

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



1571

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τραχήλου  
μήτρας και σώματος μήτρας>>

Οι σπουδάστριες: 1.Γουρδούπη Δεαμάντω  
2.Γιωτοπούλου Πανωραία  
3.Διδάχου Μαρία

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Φρούντζος Β.

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	785
----------------------	-----

### Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ.Β.Φρούντζο, μαιευτή-  
ρα γυναικολόγο, για τις πολύτιμες πληροφορίες και την βοήθεια  
που μας προσέφερε.

Επίσης πολύτιμη βοήθεια για την συγκέντρωση των στοι-  
χείων έρευνας, μας προσέφερε και η Καθηγήτρια της Νοσηλευτι-  
κής, δ.ς Π.Παπαδημητρίου.

Τέλος, ευχαριστούμε την βιβλιοθήκη του νοσοκομείου <<Ά-  
γιος Σάββας>> και τον Καθηγητή της Γυναικολογικής Κλινικής  
<<Αλεξάνδρα>> κ. Αραβαντινό.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
<u>Α. ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ου</u>	
ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	4
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	4
ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	7
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	8
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ου</u>	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	30
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	10
Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ-ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	10
Β. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	12
Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ	15
Δ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	16
Ε. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	17
ΣΤ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	18
Ζ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	19
Η. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24
Θ. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	24
Ι. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	25
Κ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	26
Α <sub>1</sub> . ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	26
Α <sub>2</sub> . ΘΕΡΑΠΕΙΑ I ΚΑΙ II ΣΤΑΔΙΟΥ	27
Α <sub>3</sub> . ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	29
Α <sub>4</sub> . ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	30

Μ.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	31
Ν.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	32
Ξ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	34
Α.ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	34
Β.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	34
Γ.ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	36
Δ.ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	41
Ε.ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ	41
ΣΤ.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	42
Ζ.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	42
Η.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	44
Θ.ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	44
Ι.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	44
Ι <sub>1</sub> .ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	45
Ι <sub>2</sub> .ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
Ι <sub>3</sub> .ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	46
Ι <sub>4</sub> .ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	47
Ι <sub>5</sub> .Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
Ι <sub>6</sub> .ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	48
Κ.ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
Λ.ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	49
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	51

Β.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	52
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	52

ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΙ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	53
ΠΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	53
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	54
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	55
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	58
ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	60
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	62
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ	63
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	65
ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΕΒΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	67
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	
ΚΥΡΙΩΣ ΑΝ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΠΑΙΔΙΑ	68
ΕΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	69
<u>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ</u>	70
ΤΥΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	70
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	70
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	72
ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	76
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΔΙΟΥ	80
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	81
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	82
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	84
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	85
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	87
<u>Γ. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο</u>	
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	91

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	91
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	96
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ	96
ΑΠΟΦΕΛΕΣΜΑΤΑ	96
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	97
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	97
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	98
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ	98
ΕΡΕΥΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	104
ΠΡΟΛΗΨΗ	111
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	117
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ	118
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ	119
ΤΡΟΠΟΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΣ	120
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	125
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	126
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Από όλες τις αρρώστειες που αντιμετωπίζει σήμερα ο άνθρωπος, ο καρκίνος αποτελεί μια δύσκολη αρρώστια που προκαλεί φόβο.

Ανεξάρτητα από τις διανοητικές ικανότητες του ατόμου, τη μόρφωση και την κοινωνική του θέση, η διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί τεράστια και πολλαπλά προβλήματα διότι η αιτιολογία του είναι σχεδόν άγνωστη, η αντιμετώπιση δύσκολη και η πρόγνωση αμφίβολη.

Εμεüs προτιμήσαμε να ασχοληθούμε ειδικότερα με τον καρκίνο του τραχήλου και σώματος μήτρας, ο οποίος είναι οσκατά σειρά δεύτερος μετά τον καρκίνο μαστού που προσβάλλει τον γυναικεύο πληθυσμό.

Βέβαια σήμερα το ποσοστό αυτό θνησιμότητας έχει κατά πολύ ελαττωθεί και αυτό οφείλεται τόσο στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, τη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων όσο και στην σωστή ενημέρωση και κατεύθυνση των γυναικών από πλευράς του υγειονομικού προσωπικού.

Θεωρήσαμε απαραίτητο να επικεντρώσουμε την εργασία σε ορισμένα σημεία τα οποία θεωρούμε κρίσιμα και σημαντικά για την νοσολογική αυτή οντότητα, χωρίς να παραλείψουμε αναλύσεις άλλων επιμέρους κεφαλαίων όπως στην ανάλυση των αιτίων που προκαλούν την νόσο, τα διαγνωστικά μέσα, τις θεραπευτικές μεθόδους και τα μέτρα ή μεθόδους αποκαταστάσεως των ασθενών με καρκίνο τραχήλου και σώματος μήτρας.

Από την εποχή που η εξέταση κατά Παπανικολάου καθιερώ-



θηκε στην καθημερινή ιατρική πράξη και στη χώρα μας, μια ολόκληρη γενιά γιατρών έχει διαμορφωθεί και μια γενιά ασθενών έφτασε στην ώριμη ηλικία. Τόσο στους γιατρούς όσο και στο κοινό δόθηκαν στοιχεία ότι η πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία έχουν σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση του ποσοστού ίασεως του καρκίνου της μήτρας.

Η δυνατότητα για εφαρμογή προληπτικής ιατρικής μεγάλωσε πολύ.

Στην γλώσσα των αριθμών οι θάνατοι από καρκίνο της μήτρας στις Η.Π.Α. ελαττώθηκαν από το 1950 κατά 70% σχεδόν και σήμερα το ποσοστό θανάτων από καρκίνο του τραχήλου και σώματος της μήτρας βρίσκεται περίπου στο 10 ανά 100.000. Ο αριθμός αυτός είναι σημαντικός και θα πρέπει να μας χρησιμεύει σαν μια συνεχής υπενθύμιση της συνεχιζόμενης ανάγκης για επαγρύπνηση και για μεγαλύτερες προσπάθειες τόσο εκ μέρους των γιατρών όσο και από μέρους των ασθενών.

Μέσα στην προηγούμενη δεκαετία η χρησιμοποίηση των από του στόματος αντισυλληπτικών συνετέλεσε στο να επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό εκατομμύρια γυναίκες, παρέχοντας έτσι την ευκαιρία για την λήψη κολπικού επιχρίσματος κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.

Από την άλλη μεριά δεν είναι εκτός πραγματικότητας το να αναμένει κανείς πως η αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας στις νέες γυναίκες ενδέχεται να συνδυαστεί με μια αύξηση στην συχνότητα του καρκίνου της μήτρας και ειδικότερα του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική επαφή είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην γένεση της νόσου αυτής.

θα πρέπει λοιπόν να δώσουμε μεγαλύτερη προσοχή στο θέμα πρόληψης του καρκίνου και στην πρόωπη διάγνωση μιας και είναι η κυριότερη οδός όπως έχει αποδειχθεί, που μπορεί να οδηγήσει στην ίαση της ασθενούς.

Πρέπει πάντοτε να περιορίσουμε, αν δεν μπορούμε να εξασφαλίσουμε το ατυχές προνόμιο των υποανάπτυκτων χωρών, δηλαδή να ασχολούμεθα μόνο με θεραπεία και παροχή νοσηλευτικών φροντίδων σε προχωρημένες μορφές του καρκίνου και να συνειδητοποιήσουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός θανάτων των γυναικών από καρκίνο του τραχήλου και του σώματος του τραχήλου και του σώματος της μήτρας θα είχαν αποφευχθεί με την προληπτική εξέταση για καρκίνο.

A. IATPIKO MEPOΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ 1ον

### ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα που αν και επιτελούν διαφορετική λειτουργία το κάθε ένα, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους ώστε να εξυπηρετούν την αποστολή τους, δηλαδή την αναπαραγωγή.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά που χωρίζονται μεταξύ τους από τον παρθενικό υμένα. Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν: οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκει: το αιδοίο, το οποίο περιλαμβάνει: το εφηβαίο, τα μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού, τους βολβούς του πρόδρομου και τους αδένες του πρόδρομου.

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα των εσωτερικών γεννητικών οργάνων, και βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Είναι κοίλο μυώδες όργανο σε σχήμα αχλαδιού και έχει μήκος 6-7,5 CM, και βάρος 50-60 GR. Στην κύηση οι διαστάσεις της μήτρας αυξάνουν υπερβολικά, επανέρχονται όμως στο φυσιολογικό μετά τον τοκετό.

Λειτουργία: Η μήτρα προετοιμάζεται σε κάθε κύκλο να υποδεχτεί το κύημα, το προφυλάσσει, το αναπτύσσει για 40 εβδομάδες και μετά το εμβάλει με τον τοκετό στον έξω κόσμο.

Η μήτρα διακρίνεται σε τρία μέρη:

Τον πυθμένα, το επάνω και πιο κοίλο τμήμα

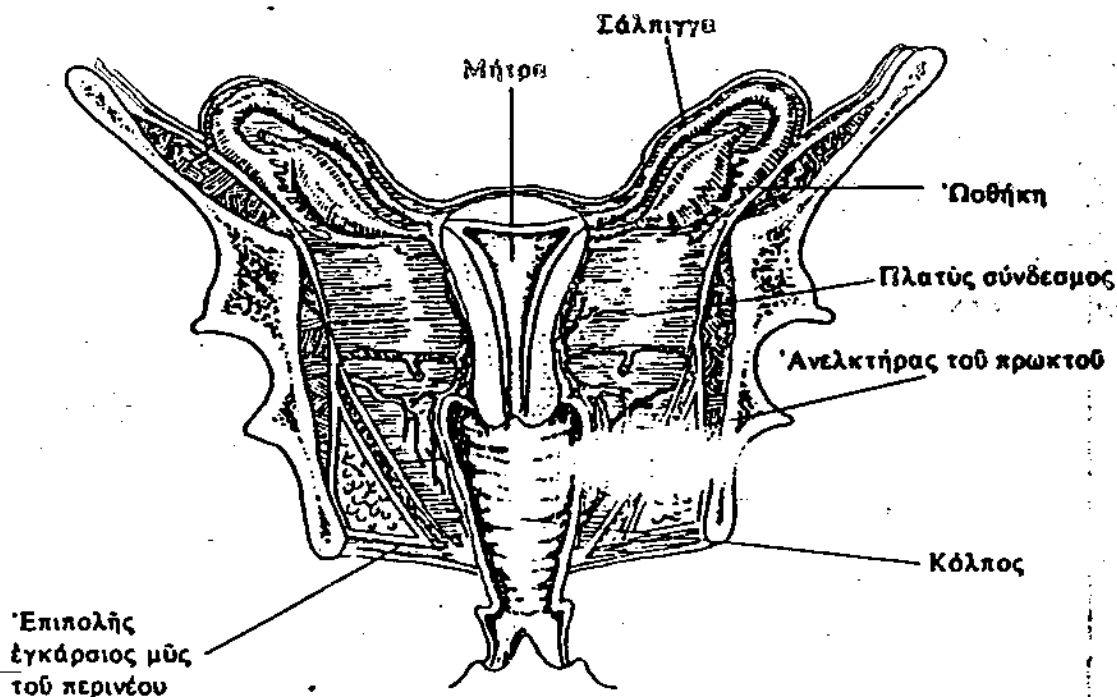
Το σώμα, το μέσο κύριο μέρος

Τον τράχηλο, το κατώτερο μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος 2,5 CM και διακρίνεται σε δύο μοίρες, την υπερκολπική και την ενδοκολπική μοίρα.

Παρουσιάζει δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο που αφορίζουν το εξωτερικό στόμιο της μήτρας.

