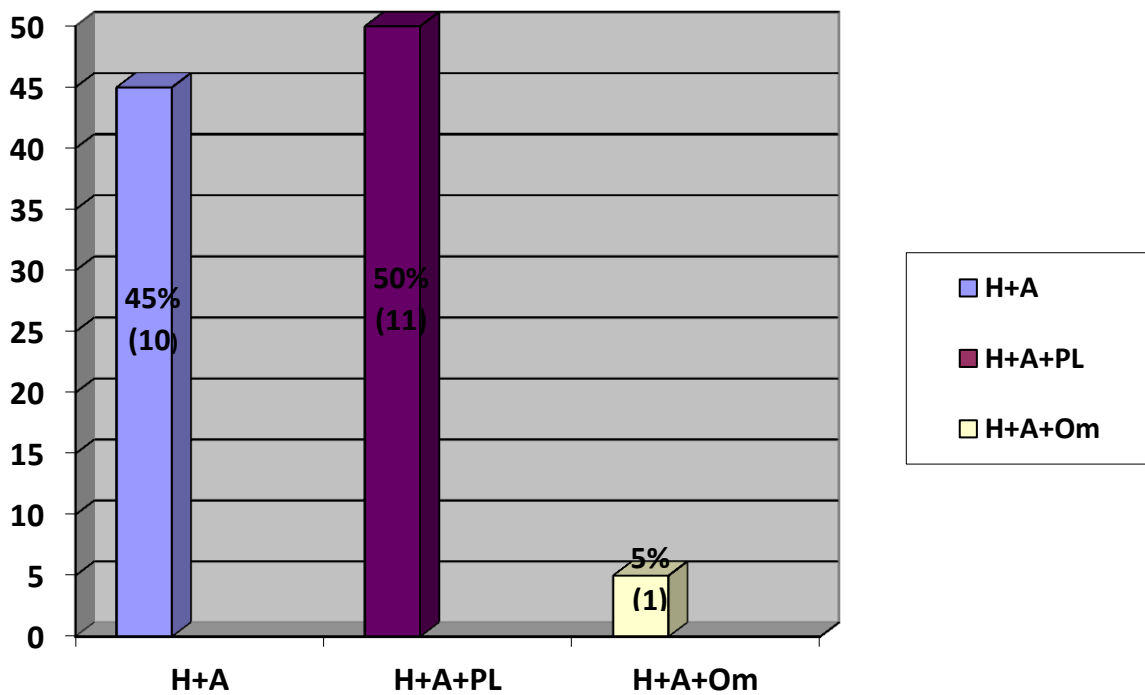


Grafikon 10.9. Podjela malignoma endometrija prema PHD nalazu 2013.