### Ανατομία της μήτρας



Εικ.1 Κάθετη μέση τομή των γεννητικών οργάνων της γυναίκας

Η μητρική κοιλότητα: Εσωτερικά η μήτρα παρουσιάζει τριγωνική κοιλότητα, της οποίας η βάση στρέφεται στον πυθμένα προς τα αγωγικά στόμια εκατέρωθεν, δηλαδή προς τα κέρατα της μήτρας. Η κορυφή της οδηγεί προς τον τράχηλο, από την

κοιλότητα του οποίου χωρίζεται με μια στενότερη παρυφή το εσωτερικό στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό αντιστοιχεί εξωτερικά στον ισθμό της μήτρας.

θέση της μήτρας: Η μήτρα φυσιολογικά βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη δηλ. το σώμα της κάμπτεται πάνω στον τράχηλο προς τα εμπρός και σε πρόσθια κλίση.

Η πληρότητα των γειτονικών οργάνων δηλαδή της ουροδόχου κύστης και του ορθού καθώς και η στάση του σώματος μετατοπίζουν τη μήτρα ανάλογα. Οποιοδήποτε παραλλαγή της θέσης από τα συνήθη δε συνεπάγεται υποχρεωτικά νόσηση για τη γυναίκα.

Στήριξη. Η μήτρα δε στηρίζεται σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού, αλλά αιωρείται κατά κάποιο τρόπο στη θέση της, από διάφορους συνδέσμους. Στη στήριξή της βοηθά και το πυελικό έδαφος.

Οι

Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι:

α) Σπρόγγυλοι. Εκφύονται από τα κέρατα της μήτρας και των πετάλων του πλατέος συνδέσμου και του βουβωνικού πόρου. φέρονται και καταφύονται στα μεγάλα χείλη.

β) Πλατύς. Είναι πτυχή του περισπλάχνιου πετάλου του περιτοναίου, στην οποία είναι κλεισμένη η μήτρα. Εκφύεται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας, φέρεται προς τα πλάγια της πυέλου και καταλήγει στο τοιχωματικό περιτόναιο.

Μεταξύ των δύο πετάλων βρίσκεται άφθονος συνδετικός ιστός το παραμήτριο. Το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου

καλύπτει την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του πυθμένα και του σώματος της μήτρας και αποτελεί το ορογόνο της. Ανακάμπτει εμπρός και οπίσθια προς την ουροδόχο κύστη και σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή (κόλπωμα), ενώ πίσω αντίστοιχα προς το ορθό σχηματίζει την ορθομητρική πτυχή ή το δούγλασιο χώρο.

γ) Εγκάρσιοι. Λέγονται και κύριοι σύνδεσμοι, αποτελούνται από συνδετικό ιστό του παραμητρίου που πυκνώνει αντίστοιχα προς τον τράχηλο. Οι εγκάρσιοι σύνδεσμοι απλώνουν προς τα τοιχώματα της πύελου και έχουν μεγάλη σημασία για τη στήριξη της μήτρας.

δ) Ιερομητρικοί. Σχηματίζονται από πύκνωση του συνδετικού ιστού του παραμητρίου και εκτείνονται από την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας αντίστοιχα προς τον ισθμό και τον τράχηλο μέχρι το ιερό οστό.

ε) Το παραμήτριο.

#### ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- ορογόνο
- μυϊκό
- βλενογόνο ή ενδομήτριο

1) Ο Ορογόνος: είναι το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου και καλύπτει εξωτερικά το σώμα της μήτρας,

2) Ο μυϊκός χιτώνας (μυομήτριο). Αποτελείται από τρεις στιβάδες, την εξωτερική ή με επιμήκεις ίνες, τη μέση με επιμήκεις εγκάρσιες και λοξές ίνες που διαπλέκονται μεταξύ τους

και την εσωτερική από εγκάρσιες και κυκλωτερείς ίνες γύρω από τα μητρικά στόμια των ωαγωγών και εσωτερικά στο στόμιο της μήτρας.

Κατά τον τοκετό οι μυϊκές ίνες συστέλονται με αποτέλεσμα τη διαστολή του τραχήλου, την εξώθηση του εμβρύου και των εξαρτημάτων του και εν συνεχεία τον έλεγχο της αιμορραγίας από τη θέση προσφύσεως του πλακούντα στο φθαρό.

3) Το ενδομήτριο. Αποτελείται από επιθήλιο με κροσσωτά κύτταρα, χόριο και αδένες που εκκρίνουν βλεννώδες έκκριμα με γλυκογόνο. Το μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο του ενδομητρίου μεταπίπτει στο εξωτερικό μητρικό στόμιο σε πολύστιβο πλακώδες, όμοιο με αυτό που καλύπτει τον κόλπο.

Αγγεία. Η μήτρα αγγειώνεται από τη μηριαία αρτηρία που είναι κλάδος του έσω λαγονίου. Φέρεται μεταξύ των πετάλων του πλατιάως συνδέσμου. Αντίστοιχα προς τον ισομό ακολουθεί διεύθυνση παράλληλη προς τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας και διασταυρώνεται με τον ουρητήρα.

Νεύρα. Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το Κ.Ν.Σ. το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Είναι κλάδοι του πρόσθιου ιερού πλέγματος και πολλά στελέχη τους ανερχόμενα προς τη μήτρα περνούν από τα πλάγια του άνω μέρους του τραχήλου. Εκεί όταν διηθηθούν με τοπικό αναισθητικό (παρατραχηλικό BLOCK) προκαλείται αναισθησία στα γεννητικά όργανα.

#### ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα αποτελεί μετά το μαστό δεύτερη θέση ανάπτυξης



κακοήθων όγκων. Ο όγκος της μήτρας αναπτύσσεται από επιθηλιακό ιστό. Ο καρκίνος της μήτρας μπορεί να προέρχεται:

- από τον τράχηλο
- από το σώμα της μήτρας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Είναι ο συχνότερος καρκίνος της μήτρας (70%). Διακρίνεται στον:

- 1) Επιδερμογενή (88%). Προέρχεται από το πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει τον εξωτράχηλο
- 2) Αδενοκαρκίνωμα (2%) Προέρχεται από το κυλινδρικό επιθήλιο που καλύπτει τον ενδοτράχηλο.
- 3) Σάρκωμα (λειτουργικό σάρκωμα, εμβρυϊκό ραβδομυοσάρκωμα).
- 4) Μικτούς όγκους
- 5) Μεταστατικούς ή δευτεροπαθείς όγκους.

Τα είδη αυτά διαφέρουν από άποψη πρόγνωσης δεδομένου ότι ο καρκίνος του ενδοτραχήλου είναι κακοηθέστερος λόγω του ότι είναι ακτινοάντοχος και κάνει μεταστάσεις αμέσως στους λεμφαδένες του παραμητρίου.

Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία από τη δεύτερη δεκαετία της ζωής μέχρι τα γηρατειά.

Η μεγαλύτερη συχνότητα απαντάται σε γυναίκες μεταξύ 40-55 ετών.

Ελάχιστες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου έχουν εμφανι-

στεί στη δεύτερη δεκαεπτά τση ζωής και οι περιπτώσεις αυτές δεν ήταν επιδερμοειδή καρκινώματα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ενώ το επιδερμοειδές καρκίνωμα του τραχήλου δεν έχει παρατηρηθεί σε κορίτσια κάτω των 12 ετών και συνήθως εμφανίζεται σε πολύ μεγαλύτερες γυναίκες, είναι σημαντικός ο αριθμός αδενοκαρκινώματος που έχει διαγνωστεί σε μικρά παιδιά. Το μικρότερο που αναφέρεται σε διάφορες στατιστικές είναι ένα κοριτσάκι 7 μηνών.

Η υπηρεσία δημόσιας υγείας των Η.Π.Α. αναφέρει για το γυναικείο πληθυσμό της Νέας Υόρκης διάφορα ποσοστά συχνότητας τα οποία εξαρτώνται από την κοινωνική και εθνική ομάδα των γυναικών. Για τις Εβραίες γυναίκες το ποσοστό είναι πολύ χαμηλό (3,6 ανά 100.000), ενώ για τις γυναίκες του Πουέρτο Ρίκο το ποσοστό είναι πολύ υψηλό (97,6 ανά 100.000).

Οι νέγρες παρουσιάζουν ποσοστό αρκετά υψηλό (47,8 ανά 100.000) ενώ οι λευκές γυναίκες παρουσιάζουν ποσοστό υψηλότερο της Εβραϊκής καταγωγής γυναικών (13,55 ανά 100.000) αλλά πολύ χαμηλότερο των Νέγρων και του Πουέρτο Ρίκο.

Στην Αμερική όπου το κοινωνικό επίπεδο των γυναικών είναι πολύ ψηλό, διότι διδάσκονται εγκαίρως από τους γονείς τους, από τα σχολεία και από τα λοιπά μέσα ενημερώσεως να προσέρχονται από ηλικίας 19 ετών και ανά εξαμήνο για γυναικολογική εξέταση και κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου (PAP TEST), υφίσταται και το μικρότερο ποσοστό θανάτων, διότι εκεί ο καρκίνος ανακαλύπτεται συχνότερα στο συμπτωματικό στάδιο (Στάδιο 0) οπότε η ίαση είναι δυνατή.

Η μεγάλη μακοήθειά του οφείλεται στο ότι ο τράχηλος της

μήτρας γειτονεύει προς τα μεγάλα λεμφογάγγλια της πύελου τα οποία έτσι προσβάλλονται σύντομα.

Η μεγάλη καλοήθειά του οφείλεται στο ότι το στάδιο -0- παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι και 10 έτη.

Επομένως μόνο στο στάδιο αυτό μπορούμε να τον κατανικήσουμε απόλυτα.

Και το μέσο αυτής της πρώιμου ανακαλύψεώς του μας το πρόσφερε ο μεγάλος Έλληνας γιατρός Γ. Παπανικολάου.

Συμπέρασμα: Όσο νωρίτερα διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας τόσο ψηλότερο καθίσταται και το ποσοστό ίασεως.

## B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πιθανολογείται ότι στην καρκινογένεση συμβάλλει η ανατομική υπόσταση του επιθηλίου, η μετάπτωση αυτού από πλακώδες σε κυλινδρικό.

Στο σημείο αυτό αναπτύσσεται συνήθως ο καρκίνος, γιατί επιδρούν συνεχώς αρμονικοί, φυσικοί και χημικοί ερεθισμοί.

Σήμερα σαν επικρατέστεροι επιδημιολογικοί προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου θεωρούνται οι εξής:

α) Σεξουαλική επαφή. Είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας. Για να εμφανιστεί σε μια γυναίκα καρκίνος του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου, πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις. Αυτό επιβεβαιώνεται από τη σχεδόν απουσία του καρκίνου του τραχήλου σε καλόγριες, ενώ αντίθετα από την εμφάνισή του σε γυναίκες έγγαμες με κανονικό σεξουαλικό βίο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να εμ-

φανιστεί σε γυναίκες παρθένους.

β) Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής. Η πρόωγη σεξουαλική επαφή δηλαδή πριν τα 17 χρόνια και ο πρόωμος γάμος, προδιαθέτουν θετικά τη δημιουργία της νόσου. Στην Ινδία όπου οι γυναίκες παντρεύονται πολύ νέες, μεταξύ 14-15 ετών ο Ca τραχήλου εμφανίζεται 10 έτη νωρίτερα.

γ) Συχνότητα σεξουαλικής επαφής. Συζητείται κατά πόσο η συχνότητα των επαφών συμβάλλει θετικά στη δημιουργία της νόσου.

δ) Εναλλαγή συντρόφων και πολλοί γάμοι. Φαίνεται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της νόσου. Μερικοί συγγραφείς βλέπουν τον καρκίνο του τραχήλου σαν αφοδίσιο νόσημα, με την στενή έννοια ότι κάποιος καρκινογόνος παράγοντας μεταφέρεται από τον άνδρα στη γυναίκα κατά την επαφή.

ε) Ο αριθμός των τοκετών. Και ειδικά όταν συνδυάζεται με έναρξη κύησης κατά την εφηβική ηλικία είναι παράγοντας αύξησης της πιθανότητας για καρκίνο του τραχήλου.