Grafikon 10.10. Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti

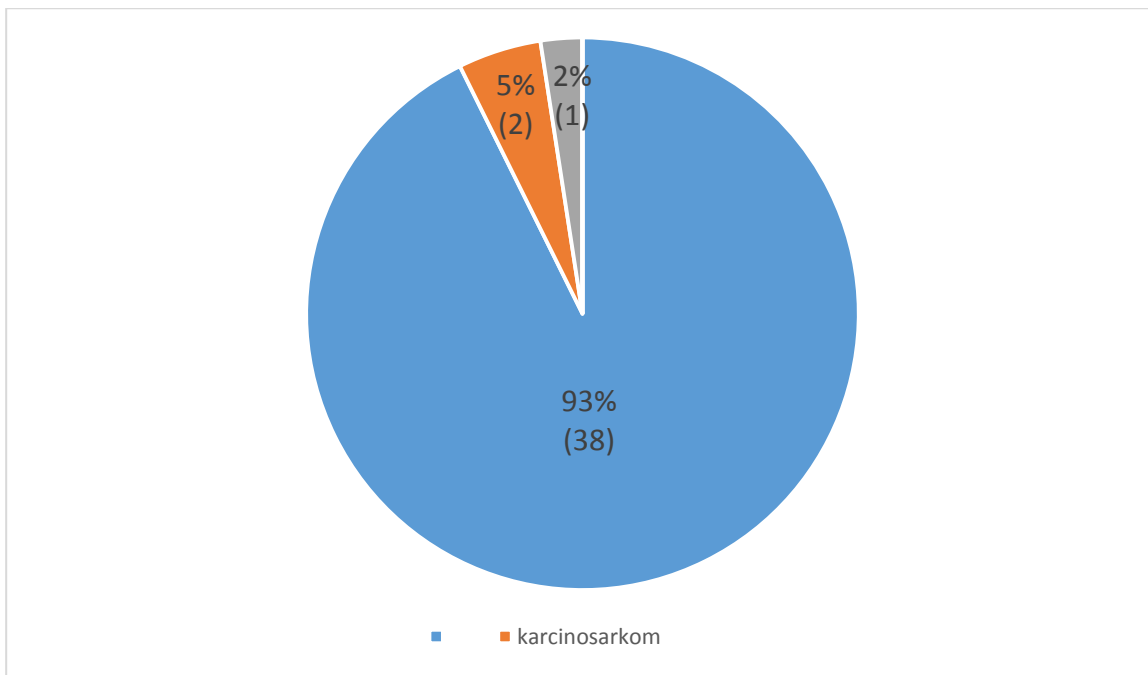
Operativno liječenje provedeno je u 22 pacijentice (49%) do stupnja bolesti III C. Od operativnih zahvata deset puta (45%) je učinjena histerektomija i adnektomija, jedanaest puta (50%) histerektomija, adnektomija i zdjeljučna limfadenektomija, a jedanput (5%) histerektomija, adnektomija i omentektomija. (Grafikon 10.11.)



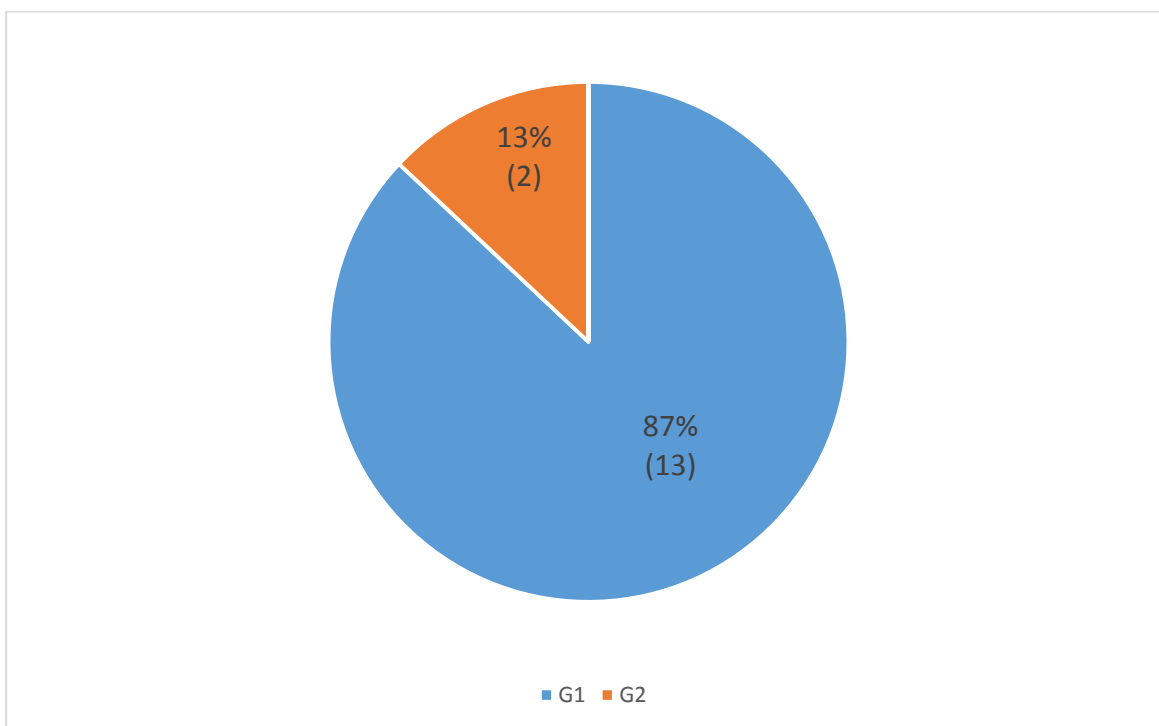
Grafikon 10.11. Broj i vrsta operativnih zahvata kod karcinoma endometrija 2013.