ς) Περιτομή. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι 9-18 φορές συχνότερες στις Χριστιανές απ'ότι στις Ισραηλινές. Η διαφορά μεταξύ Ευρωπαίων και Ισραηλινών οφείλεται στην περιτομή που υποβάλλονται οι Ισραηλινοί.

η) Φυλετικοί παράγοντες. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου το 1970 ήταν δύο φορές μεγαλύτερη στις μαύρες γυναίκες, απ'ότι στις λευκές. Οι διαφορές αυτές είναι δυνατόν να αποδοθούν στο σεξουαλικό παράγοντα, που συχνά συνοδεύεται με κακή υγιεινή και χαμηλό κοινωνικό επίπεδο.

θ) Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Γυναίκες από κατώτερα κοινωνικά στρώματα, παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου

κίνου του τραχήλου από εκείνες των υψηλών στρωμάτων, Στην προσπάθεια εξήγησης αυτής της διαφοράς πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί και ανάμεσά τους είναι η κακή υγιεινή και η ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση.

ι) Ανοσολογικοί παράγοντες. Γυναίκες με χαμηλό ανοσολογικό μηχανισμό έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μειωμένη άμυνα του οργανισμού έναντι των ογκογενών ιών ή στην πιθανή καρκινογόνο δράση που έχουν τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1) Το σμήγμα, η κακή υγιεινή του πέους και η παραμονή σμήγματος σ' αυτό, αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου.

2) Ο ιός του έρπητα τύπου II (HSV-2). Έχει ενοχοποιηθεί σαν αιτιολογικός παράγοντας. θεωρείται ότι μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή. Δεν έχει απομονωθεί από το καρκίωμα, όμως σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου έχει βρεθεί υψηλός τίτλος αντισωμάτωση.

3) Σπερματοζωάρια. Τα τελευταία χρόνια η προσοχή έχει στραφεί στο D.N.A., των σπερματοζωαρίων του άνδρα, που τα θεωρούν υπεύθυνα στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου. Σήμερα πιστεύουν ότι στο σπέρμα υπάρχει ακόμα ένας παράγοντας που παίρνει μέρος στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Αυτό ο παράγοντας είναι μια ιοτόνη, πλούσια σε αργινίνη, που δρα περισσότερο στην επιφάνεια του κυττάρου και όχι στον πυρήνα.

4) Ο ιός του κονδυλώματος (ιός ΡΑΡΟΥΛ). Δέχονται ότι παί-

ζει σημαντικό ρόλο στην καρκινογέννεση του τραχήλου.

5) Ο αδένιος και ο μεγαλοκυτταρισκός ιός. Έχει βρεθεί σε γυναίκες με καρκινική δυσπλασία.

6) Τριχομοναδική κολπίτις. θεωρείται επίσης σαν αιτιολογικός παράγοντας.

Άλλοι παράγοντες που η σχέση τους με τον καρκίνο βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο είναι:

- Το κάπνισμα. Έχει καρκινογόνο δράση πάνω στο τραχηλικό επιθήλιο.

- Η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων. Ερευνάται κατά πόσο έχει σχέση με τη δυσπλασία ή νεοπλασία του τραχήλου.

- Ύπαρξη άνδρα υψηλού κινδύνου. Είναι ο άνδρας που προηγούμενα είχε παντρευτεί γυναίκα που προσβλήθηκε από καρκίνο του τραχήλου μήτρας, ή άνδρα προερχόμενο από χαμηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο.

Η διάβρωση και η ρήξη του τραχηλικού βλεννογόνου, οι διάφορες παραμελημένες κολπίτιδες και τραχηλίτιδες αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες ενώ η πρόπτωση της μήτρας φαίνεται ότι προστατεύει τον τράχηλο από τη δημιουργία καρκίνου.

### Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Υπάρχουν δύο (2) βασικοί τύποι καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που αντιστοιχούν στους δύο τύπους επιθηλίου που παρουσιάζει ο τράχηλος. Η έξω κολπική μοίρα του τραχήλου επικαλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο και η έσω αδενική μοίρα από τραχήλου καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο όμοιο με του τραχηλικού αυλού. Το όριο των δύο ονομάζεται ζώνη μετα-

πτώσεως.

Συνηθέστερος είναι ο επιδερμοειδής καρκίνος (88%) χωρίς να φαίνεται μεγάλη η διαφορά ως προς την κακοήθειά του συγκριτικά με το αδеноκαρκίνωμα. Το αδеноκαρκίνωμα είναι πλέον ύπουλο, διότι η ενδοτραχηλική μοίρα του τραχήλου δηλ. ο αυλός αυτού, δεν είναι προσίτος στην εξέταση τόσο από απόψεως οπτικής, όσο και εξεταστικής, με τις διάφορες εξεταστικές μεθόδους, αυτή η λεπτομέρεια αυξάνει ακόμη περισσότερο την αξία της κυτταρολογικής εξετάσεως του κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου.

Μια προηδηθητική φάση του επιδερμικού καρκίνου του τραχήλου, αναγνωρίζεται από πολλών ερών τόσο από τους παθολογοανατόμους, όσο και από τους κυτταρολόγους ή τους κλινικούς γιατρούς.

Οι περιπτώσεις αυτές του καρκίνου (προηδηθητικές ή ενδοεπιθηλιακές ή IN SITU) είναι ασυμπτωματικές και ανακαλύπτονται μόνο με την κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος του κόλπου και του τραχήλου, ή από μια τυχαία για άλλους λόγους βιοψία του τραχήλου.

#### Δ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου στην επισκόπησή του μπορεί να εμφανιστεί με τις παρακάτω μορφές:

1) Διαβρωτική μορφή: Παρατηρείται ερυθρότητα γύρω στο στόμιον του τραχήλου που μοιάζει με τραχηλίτιδα.

2) Ελκωτική μορφή. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από πρόιμη νέκρωση και απόπτωση των καρκινικών κυττάρων, και τη δημιουργία ελκωτικού κρατήρα σε ανώμαλα και σκληρά χείλη.



3) Εκτατική μορφή. Παρατηρείται θηλώδες υπερπλασικό μάρωμα που προβάλλει από τον τράχηλο (εξωφυσικός καρκίνος).

4) Διηθητική μορφή. Παρατηρείται στον καρκίνο του ενδοτραχήλου και εμφανίζεται σαν σκληρός όγκος γύρω από τον τράχηλο.

#### Ε. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η διάκριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε στάδια, έχει σημασία για την πρόγνωση και την εκλογή της θεραπευτικής αγωγής.

Η ταξινόμηση που έχει εγκριθεί και υιοθετηθεί διεθνώς, διακρίνεται στα εξής στάδια:

Στάδιο 0 Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα ή προμεταστατικό καρκίνωμα, χωρίς διάσπαση της βασικής μεμβράνης.

Στάδιο I Το καρκίνωμα περιορίζεται αυστηρώς στον τράχηλο

Iα Μικρομεταστατικό καρκίνωμα

Iβ Όλες οι άλλες περιπτώσεις του σταδίου I

Στάδιο II Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα από τον τράχηλο αλλά δεν έχει φθάσει στο τοίχωμα της πυέλου.

Επίσης προσβάλλει τον κόλπο μέχρι τα 2/3 αυτού.

IIα Δεν υφίσταται βλάβη του παραμητρίου

IIβ Υφίσταται βλάβη του παραμητρίου (λαμφαδένες)

Στάδιο III Το καρκίνωμα έχει φθάσει στο τοίχωμα της πυέλου

(κατά την εξέταση από το ορθό δεν ευρίσκεται ελεύθερος χώρος μεταξύ της μήτρας και του τοιχώματος της πυέλου). Το καρκίνωμα προσβάλλει και το τρίτο κάτω του κόλπου, υπάρχει υδρονέφρωση ή μη λειτουργών νεφρός.

Στάδιο IV Το καρκίνωμα έχει πεκταθεί πέρα της πραγματικής πυέλου ή έχει προσβάλλει τον βλεννογόνο της κύστης ή του ορθού.

IVα Βλάβη της κύστης ή του ορθού

IVβ Επέκταση πέρα της πραγματικής πυέλου.

#### ΣΤ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου παρουσιάζονται συχνά πρώιμα πράγμα πολύ σημαντικό για τη πρόγνωση, αφού η <<πρώιμη διάγνωση οδηγεί στη θεραπεία>> με πρόγνωση σχεδόν 100% ευνοϊκά.

Αυτά είναι:

1) Μητρορραγίες. Αυτές δεν παρουσιάζουν περιοδικότητα. Κάθε μητρορραγία και μάλιστα γύρω απην κλιμακτήριο πρέπει να θεωρείται ύποπτη για καρκίνο μέχρι αποκλεισμού αυτής της πιθανότητας. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί είτε με επιμήκυνση του χρόνου της εμμηνορρύσεως είτε μεταξύ δύο περιόδων.

Άλλο χαρακτηριστικό της αιμορραγίας είναι ότι επέρχεται μετά από συνουσία, γιατί ο τράχηλος με την τριβή του πέους, αιμάζει εύκολα, ή ακόμη μπορεί να εμφανιστεί μετά από κολπική εξέταση, καθώς η νόσος εξελίσσεται η αιμόρροια σταθεροποιείται και αυξάνει σε ποσότητα.

2) Λευκόρροια. Είναι από τα πρώτα συμπτώματα του τραχήλου και μπορεί να αποτελεί για αρκετό διάστημα το μοναδικό σύμπτωμα. Η κολπική αυτή υπερέκκριση αυξάνει βαθμιαία σε ποσότητα, γίνεται υδαρής, κόκκοσμος και καφεοειδής λόγω νέκρωσης και φλεγμονής του όγκου.

3) Πόνος. Εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια και δημι-

ουργείται όταν το νεόπλασμα επεκταθεί στα πυελικά τοιχώματα και πιέσει τα νευρικά στελέχη. Μπορεί να είναι τοπικός ή να αντανακλά στους μηρούς.

4) Συμπτώματα από τα γειτονικά όργανα. Στα όψιμα στάδια λόγω διήθησης των γειτονικών οργάνων, έχουμε συμπτώματα στην κύστη (πόννοι, συχνουρία) τους ουρητήρες (απόφραξη). Το ορθό (ακράτεια κοπράνων, συρίγγια).

5) Καχεξία. Είναι χαρακτηριστική στις προχωρημένες καταστάσεις. Η ασθενής παρουσιάζει ελαφρά πυρετική κίνηση, απώλεσα σωματικού βάρους και αναιμία. Επίσης αισθάνεται καταβολή δυνάμεων και φόβο.

## Z. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με συνδυασμό κλινικών συμπτωμάτων και εργαστηριακών ευρημάτων. Η επιβεβαίωση όμως θα γίνει πάντοτε με την ιστολογική εξέταση.

Οι πιο σημαντικές εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

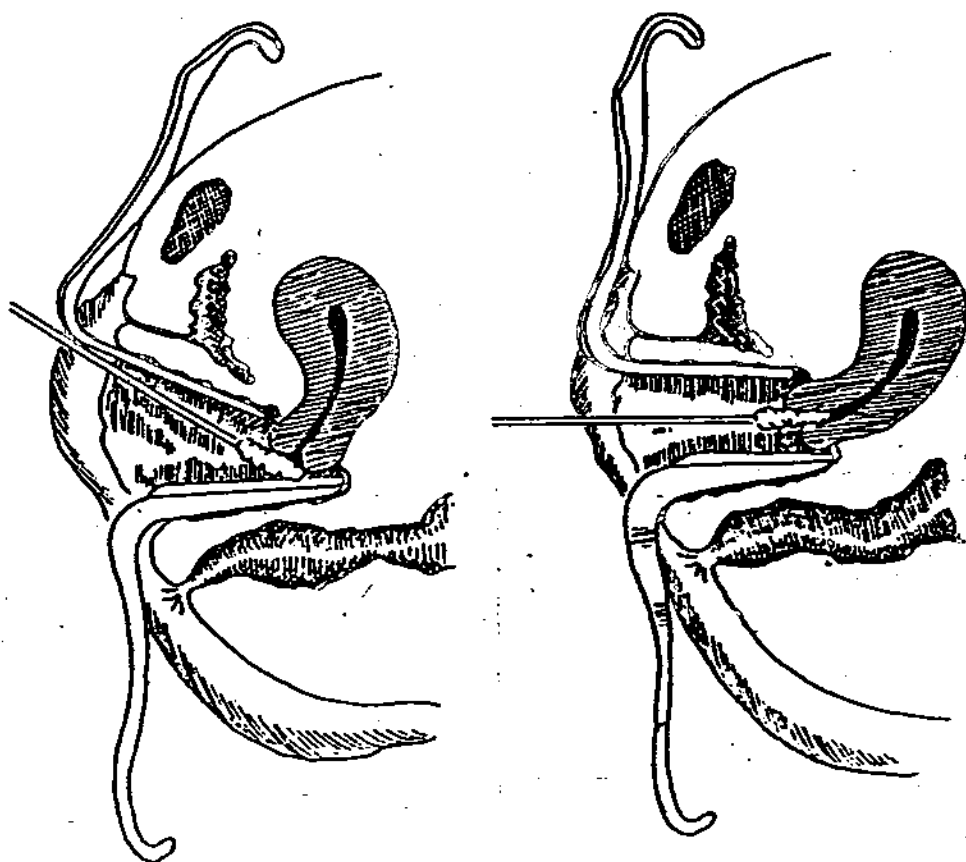
### 1. Κυτταρολογική εξέταση (PAP TEST)

Είναι εξέταση μεγάλης εφαρμογής και στηρίζεται στην αρχή ότι φυσιολογικά και νεοπλασματικά κύτταρα συνεχώς αποφοιτούν από το επιθήλιο των βλεννογόνων που καλύπτουν τις κοιλότητες ή και τις επιφάνειες του σώματος.

Η λήψη κολπικού και τραχηλικού επιχρίματος επιβάλλεται να γίνεται πριν από κάθε άλλη εργαστηριακή ή κλινική εξέταση.

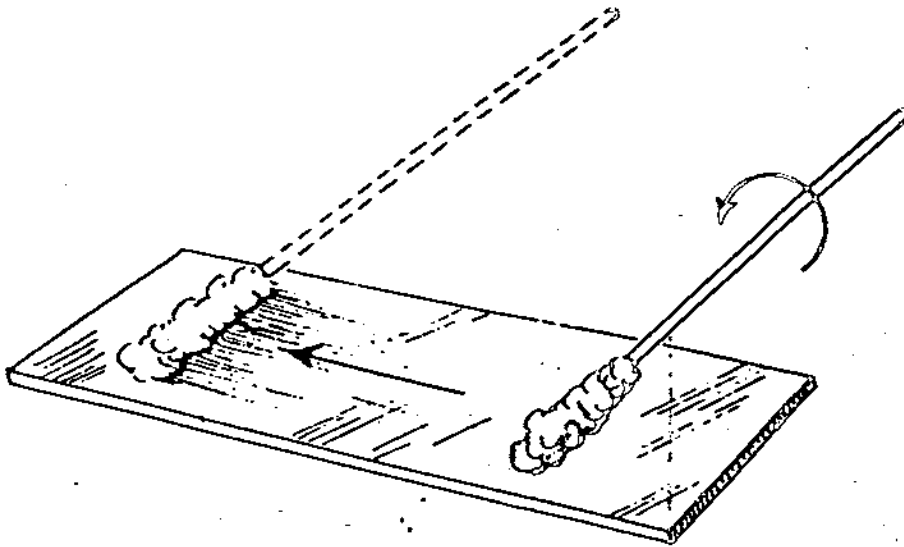
Για την αξιολόγηση του επιχρίματος δεν πρέπει να προηγούνται φυσικές ή χημικές ενέργειες στον κόλπο και στον τράχηλο όπως π.χ. εσωτερική κολπική πλύση και σεξουαλική επαφή τουλάχιστον για 48 ώρες.

θεωρείται αναγκαίο να παίρνονται τρία επιχρίσματα (κολπικό, εξωτραχηλικό και ενδοτραχηλικό) για τον πλήρη έλεγχο του τραχήλου. Πρέπει να παίρνεται από τον οπίσθιο κολπικό θόλο όπου πέφτουν τα αποφολιδούμενα κύτταρα από τον τράχηλο, το ενδομήτριο και σπάνια από τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.



ΕΙΗ. 2. Τεχνική λήψεως κολπικού ή τραχηλικού έκκριματος για κυτταρολογική εξέταση. Άριστερά από τον οπίσθιο κολπικό θόλο και δεξιά από τον ενδοτράχηλο.

Πρώτα πρέπει να παίρνεται το κολπικό επίχρισμα και μετά το εξωτραχηλικό. Το λαμβανόμενο κυτταρολογικό επίχρισμα στρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα μονιμοποιείται σε οινόπνευμα 96° και χρωματίζεται με τη χρώση Παπανικολάου.



Εικ.3. Τρόπος επίστρώσεως του κολλικού εκκρίματος για κυταρολογική εξέταση.

Ο Παπανικολάου για την κατάταξη των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων χρησιμοποίησε τις ακόλουθες 5 κατηγορίες

<u>Κατηγορία I</u>	Φυσιολογικά κύτταρα
<u>Κατηγορία II</u>	Μη φυσιολογικά κύτταρα με φλεγμονή
<u>Κατηγορία III</u>	Επιπλέον κύτταρα με πυρηνική ατυπία δηλ. δυσκαριωτικά με υποψία για καρκίνο
<u>Κατηγορία IV</u>	Επιπλέον παρουσία σπάνιων καρκινικών κυττάρων
<u>Κατηγορία V</u>	Άφθονα καρκινικά κύτταρα.

Με βάση τις κατηγορίες αυτές έχουμε τις παρακάτω περιπτώσεις:

<u>Κατηγορία I.</u>	4.950 περιπτώσεις
<u>Κατηγορία II.</u>	10.305 περιπτώσεις
<u>Κατηγορία III.</u>	89 περιπτώσεις
<u>Κατηγορία IV.</u>	36 περιπτώσεις
<u>Κατηγορία V.</u>	125 περιπτώσεις
<u>Ανατάλλαλα</u>	<u>805 περιπτώσεις</u>
	16.510

Αναλυτικά οι περιπτώσεις έχουν:

Κατηγορία I. Ουδεμία περίπτωση αποδείχθηκε θετική για καρκίνο

Κατηγορία II. Τρεις περιπτώσεις ανευρέθηκαν από την ιστολογική εξέταση θετικές για καρκίνο.

Κατηγορία III. Από τις 89 περιπτώσεις οι 34 δεν είχαν βιοψία από τις υπόλοιπες 55 αποδείχθηκαν: 15 καρκίνος ενδοεπιθηλιακός IN SITU, 18 καρκίνος διεισδυτικός, 11 δυσπλασία, 9 τραχηλίτης, 2 κύστεις.

Κατηγορία IV Από τις 36 περιπτώσεις οι 34 αποδείχθηκαν ιστολογικώς θετικές για καρκίνο, οι 2 δυσπλασίες.

Κατηγορία V. Στις 125 περιπτώσεις οι 124 ήταν θετικές και στη 1 ιστολογικά στοιχεία κακοήθειας δεν ανευρέθηκαν.

2. Δοκιμασία της μήλης: Κατ'αυτήν η μήλη καρώνεται εύκολα στον εύθρυπτο και σαθρό καρκινωματώδη ιστό του τραχήλου.

3. Δοκιμασία SCHILLER. Κατά τη μέθοδο αυτή μπορεί να καθοριστεί αν στο σημείο που εντοπίζεται η αλλοίωση πρόκειται για φλεγμονή ή κακοήθη εξεργασία. Κατά τη μέθοδο αυτή η ύποπτη περιοχή χρωματίζεται με διάλυμα LUGOL (Ιωδίου) οπότε ο υγιής ιστός παίρνει χροιά καφεοειδή λόγω του γλυκογόνου των κυττάρων ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη γιατί τα καρκινικά κύτταρα είναι φτωχά σε γλυκογόνο.

4. Κολποσκοπηση κατά HENSEIWAN: Γίνεται με τη βοήθεια κολοσκοπίου, με το οποίο επιτυγχάνεται μεγένθυση 10 ή 20 φορές. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί να παρατηρηθούν σλλοιώσεις και

να ληφθούν κομμάτια ιστού για βιοψία.

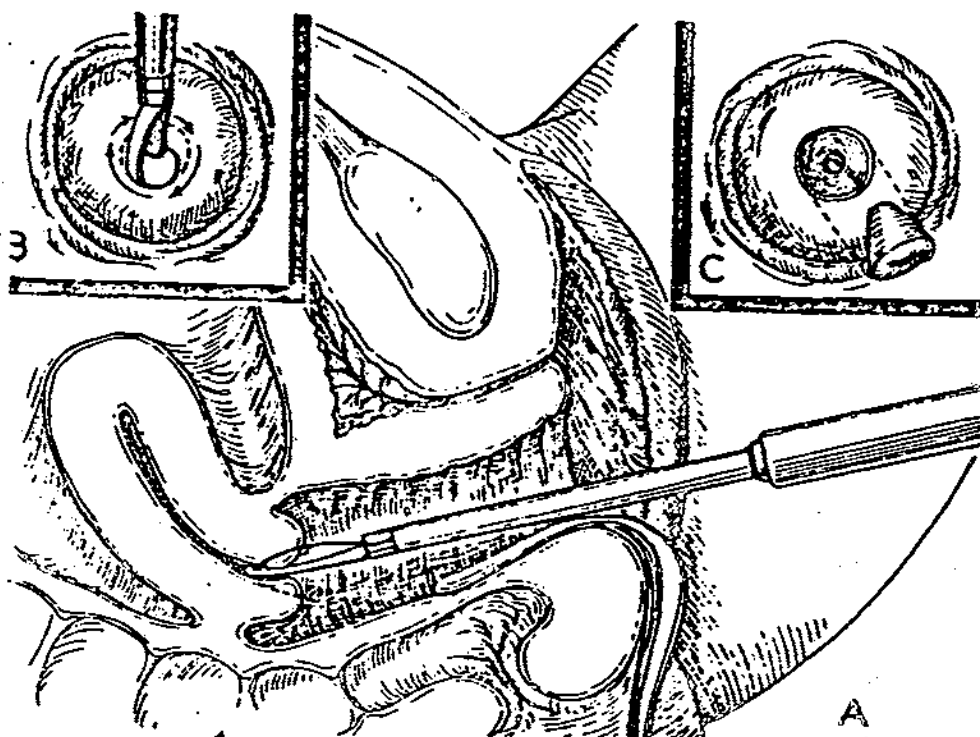
5. Κολπικά επιχρίσματα. Σ' αυτά ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα που αποπέπτον από το καρκινικό επιθήλιο του τραχήλου.

Η παρουσία τους ενισχύει σημαντικά τη διάγνωση.



Σχ.4 Κολπικά επιχρίσματα

6. Βιοψία του τραχήλου: Η ιστολογική εξέταση τμημάτων από τον αλλοιωθέντα τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση, Είναι μια μικρή χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται μέρος ιστού από ύποπτη υπερπλασία κυττάρων για ιστολογική εξέταση.



Εικ. 5 Α.Β. Τρόπος λήψεως τμήματος για βιοψία τραχήλου  
C. Αφαίρεση τμήματος για ιστολογική εξέταση.