Malignomi endometrija prema PHD nalazu (2014.)

U 2014.godini hospitalizirana je 41 pacijentica s dijagnozom malignoma endometrija prema PHD nalazu dobivenom kiretažom. U 38 žena (93%) dijagnosticiran je adenokarcinom, a u 2 žene (5%) karcinosarkom. (Grafikon 10.12.) Operativno je liječeno 15 pacijentica. Jedna bolesnica (2%) je umrla bez PHD nalaza.

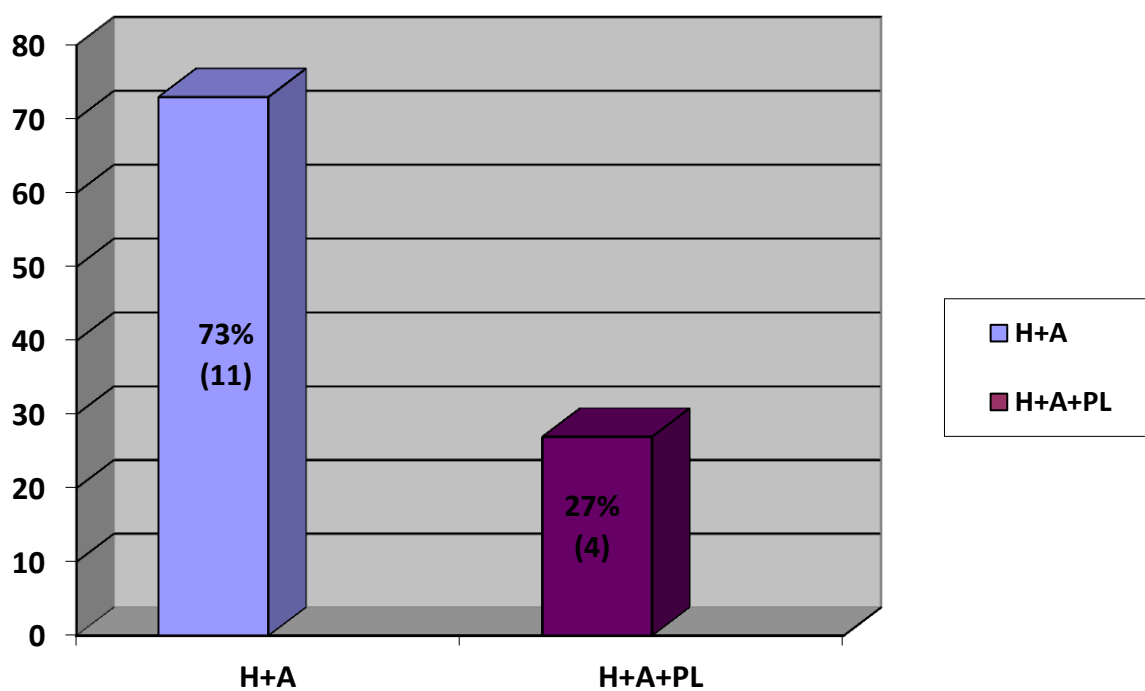


Grafikon 10.12. Podjela malignoma endometrija prema PHD nalazu 2014.