#### Η. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παθολογική αιμορραγία και έκκριση από τον κόλπο, παρατηρούνται επίσης σε τραχηλίτιδα, σε βλάβες που οφείλονται σε αφροδίσια νοσήματα, και στον πολύποδα του τραχήλου. Ορατή ύποπτη βλάβη του τραχήλου μπορεί να παρατηρηθεί σε καλοήγη πολύποδα του τραχήλου, σε τραχηλικό έλκος, τραχηλική ενδομητρίωση και τραχηλική κύηση ή φυματίωση.

#### Θ. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η επέκταση του καρκίνου του τραχήλου γίνεται:

- α) Προς τους θόλους του κόλπου
- β) Προς το μυομήτριο του κατώτερου τμήματος της μήτρας και



στη συνέχεια προς το σώμα της μήτρας.

γ) Προς τα λεμφαγγεία απ'όπου στη συνέχεια διηθεί κατά σειρά τους εξής λεφαδένες.

- Τους παραμητρίους

- Τους λεμφαδένες που υπάρχουν γύρω στον ουρητήρα και πάνω από τη μητριαία αρτηρία, η οποία διασταυρώνεται με τον ουρητήρα.

- Τους υπογαστρικούς

- Τους έξω λαγονίους

- Τους παρά το ιερό οστούν

- Τους κοινούς λαγονίους

- Τους εν τώ βάθει και τους επικολής μηριαίους

- Τους παραορτικούς

δ) Κατ'ευθεία προς τα παραμήτρια ενώ στη συνέχεια μπορεί να επεκταθεί και στα οστά της πυέλου.

## I. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Απόφραξη ουρητήρων στα πλάγια του τραχήλου, με επακόλουθα τον υδροουρητήρα και την υδρονέφρωση και κατά συνέπεια τη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας. Τα 2/3 των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου πεθαίνουν από ουραιμία όταν η απόφραξη των ουρητήρων είναι αμφοτερόπλευρη. Πόνος στην οσφύ, οίδημα στα κάτω άκρα μπορεί να οφείλεται σε αγγειακή και λεμφική στάση, εξαιτίας απόφραξης των αγγείων από τον όγκο.

Λοιμώξεις της πυέλου μπορεί να επιπλέκουν το καρκίνωμα του τραχήλου.

Τα κολπικά συρίγγια, αποτελούν βαρείες όψιμες επιπλοκές. Η ακράτεια των ούρων και κοπράνων, αποτελεί μεγάλη ε-

πιπλοκή ιδιαίτερα σε εξασθενημένες ασθενείς.

Η αιμορραγία αποτελεί το αίτιο του θανάτου σε ποσοστό 10-20% από τις ασθενείς με εκτατεμένο καρκίνο.

#### Κ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει άμεση σχέση με το στάδιο στο οποίο αυτή εφαρμόζεται.

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής επιβάλλεται να τεθεί με σχολαστικότητα, αφού προηγουμένως εκτιμηθεί εκτός του σταδίου της νόσου και η γενική κατάσταση της ασθενούς,

Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί λόγω μεταστάσεων οι επιδιώξεις του γιατρού και της νοσηλεύτριας είναι: 1) η πρόληψη νέων μεταστάσεων του καρκίνου, 2) η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της ασθένειας και 3) η εξασφάλιση για τον άρρωστο μιας καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Μετά την εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενή, θ' ακολουθήσει η θεραπευτική αγωγή η οποία μπορεί να είναι:

- 1) εγχειρητική.
- 2) συνδυασμός εγχειρητικής με ακτινοθεραπεία
- 3) μόνο ακτινοθεραπεία
- 4) χημειοθεραπεία.

#### Λ. ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εκτελείται σε όλες τις περιπτώσεις των αρχικών σταδίων δηλαδή στο στάδιο της δυσπλασίας και στο στάδιο 0 ή IN SITU.

Στη δυσπλασία η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου είναι αρκετή. Στις περιπτώσεις νεαρών ατόμων γυναικών αρκούμαστε στην

εκτεταμένη βιοψία. Και στις δύο περιπτώσεις επιβάλλεται η συστηματική παρακολούθηση της ασθενούς, με κολπικά και τραχηλικά επιχρίσματα, σε όλη της διάρκεια της ζωής της.

Για τον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο IN SITU, η θεραπεία μπορεί να είναι πάντοτε χειρουργική και ουδέποτε δια ακτινοβολίας. Το είδος της εγχείρησης κυμαίνεται μεταξύ της κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου (οπότε διατηρείται η γονιμότητα στις νέες γυναίκες) της ευρύτερης εκτομής ολόκληρου του τραχήλου (AMPUTATIO), με αποτέλεσμα τη διατήρηση της εμμήνου ρύσεως αλλά και τον συχνά πρώιμο τοκετό απ'ότι συνεπάγεται η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου και της ολικής υστεροκτομίας κολπικός ή κοιλιακός.

Δηλαδή σε νέες γυναίκες (μέσος όρος ηλικίας 28 ετών) συνιστάται κωνοειδής εκτομή του τραχήλου και στενή παρακολούθηση των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων.

Για τις γυναίκες που έχουν παιδιά προτιμάται η υστεροκτομία και με κάποια αυξημένη εκτομή κολπικού τοιχώματος με εξαίρεση ή όχι των ωοθηκών αναλόγως της περιπτώσεως.

## Λ<sub>2</sub>. ΘΕΡΑΠΕΙΑ I και II ΣΤΑΔΙΟΥ

### ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ Εγχείρησης και ακτινοθεραπείας

Εκτελείται στα καρκινικά στάδια I και II. Η θεραπεία συνιστάται στην κοιλιακή ολική ριζική εξαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματα και τον παραμητρικό λιπώδες και συνεκτικό ιστό με όλα κατά το δυνατόν τα λεμφογάγγλια, καθώς και τον παρακολπικό, παρακυστικό, παρορθικό ιστό και το άνω τριτημόριο του κόλπου.

Στα στάδια I και II η ακτινοθεραπεία ή η εγχείρηση ή ο

συνδυασμός και των δύο δίνουν τα καλύτερα αποτελέσματα.

Η βελτίωση των ακτινοθεραπευτικών μέσων αύξησε το ποσοστό επιβίωσης και τα καλά οργανωμένα χειρουργικά κέντρα αύξησαν επίσης το ποσοστό επιβίωσης χάρη στην καλύτερη χειρουργική επιτηδειότητα των γυναικολόγων, την βελτίωση της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αγωγής, την ύπαρξη τραπεζών αίματος αντιβιοτικών κ.λ.π.

Για τα πλέον προχωρημένα στάδια IIB, III και IV την καλύτερη θεραπεία αποτελούν η ακτινοθεραπεία και τα κυτταροστατικά αναλόγως της περιπτώσεως.

Η εγχείρηση της ριζικής υστερεκτομής όσο εκτεταμένη και αν είναι και ανεξάρτητα από το στάδιο στο οποίο εκτελείται, πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία, ακόμη και στις περιπτώσεις στις οποίες η ιστολογική εξέταση των εγχειρητικών παρασκευασμάτων των λεμφογαγγλίων βγει αρνητική.

Στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται από την ιστολογική εξέταση καρκινωματώδεις διήθηση των λεμφογαγγλίων μετά τη ριζική, ολική εξαίρεση της μήτρας και του παραμητρίκού ιστού ακολουθεί μετά από 3-4 εβδομάδες ακτινοθεραπεία της ελάσσονος πυέλου η οποία σκοπό έχει την καταστροφή καρκινωματώδων κυττάρων, τα οποία έχουν παραμείνει σε λεμφαγγεία λεμφαδένες ή άλλους ιστούς.

Η ακτινοθεραπεία εκτελείται με δέσμες υπερδυναμικής ακτινοβολίας με μηχανήματα τηλεθεραπείας. Η περιοχή η οποία ακτινοβολείται περιλαμβάνει προς τα κάτω ολόκληρο σχεδόν τον κόλπο, προς τα πάνω επεκτείνεται μέχρι το κατώτερο χέλος του τέταρτου οσφυϊκού σπονδύλου, προς τα πλάγια επεκτείνεται μέχρι τα πνευλικά τοιχώματα, προς τα εμπρός περιλαμβάνει

τμήμα του οπισθίου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης και προς τα πίσω μόνο το πρόσθιο τμήμα του ορθού.

Η ακτινοβολήση της ασθενούς γίνεται καθημερινά ή κάθε δεύτερη μέρα, η δε θεραπεία διαρκεί πέντε έως οκτώ εβδομάδες περίπου.

Είναι επιθυμητό να χορηγηθεί στην ύποπτο για καρκινική νόσο περιοχή δόση ακτινοβολίας ανερχόμενη σε 5.000 - 6.000 RADS.

Μερικές φορές ο συνδυασμός χειρουργικής και ακτινοθεραπείας γίνεται αντίστροφα δηλ. προηγείται η χρήση ακτινοβολίας και ακολουθεί εγχείρηση. Στις περιπτώσεις αυτές καταβάλλεται προσπάθεια αποστείρωσης της πρωτοπαθούς εστίας, με τρόπο ώστε να αποφευχθεί διασπορά της νόσου κατά τους χειρουργικούς χειρισμούς.

Η ακτινοβολήση ενεργείται με τοποθέτηση ενδοτραχηλικών και ενδοκολπικών εφαρμογέων, που φέρουν ραδιενεργά υλικά όπως ράδιο, κοβάλτιο κ.λ.π.

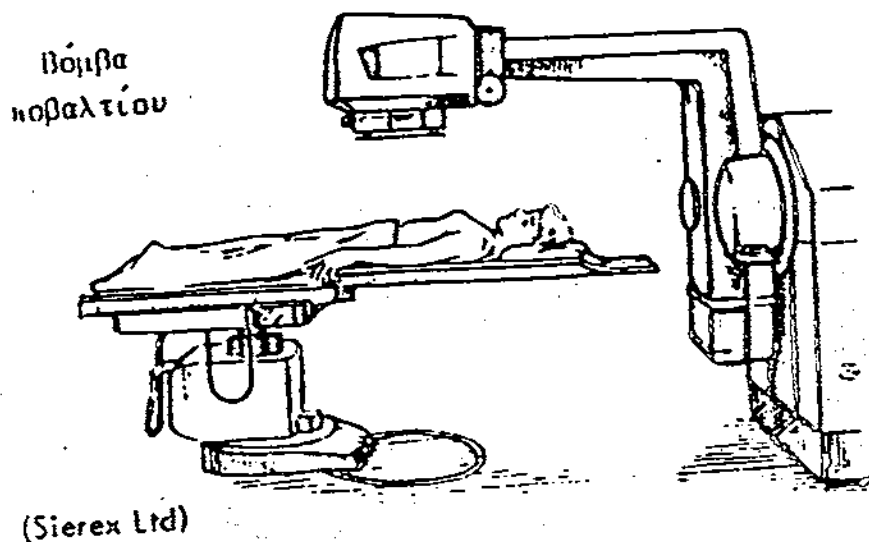
### Λ<sub>3</sub>. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εκτελείται στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί εγχειρητική εξαίρεση του καρκίνου του τραχήλου.

Η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων γίνεται με την εκπέμπουσα ακτινοβολία. Το ράδιο αποσυντίθεται αργά και εκπέμπει κυρίως τρία (3) είδη ακτίνων, τις ακτίνες α, β και γ.

Σε κακή τεχνική κατά την ακτινοθεραπεία ή σε εγχείρηση που προηγήθηκε είναι δυνατόν να έχουν δημιουργηθεί συμφύσεις και συγκόλληση εντερικών ελίκων στην ακτινοβολούμενη περιοχή, καθώς και σε σποιοσιλήθουσα ή υπέρταση. Είναι δυνατόν

οι ανωτέρω επιπλοκές να έχουν σοβαρότερη εξέλιξη και να χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση.



Εικ. 7 Χορήγηση ακτινοβολίας.

#### Λ<sub>4</sub>. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία χρησιμοποιούμε όταν έχει εξαντληθεί η προσπάθεια με ακτινοβολίες ή όταν οι ακτινοβολίες δεν έχουν θέση π.χ. ηπατικές μεταστάσεις κ.λ.π. Προτιμάται η ανά εβδομάδα χορήγηση συνδυασμού πολλών αντικαρκινικών φαρμάκων, κάτω από συνεχή αιματολογικό έλεγχο.

Στα τελευταία στάδια όταν έχουν χρησιμοποιηθεί και αποτύχει οι ανωτέρω μέθοδοι, για ανακούφιση του πόνου από προσβολή των νευρικών πλεγμάτων από καρκίνο ενδοκοιλιακώς επιχειρείται η επισκληρίδιος ή υπαρχνοειδής έγχυση αλκοόλης ή φαινικούχου γλυκερίνης, για καταστροφή των αισθητικών ριζών.

Μ. / ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το ελάχιστο χρονικό όριο που απαιτείται για να επανευρεθεί καρκίνος μετά από θεραπεία είναι 6 μήνες. Έτσι χωρίζονται οι περιπτώσεις στις οποίες η νόσος δεν είχε θεραπευτεί τέλεια, με την αρχική θεραπευτική αγωγή λειτουργική ή ακτινική. Τα συμπτώματα ποικίλουν, το κυριότερο είναι πόνοι στη ράχη, στην οσφύ ή την πύλεο. Αποφρακτική ουροπάθεια μπορεί να είναι το κύριο σύμπτωμα σε μερικές περιπτώσεις.

Η αντιμετώπιση της υποτροπής του τραχηλικού θα επιχειρηθεί με νέα ακτινοβολία.

Η πρόγνωση είναι πολύ κακή. Σε πολύ προχωρημένες περιπτώσεις στις οποίες δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία η παρηγορική αγωγή συνίσταται στη χορήγηση αναλγητικών και καταπραϋντικών μεταγγίσεις και γενικά τόνωση του οργανισμού.

Ο θάνατος επέρχεται από ουραιμία, αιμορραγία, γενική τοξιναιμία ή μετάσταση σε άλλα βασικά όργανα.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Ποσοστά 5ετούς επιβίωσης ανάλογα με το είδος θεραπείας εν σχέση με το στάδιο του καρκίνου.

<u>Στάδιο</u>	<u>Ίαση %</u>	<u>Είδος θεραπείας</u>
0	95-100	Εγχείρηση
I	77	Ακτινοθεραπεία ή ριζική εγχείρηση ή συνδυασμός
II	56	Ακτινοθεραπεία ή ριζική εγχείρηση ή συνδυασμός
III	31	Ακτινοθεραπεία και κυτταροστατικά
IV	9	Ακτινοθεραπεία και κυτταροστατικά

#### Ν. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ σπάνια, λόγω των έντονων αλλοιώσεων που παρεμποδίζουν τη διέοδο των σπερματοζωαρίων και κυρίως επειδή η πάθηση παρουσιάζεται μετά το 40ο έτος της γυναίκας, οπότε η γονιμότητα είναι πολύ περιορισμένη ή ανεπιθύμητη.

Αν υπάρχει κύηση, είναι δυνατόν ο καρκίνος να μην παρατηρηθεί γιατί τα συμπτώματα ταυτίζονται με τα της επαπειλούμενης ή καλίνδρομης έκτρωσης. Και στα δύο παρατηρείται αιμόρροια και υπερέκκριση, αν υπάρχει τριχομοναδική κολπίτιδα και τραχηλίτιδα, λόγω έντονης υπεραιμίας. Γι' αυτό επιβάλλεται ο έλεγχος των επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου από πεπειραμένο κυτταρολόγο και αν υπάρχει ανάγκη η βιοψία του τραχήλου και η ιστολογική εξέταση.

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί καρκίνος στα αρχικά στάδια επιβάλλεται η ολική ή η ριζική εγχείρηση εξάγεται το έμβρυο με καισαρική τομή.

Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος του τραχήλου έχει επεκταθεί ή η γενική κατάσταση της ασθενούς απαγορεύει την εκτέλεση της εγχείρησης, επιβάλλεται η εκκένωση της μήτρας με καισαρική τομή και στη συνέχεια η αντινοβολία όπως έχει περιγραφεί.

#### Ξ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο καλύτερος τρόπος επιβεβαίωσης κλινικώς υπόπτου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με τα μέσα που διαθέτουμε σήμερα είναι η κολποσκοπία με το τελειοποιημένο κολποσκόπιο του NINSENMAN ή το κολπομικροσκόπιο του ANTOINE.



Επίσης ο καλύτερος τρόπος επιβεβαίωσης κλινικώς υποπτού καρκίνου του τραχήλου κατά την κύηση είναι, η βιοψία του τραχήλου της μήτρας.

Η βιοψία του τραχήλου εξέλλου αποτελεί τη μόνη μέθοδο διαγνώσεως καρκίνου, γιαυτό επιβάλλεται σε κάθε ύποπτη περίπτωση άσχετα αν υπάρχει κύηση ή όχι.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ 3ον

#### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Είναι καλοηθέστερος από τον καρκίνο του τραχήλου λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας της γυναίκας και της βραδύτερης μετάστασης που ανήκει στα αδενοκαρκινώματα.

#### A. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ο μέσος όρος ηλικίας που εμφανίζεται συχνότερα κυμαίνεται ανάμεσα στο 50-70 έτος και κυρίως στο 60ο έτος δηλαδή μια δεκαετία αργότερα από τον καρκίνο του τραχήλου.

Αφορά γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο και σπάνια κάτω των 35 ετών.

Είναι συχνότερες στις άτοκες γυναίκες (25%) και στις πρωτότοκες (15-30%).

Η σχέση μεταξύ καρκίνου του τραχήλου και του ενδομητρίου είναι 8:1 στην ηλικία των 35-40 ετών και 2:1 στην ηλικία των 50-70 ετών.

#### B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που πιστεύεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου.

α) Παχυσαρκία. Οι γυναίκες που προσβάλλονται από τη νόσο βρέθηκε ότι έχουν σωματικό βάρος που ξεπερνάει κατά πολύ το φυσιολογικό.

β) Σακχαρώδης διαβήτης. Συνοδεύει το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου με μεγαλύτερη συχνότητα από αυτή που θα μπο-

ρούσε να θεωρηθεί τυχαία. Οι ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου παρουσιάζουν διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης.

γ) Απουσία γάμου ή παιδιών. Οι άγαμες άτοκες γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο του ενδομητρίου από τις υπόλοιπες. Ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο είναι δυο φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν ένα παιδί, από τις γυναίκες που έχουν περισσότερα παιδιά.

δ) Υπέρταση. Είναι συχνό εύρημα στις γυναίκες που αναπτύσσουν αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου.

ε) Κληρονομικότητα. Επιβαρύνεται σημαντικά.

στ) Υπερλειτουργία της υπόφυσης. Υπάρχει στενή αιτιολογική μεταξύ της υπερλειτουργίας της υπόφυσης και αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου.

ζ) Νόσοι θυρεοειδούς

η) Αρθρίτις. αποτελεί συχνό κλινικό εύρημα σε ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου.

θ) Καρκίνος μαστού, ωθημών και του παχέος εντέρου.

ι) Ηπατική νόσος. Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει σημαντική αύξηση στο ρυθμό μετατροπής της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη στους περιφερικούς ιστούς. Τα μεγάλα αυτά ποσά οιστρόνης ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου του ενδομητρίου σε ηπατική νόσο.

κ) Ενδομητρικοί πολύποδες. Συχνή είναι η ανάπτυξη πολυπόδων και κακοήθων όγκων κυρίως στην εμμηνόπαυση και μετά απ' αυτή.

λ) Διαταραχές ορμονικής ισορροπίας. Μια σειρά διαταραχών ορμονικής ισορροπίας που οδηγούν σε μετεμμηνοπαυσιακές αιμορραγίες εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία, έλλειψη ωορηξίας

υπερπλασίας του ενδομητρίου, αδеноμύωση πολυκυστική νόσο των ωοθηκών σε εμφάνιση του συνδρόμου γοναδικής δυσγενεσίας, ενοχοποιούνται σαν αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε ανάπτυξη αδеноκαρκινώματος του ενδομητρίου.

### Γ. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ινομύωματα. Αποτελεί μια από τις συνηθέστερες παθήσεις της μήτρας, είναι δηλαδή το συνηθέστερο νεόπλασμα αυτής.

Συνίσταται όπως λέγεται από την ονομασία του από μυϊκές ίνες, όμοια διατεταγμένες από το φυσιολογικό μυϊκό ιστό της μήτρας και από τον συνδετικό ιστό.

Αναλόγως της μέγιστης ή ελάχιστης αναπτύξεως του ενός ή του άλλου παράγοντα το νεόπλασμα είναι δυνατόν να αποτελέσει ινομύωμα ή ίνομα. Το ινομύωμα είναι πάντοτε καλοήθες και μόνο όταν αναπτύσσεται ταχέως είναι δυνατόν να μεταβεί σε σαρκωμάτωση (κακοήθη όγκο). Τα ινομύωματα εμπορεύονται περισσότερο από το σώμα της μήτρας και σπανιότερα από τον αυχένα αυτής.

Η αιτιολογία αναπτύξεως των ινομυωμάτων είναι άγνωστη, αλλά οι προσωπικότητες όπως ο ASCHOFF και ο MAYER ισχυρίζονται ότι ανευρίσκονται κυτταρικές εστίες εντός του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας, που είναι δυνατόν να αποτελούν την πρώτη πηγή του ινομυώματος.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα ινομύωματα συνοδεύονται από υπερπλασία του βλενογόννου της μήτρας. Αναπτύσσονται εντός του μυϊκού ιστού της μήτρας και παίρνουν διαστάσεις πολλών διαβαθμίσεων μέχρι και τον όγκο κεφαλής ανθρώπου ή και περισσότερο. Το σχήμα τους είναι σφαιρικό, ανάλογα δε

με τη φορά και την ανάπτυξη αυτών και της θέσεώς τους προς το τοίχωμα της μήτρας διακρίνονται: Ενδοτοιχικά, υπορογοδόνια και υποβλεννογόνια.

Τα ινομύματα μπορεί να υποστούν οιδηματώδεις διηθήσεις, που οφείλονται στην ανώμαλη κυκλοφορία μεταβάλλονται έτσι σε μητρόλιθους.

Τα ινομύματα μετά την κύηση μεγενθύνονται από την υφισταμένη υπεραιμία, επανέρχονται όμως μετά την κύηση στο πρωταρχικό μέγεθός τους. Αποτελούν αιτία στειρώσεως.

Συμπτώματα: Μητρορραγίες, πόνοι.

Οι μητρορραγίες οφείλονται στην αδενοματώδη υπερπλασία του βλεννογόνου της μήτρας και σε ανώμαλη λειτουργία των ωοθηκών.

Οι μητρορραγίες των ινομυμάτων μπορούν να καταστούν εντονότατοι και να ελλατώσουν την αιμοσφαιρίνη, αυτό μπορεί να συμβεί αν δεν εφαρμοστεί η ενδεικνυόμενη θεραπεία.

Το σύμπτωμα του πόνου οφείλεται στο μέγεθος του ινομύματος και στην ασκούμενη πίεση των παρακείμενων οργάνων.

Πίεση της ουροδόχου κύστης δημιουργεί οξεία ή χρόνια κυστίτιδα.

Οι πόνοι είναι συνήθως εντοπισμένοι στο υπογάστριο και δίνουναίσθημα βάρους, αντανακλώνται συνήθως προς την οσφυ.

Εάν το ινομύωμα εδράζει στην πίσω επιφάνεια της μήτρας πλην του πόνου τον οποίο προκαλεί η πίεση στο απευθυμένο και στα παραμήτρια όταν το μέγεθος αυτού πληρεί το βουγλάσιο χώρο, δημιουργείται έντονος δυσκοιλιότης μπορεί δε και πνειλίτης από την πίεση που ασκείται στους ουρητήρες.