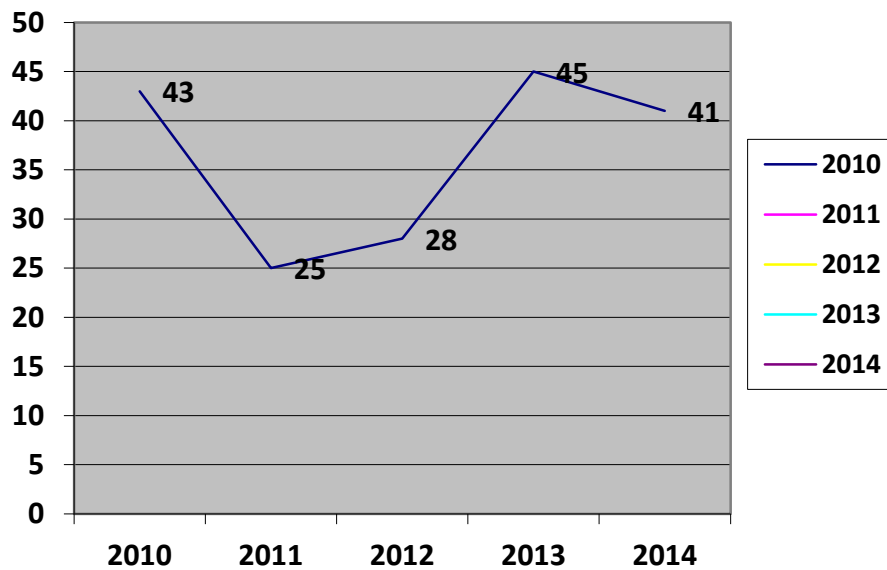


Grafikon 10.13. Podjela malignoma endometrija prema stupnju diferenciranosti

Operativno je liječeno 15 pacijentica (37%) do stupnja bolesti III A. Jedanaest puta (73%) je napravljena histerektomija i adneksektomija, a četiri puta (27%) histerektomija, adneksektomija i zdjelična limfadenektomija. (Grafikon 10.14.)



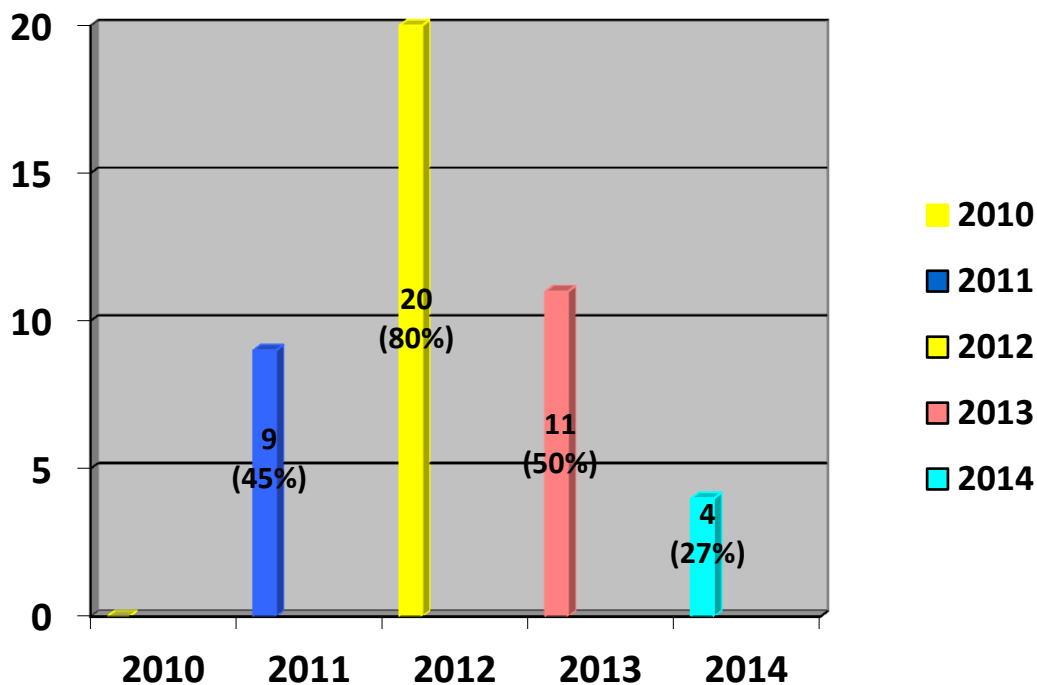
Grafikon 10.14. Broj i vrsta operativnih zahvata kod karcinoma endometrija 2014.