Η λοίμωξη ινομυώματος μετά από επέμβαση μπορεί να δημιουργήσει πυρετό.

Διάγνωση με γυναικολογική εξέταση. Το αναμνηστικό, τα συμπτώματα και η γυναικολογική εξέταση δημιουργούν μια σαφή αντίληψη της καταστάσεως.

Σε αμφίχειρη εξέταση ανευρίσκεται πάντα όγκος.

γ2. Αδενομύωμα, ενδομητρίωσης, αδεμονύωση

Στη μήτρα σχηματίζονται αδενομύωμα ή εμφανίζονται κατά τόπους και εντός του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας νησίδες που αποτελούνται από υπερπλαστικό βλεννογόνο της μήτρας με υπερπλασία του μυϊκού ιστού.

Επιφέρει σχετική αύξηση ολόκληρου του όγκου της μήτρας.

Κλινικά φαινόμενα. Περιορίζονται σε υποκειμενικά ενοχλήματα κατά την εμμηόρρυση και σε μηνορραγίες ή μητρορραγίες, σε πολλές περιπτώσεις συνοδεύονται και από ενδοπεριτοσυνφύσεις.

Η διάγνωση γίνεται με ιστολογική εξέταση τμημάτων της μήτρας και του περιτοναίου.

γ3. Σάρκωμα. Το σάρκωμα αποτελεί το πιο θανατηφόρο πρωτοπαθές κακοήθες νεόπλασμα του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Προέρχεται από το συνδετικό ιστό του ενδομητρίου, το μυϊκό ιστό του μυομητρίου, από ένα μύωμα, από τα αιμοφόρα αγγεία ή από το ινομυώδες στρώμα του τραχήλου.

Παρατηρείται σε συχνότητα 3% ανάμεσα στα νεοπλάσματα της μήτρας και εκεί που προϋπήρχε ινομύωμα σε συχνότητα 60%. Είναι συχνότερο σε γυναίκες 40-45 χρονών.

Από τοπογραφική άποψη διακρίνονται: Το βοτρυοειδές σάρ-

κωμα του τραχήλου, το σάρκωμα του ενδομητρίου, το πρωτογενές σάρκωμα του τοιχώματος και το σαρκωματώδες εξαλαγέν ινομύωμα της μήτρας.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες και η συμπτωματολογία μοιάζουν με του αδενοκαρκινώματος. Η συμπτωματολογία ή αμφέλχειρη γυναικολογική εξέταση του όγκου οδηγούν στη διάγνωση.

Η επέκταση του σαρκώματος γίνεται στην αρχή κατά συνέχεια ιστού προς τον κόλπο ή προς την πύλεο, με σχηματισμό ενδοκοιλιακών μαζών ή όγκων και αργότερα με αιματογενή διασπορά στους πνεύμονες και στο ήπαρ. Σε μικρότερο βαθμό η επέκταση γίνεται με τα λεμφαγγεία.

γ4. Χοριοεπιθηλιώμα. Η εμφάνισή του γίνεται ύστερα από αποβολή ή τοκετό, αλλά τις περισσότερες φορές ύστερα από μύλη κύηση (Μύλη κύηση είναι η εκφύλιση του κυήματος που αρχίζει από τα τροφοθλαστικά στοιχεία αυτού, και επεκτείνεται σε όλο το κύημα. αυξάνει το μέγεθος της μήτρας παρατηρείται αιμόρροια των έξω γεννητικών οργάνων. Υπάρχουν κυστίδια με υδαματώδες περιεχόμενο. Η θεραπεία της γίνεται με προσεκτική εκκένωση της μήτρας και μετέπειτα παρακολούθηση της γυναίκας, διότι είναι δυνατόν η μύλη να μεταπέσει σε κακοήθη νεοπλασία που λέγεται χοριοεπιθηλιώμα).

Πολύ σπάνια μπορεί να αναπτυχθεί χωρίς προϋπαρξη κύησης. Τις περισσότερες φορές η νεοπλασία αυτή ξεκινάει από το σημείο της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου. Άλλες φορές ξεκινάει από απομακρυσμένα σημεία, όπως τους πνεύμονες που έφθασαν λάχνες με την αιματική κυκλοφορία. Στην όψη του εμφανίζεται σαν ακανόνιστος πολυποειδής ελκωτικός όγκος, που έχει χρώμα βαθύ ερυθρό. Έχει την τάση να εισχωρεί σε βα-

θύτερες στοιβάδες του μυομητρίου και να φθάνει ως τον ορογόνο χιτώνα.

Εμφανίζεται με συχνότητα 10 χοριοκαρκινώματα σε 100 μύλες κυήσεις.

Συμπτώματα: Αιμορραγία που όταν είναι πολύ σοβαρή απειλεί τη ζωή της άρρωστης.

Άλλα συμπτώματα είναι βήχας, δύσπνοια και η αιμόπτυση που οφείλονται σε μεταστάσεις στους πνεύμονες, η δύσοσμη κολπική έκκριση και καχεξία.

Διάγνωση. Στην αρχή της πάθησης κανένα διαγνωστικό σημείο δεν εμφανίζεται.

Η μήτρα αργότερα μεγαλώνει και στην εξωτερική της επιφάνεια ψηλαφώνται οζίδια.

Στην αμφίχειρη εξέταση είναι δυνατόν να ψηλαφώνται διογκωμένες και οι δύο ωοθήκες από ωχρινικές κύστες, λόγω της αυξημένης παραγωγής χοριακής γοναδοτροπίνης.

Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με τον ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων του ενδομητρίου.

Μεταστάσεις: στους πνεύμονες, εγκέφαλο, οστά, κόλπο, αιδοίο, ήπαρ.

Θεραπεία: 1) Προληπτική γίνεται επιμελημένη απόξεση σε μύλη κύηση

Φαρμακευτική θεραπεία (χημειοθεραπεία)

2) Χειρουργική θεραπεία

3) Ακτινοθεραπεία.

Πρόγνωση. Το χοριοεπιθηλίωμα έχει βαρεία πρόγνωση γιατί είναι κακοηθέστατο και γιατί η διάγνωση γίνεται αργά.

γ5. Μικτές μορφές. Το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου,



συχνά παίρνει τη μορφή θηλώδους αδενοκαρκινώματος.

Όταν στο αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου περιλαμβάνονται και εστίες πλακώδους μεταπλασίας τότε αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία και ονομάζεται αδεναιάνθωμα.

#### Δ. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας ενοπίζεται στον πυθμένα, το σώμα, ή τον ισθμό.

Στην αρχή εμφανίζεται σαν εξέλιξη ή πολυπόδης εκβλάση που σιγά-σιγά επεκτείνεται σε όλη την επιφάνεια του ενδομητρίου και ύστερα διηθεί το μυομήτριο και τον τράχηλο.

#### Ε. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

Από τις κλινικές ταξινομήσεις ή περισσότερο αποδεκτή και ακολουθούμενη απ' όλα σχεδόν τα αντικαρκινικά κέντρα είναι η ταξινόμηση της FIGO.

Στάδιο 0 Καρκίνωμα IN SITU. Ιστολογικά ευρήματα ύποπτα κακοήθειας.

Στάδιο I Το καρκίνωμα περιορίζεται στο σώμα της μήτρας μέχρι και του ισθμού

Ia Το μήκος της μήτρας είναι 8 CM ή μικρότερο

Iβ Το μήκος της μητρικής κοιλότητας είναι μεγαλύτερο από 8 CM.

Στάδιο II Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί στο αίμα και στον τράχηλο αλλά δεν επεκτείνεται εκτός της μήτρας

Στάδιο III Το καρκίνωμα έχει επεκταθεί εκτός της μήτρας αλλά δεν έχει περάσει τα όρια της ελάσσονος πυέλου.

Στάδιο

Στάδιο IV Έχει επειταθεί πέρα από την ελάσσονα πύλεο ή έχει.

#### ΣΤ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η κολπική υπερέκκριση που στην αρχή είναι ορώδης και σύντομα γίνεται οροαιματηρή. Αργότερα εμφανίζεται μικρή αλλά συχνά επαναλαμβανόμενη κολπική αιμόρροια. Μεγάλη αιμορραγία της μορφής της έκδηλης μητρορραγίας δεν είναι συχνή, στα αρχικά στάδια της νόσου, αλλά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια. Σε προχωρημένα στάδια όταν ο όγκος νεκρωθεί ή μολυνθεί η κολπική υπερέκκριση γίνεται δύσοσμη, πυώδης και πυοαιματηρή.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί καμιά φορά να εκδηλωθούν και ελαφροί περιοδικοί υπογαστρικοί πόνοι ή αίσθημα βάρους της κοιλιάς που οφείλεται σε συστολές που κάνει η μήτρα για να αποβάλλει κάτι από το περιεχόμενό της όπως νεκρωμένες μάζες όγκου και αιματοπήγματα.

Σε προχωρημένα στάδια παρατηρείται: Ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, απώλεια βάρους και κάποτε πυρετός από μεταστάσεις στους πνεύμονες.

Στην τελική φάση της η πάθηση προκαλεί ανουρία από κύστη των ουροτήρων.

#### Ζ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται μόνο ύστερα από απόξεση της μήτρας και μικροσκοπική εξέταση των ξεσμάτων του ενδομητρίου.

Η κολπική υπερέκκριση και η κολπική αιμόρροια τονίσθη-  
κε ότι αποτελούν τις πρώιμες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου.  
Οι εκδηλώσεις όμως αυτές εμφανίζονται και σε πολλές άλλες  
γυναικολογικές καταστάσεις. Το γεγονός αυτό οδηγεί συχνά σε  
έλλειψη ανησυχίας από μέρους της γυναίκας, να επισκεφθεί σύ-  
ντομα το γιατρό ή και σε έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους  
του γιατρού για περισσότερη διερεύνηση της περίπτωσης.

Η γυναικολογική εξέταση όταν γίνεται στα αρχικά στάδια  
της νόσου είναι συνήθως αρνητική.

Σε προχωρημένα στάδια η κοιλότητα της μήτρας γεμίζει  
από καρκινωματώδεις μάζες, η μήτρα ψηλαφείται μεγαλύτερη σε  
μέγεθος από το φυσιολογικό και μαλακιά σε σύσταση.

Σε προχωρημένα στάδια εξέλιξης βρίσκεται καμιά φορά  
το στόμιο του τραχήλου της μήτρας διεσταλμένο.

Η κυτταρολογική εξέταση των τραχηλοκολπικών επιχρισμά-  
των δεν έχει ακρίβεια όσο έχει στην ανίχνευση του καρκίνου  
του τραχήλου της μήτρας.

Παρ'όλα αυτά, ο περιοδικός κυτταρολογικός έλεγχος που  
συνιστάται για κάθε γυναίκα, ενδέχεται να αποκαλύψει την πα-  
ρουσία καρκίνου του ενδομητρίου πριν εμφανιστούν οι κλινι-  
κές εκδηλώσεις.

Στις κλινικά ύποπτες περιπτώσεις επιβάλλεται η απόξεση  
της μήτρας και η ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων του ενδομη-  
τρίου.

Στην απόξεση της μήτρας πρέπει να αφαιρείται για μι-  
κροσκοπική εξέταση αρκετός ιστός από όλη την επιφάνεια του  
ενδομητρίου χωρίς βίαιες κινήσεις και υπερβολή γιατί η υπερ-  
βολική απόξεση μπορεί να προκαλέσει εκτός από τη διάτρηση της

μήτρας και μεγάλη αιμορραγία ή διασπορά του νεοπλάσματος.

Μετά την εμμηνόπαυση η παρουσία βλεννοαιματηρής υπερ-έκκρισης επιβάλλει την διαγνωστική απόξεση της μήτρας για να τεθεί η σωστή διάγνωση.