Grafikon 10.15. Ukupan broj dijagnosticiranih karcinoma endometrija u razdoblju od 2010. do 2014.godine

U razdoblju od 2010. do 2014. godine u Općoj bolnici Varaždin, današnjoj Službi za ginekologiju i opstetriciju, dijagnosticiran je rak endometrija u 181 žene.(Grafikon 10.15.)

Za 2010.g nemamo podatke o broju operiranih bolesnica. U našoj ustanovi 2011.g. operirano je 20 od 25 (80%), 2012.g. operirano je 25 od 28 (89%), 2013.g. od 45 operirane su 22 (49%), a 2014.g. operirano je 15 od 41 (37%). Pacijentice su 2011. i 2012 g. uglavnom operirane u našoj ustanovi, a 2013. i 2014.g. upućivane u najvećem broju na operativno liječenje u KBC Petrovu. Zdjelična limfadenektomija je bila učinjena 2011. g. devet puta (45%), 2012.g. dvadeset puta (80%), 2013. g. jedanaest puta (50%), a 2014. g. četiri puta (27%). (Grafikon 10.16.)2013. i 2014. godine povećao se broj žena oboljelih od karcinoma endometrija. Važna je što ranija dijagnostika, pri čemu frakcionirana kiretaža ima značajnu ulogu.



Grafikon 10.16. Broj učinjenih histerektomija, adneksektomija i zdjelčnih limfadenektomija kod karcinoma endometrija od 2011. do 2014.godine

Da bi se smanjio broj novooboljelih žena važno je provoditi zdravstvenu edukaciju. Također je važno, kako bi se postigao najpovoljniji ishod za pacijentice oboljele od karcinomaendometrija, ne samo provoditi mjere primarne i sekundarne prevencije kao što su promocija zdravlja, sprečavanje nastanka bolesti, odnosno rane dijagnostike i liječenja, već i mjere tercijarne pa i kvarterne prevencije koje uključuju sprečavanje progresije bolesti, odnosno identifikaciju pacijentica koje agresivno liječenje ugrožava i njima preporučiti etički prihvatljive intervencije.

Popis slika

Tablica 1.1. Dva tipa karcinoma endometrija: Izvor: Ante Ćorušić, Damir Babić, Mirko Šamija, Hrvoje Šobat : Ginekološka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb2005.str.231.....	2
Slika 1.2.Karcinom endometrija: Izvor: http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1702/ , dostupno.11.11.2015.....	3
Slika 2.1. Maternica,jajovodi i jajnici: Izvor: https://hr.wikipedia.org/wiki/Maternica , dostupno 12.11.2015.....	4
Tablica 3.1. Čimbenici rizika endometrijskoga karcinoma: Izvor:Velimir Šimunić i suradnici : Ginekologija, Zagreb 2001. str.451.....	6
Slika 5.1.1. Frakcionirana kiretaža: Izvor: http://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/dilatacija-i-kiretaza-maternice-postupak-alternativa-i-oporavak , dostupno 10.11.2015.....	9
Slika 5.3.1. Transvaginalni ultrazvuk: Izvor: http://www.poliklinika-harni.hr/Default.aspx?sifraStranica=947 , dostupno 9.11.2015.....	12
Tablica 5.5.1.Stadij karcinoma trupa maternice (FIGO 1998.) Izvor: Velimir Šimunić i suradnici : Ginekologija, Zagreb, 2001. str.453.....	13



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorско djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjige, članci, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim privlačenjem tuđeg znanstvenog ili stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, _____ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u nastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi izvođenih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, _____ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)