#### Η. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα γίνει από τις παθήσεις οι οποίες εμφανίζουν μητρορραγία.

1. Καλοήθειες πολύποδες του ενδομητρίου
2. Αδενωματώδης υπερπλασία. Η ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων θα καθορίσει τη φύση της νόσου.
3. Ινομώματα της μήτρας.
4. Νεοπλάσματα των ωοθηκών
5. Φυματίωση του ενδομητρίου
6. Χοριοεπιθηλίωμα Πρόπλασμα της νέας ηλικίας.
7. Καρκίνος τραχήλου μήτρας.

#### Θ. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η επέκταση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται είτε με τη διήθηση του μυομητρίου του τραχήλου, του παραμητρίου και του περιτοναίου, είτε με τη λεμφική οδό μέσω των μητροαισθητικώνσυνδέσμων, στις ωοθήκες και στο ανώτερο τρίτημόριο του κόλπου, είτε με την αιματική οδό που δεν είναι συ-  
χνή στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στο συκώτι και στα οστά.

#### Ι. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τρεις είναι οι καθοριστικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη προκειμένου να αποφασιστεί η θεραπεία:

1. Ο βαθμός διαφοροποίησης του καρκίνου κυττάρου
2. Οι μεταστάσεις
3. Το στάδιο της νόσου.

Οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι θεραπείας είναι:

- 1) Εγχείρηση
- 2) Ακτινοθεραπεία (Ενδοκοιλιοτική ραδιοθεραπεία ή εξωτερική ακτινοβόληση)
- 3) Συνδυασμός των δύο παραπάνω μεθόδων
- 4) Οργανοθεραπεία.

#### I<sub>1</sub> ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθιερωμένη μέθοδος θεραπεία για τα στάδια 0, I, II αι στις περιπτώσεις που η νόσος περιορίζεται στο μυομήτριο ή τα παραμήτρια παρουσιάζουν μικρή διήθηση, η μήτρα όμως διατηρεί την κινητικότητά της.

Γενικά η εγχείρηση αποτελεί ιδιαίτερη ένδειξη στις εξής περιπτώσεις:

- α) Όταν η κοιλότητα της μήτρας αλλοιώνεται από την παρουσία μεγάλου όγκου και γίνεται αδύνατη η εφαρμογή ραδίου
- β) Όταν διαπιστωθεί διόγκωση των εξαρτημάτων της μήτρας από πιθανή μετάσταση στις ωοθήκες
- γ) Όταν υπάρχει μεγάλου βαθμού πυομήτρια, η τοποθέτηση ραδίου εντός της κοιλότητας της μήτρας, είναι δυνατό να προκαλέσει ρήξη του λεπτού τοιχώματος αυτής.

Η εγχείρηση δεν μπορεί να εφαρμοστεί όταν η νόσος είναι πολύ προχωρημένη ή όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. επίσης καταστάσεις αυξημένου εγχειρητικού κινδύνου όπως η μεγάλη ηλικία, η παχυσαρκία και η καρδιοπάθεια.

Δύο είναι οι βασικές εγχειρήσεις του καρκίνου του σώματος της μήτρας.

1. Η ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων
2. Η ριζική υστερεκτομή.

Στην ολική υστερεκτομή η οποία είναι και πιο συχνή, αφαιρείται η μήτρα με τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες, καθώς και τμήμα του κόλπου.

Στην ριζική υστερεκτομή που αποτελεί επέκταση της ολικής, αφαιρούνται όλοι οι παραμητρικοί, οι παρακυστικοί και παραορτικοί ιστοί με τα λεμφαγγεία και λεμφαδένες που περιέχουν.

## I<sub>2</sub>· ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σαν αποκλειστική μέθοδος θεραπείας θα εφαρμοστεί στις εξής περιπτώσεις:

1. Σε επέκταση του καρκίνου εκτός του σώματος της μήτρας
2. Σε επέκταση του καρκίνου στον ισθμό
3. Σε ασθενείς με γενική αντένδειξη για εγχείρηση.

Η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει τοποθέτηση ραδίου εντός της κοιλότητας της μήτρας και των κολπικών θόλων για αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και σε δεύτερο χρόνο την ακτινοβολία των παραμητρίων με εξωτερική ακτινοβολία για τις εκτός της μήτρας διηθήσεις.

## I<sub>3</sub>· ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

1. Διάτρηση της μήτρας. θεωρείται αναπόφευκτη για ένα πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων προχωρημένων. Η θεραπεία δια-

κόπτεται και επαναλαμβάνεται μετά 10-15 ημέρες.

2. Μόλυνση. Η άνοδος της θερμοκρασίας μετά την εισαγωγή ραδίου μπορεί να οφείλεται στην ανάπτυξη μόλυνσης του ουροποιητικού ή μέσα στην πύελο. Η αντιμετώπιση γίνεται με αντιβιοτικά.

3. Ακτινικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές αφορούν την κύστη και το ορθό.

Εκτός απ' αυτά υπάρχουν και όψιμες επιπλοκές που εμφανίζονται σε 6 μήνες από τη θεραπεία. Είναι επόμονες και συνίστανται προκειμένου για το έντερο και αιμορραγικό βλεννογόνο που μπορεί σε βαριές περιπτώσεις να συμβεί διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας.

#### I<sub>4</sub>. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της εγχείρησης εφαρμόστηκε με επιτυχία η συνδυασμένη θεραπεία εγχείρησης και ακτινοθεραπείας.

Ο άλλος επίσης συχνός συνδυασμός είναι εγχείρηση και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είτε με ράδιο είτε με ακτινοβόληση της πύελο. Εφαρμόζεται στο III και IV στάδιο.

#### I<sub>5</sub>. Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σαν προεγχειρητική ακτινοθεραπεία εννοείται η εφαρμογή ραδίου μεμονωμένα στον κόλπου ή συγχρόνως και στην κοιλότητα της μήτρας. Έτσι επιτυγχάνεται η χορήγηση ψηλής δόσης και με καλή κατανομή.

Αντίθετα μετά την αφαίρεση της μήτρας η τοποθέτηση ραδίου στο κολπικό κολόβωμα περιορίζει τη δυνατότητα χορήγησης

αρκετής δόσης μειονεκτεί στη δραστηριότητα και αποτελεσματικότητα της θεραπείας και επί πλέον ο κίνδυνος επιπλοκής από το έντερο και την κύστη είναι αυξημένος.

Για το λόγο αυτό η προεγχειρητική θεραπεία με ράδιο θεωρείται προτιμότερη της μετεγχειρητικής.

#### Ι 6. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ενδείκνυται στις μεταστάσεις στον κόλπο ή προφυλακτικά για την αποτροπή της ανάπτυξης αυτών.

#### Κ. ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το 1961 οι KELLEY και BAKER σε δημοσίευσή τους αναφέρουν ότι η χορήγηση προγεστερόνης είναι δυνατόν να προκαλέσει αντικειμενική υποχώρηση του καρκίνου του ενδομητρίου. Ακολουθούν πολλές δημοσιεύσεις μέχρι σήμερα που επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση αυτή.

Η χορήγηση προγεστερινοειδών στηρίζεται στην αντίληψη ότι αυτά ανταγωνίζονται τα οιστρογόνα, τα οποία παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του σώματος της μήτρας.

Η χορήγηση των προγεστερινοειδών ενδείκνυται κυρίως στις προχωρημένες περιπτώσεις, σε υποτροπές και μετά την αποτυχία της εγχείρησης και της ακτινοβολήσεως.

Οι υψηλές δόσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τις μικρές και μέτριες δόσεις.

Τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι:

- MEDROXYPROGESTERONE ACETATE CPROVERA 100 MG 2 φορές ημερησίως
- GESTROVAL HEXANDATE 200 MG για 12 εβδομάδες τουλάχιστον



Τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να εκδηλωθούν με αντικειμενική ή υποκειμενική βελτίωση και ευεξία. Η προκαλούμενη βελτίωση είναι προσωρινή και αποτελείται από την υποχώρηση ή περιορισμό του πρωτοπαθούς όγκου.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα εξαρτώνται:

- 1) Από τον ιστολογικό τύπο του όγκου και μάλιστα από το βαθμό διαφοροποίησης του καρκινικού κυττάρου
- 2) Από τη θέση του πρωτοπαθούς όγκου και των μεταστάσεων
- 3) Από τη μεταβολική και ορμονική κατάσταση του ασθενούς. Οι γυναίκες με διαβήτη, με παχυσαρκία και κατ'εξοχή εκείνες που παρουσιάζουν οιστρογονικό κολπικό έκκριμα, το οποίο κατά τη θεραπεία με προγεστερόνη εμφάνισε χαρακτηριστικά ατροφίας, έδειξαν καλή ανταπόκριση σε υψηλό ποσοστό.

Υποστηρίζεται ότι με το συνδυασμό θεραπείας προγεστερόνης με τη ραδιοθεραπεία ή την εγχείρηση στο στάδιο I το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης βελτιώθηκε σημαντικά σε σύγκριση με όμοιες περιπτώσεις που δε χρησιμοποιήθηκε προγεστερόνη.

#### Λ. ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Η συχνότητα επανεμφάνισης σε 5 χρόνια είναι 30%.

Εντόπιση: Η τοπική επανεμφάνιση είναι πιο συνηθισμένη στα πυελικά τοιχώματα και στον κολπικό θόλο. Το ενδομητρικό καρκίνωμα επανεμφανίζεται επίσης έξω από την πύελο στους παραμητρικούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στην σπονδυλική στήλη και στο κατώτερο τμήμα του κόλπου.

Προφύλαξη: Η προεγχειρητική ακτινοβολία του κόλπου θα περιορίσει πολύ την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου στον κόλπο.

θεραπεία: Η σύγχρονη θεραπεία (ακτινοθεραπεία) μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση ειδικά αν η επανεμφάνιση του όγκου περιορίζεται σε προσιτό σημείο του κόλπου.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Γνωρίζουμε πολλά για τη νοσολογική αυτή οντότητα που λέγεται Ca της μήτρας ή τραχήλου ή και των δύο οργάνων που μπορούν να εμφανιστούν ταυτόχρονα στο ίδιο άτομο.

Δεκάδες είναι οι επιστήμες οι οποίες συντέλεσαν σ' αυτή την αναγνώριση της νόσου και οι οποίες συνεχίζουν να συντελούν στην αντιμετώπισή της.

Οι στρατιές των επιστημόνων με τις διάφορες ειδικότητες δίνουν καθημερινά μάχη για την αντιμετώπιση και καταπολέμησή τους.

Ίσως έχει γίνει ομόφωνα παραδεκτό ότι στην πρώτη γραμμή του αγώνα πρέπει να βρίσκεται η προληπτική ιατρική./

Το μήνυμα που πρέπει να γίνει σε όλους γνωστό είναι:

<<Όλες οι γυναίκες πάνω από 19 ετών και ιδιαίτερα εκείνες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο, όπως οι γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους, γυναίκες δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και οι γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο πρέπει συχνά να κάνουν PAP TEST>>.

Η προληπτική ιατρική οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση, τα αποτελέσματα της έγκαιρης διάγνωσης είναι η νίκη κατά της αρρώστειας, δηλαδή η ίαση.

Οι προσπάθειες για την ίαση αναφέρονται στην συνέχεια.

**Β' ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Είναι απαραίτητο να δούμε πως αντιδρά ο άρρωστος στα διάφορα στάδια της ασθένειά του και τι περιμένει από την νοσηλεύτρια που βρίσκεται κοντά του στις πιο δύσκολες και κρίσιμες πολλές φορές της ζωής του.

Η νοσηλεύτρια θα προσφέρει την βοήθειά της την δύσκολη αυτή περίοδο που τόσο έχει ανάγκη από κάποιον άνθρωπο από τον οποίο θα πάρει βοήθεια, θα συζητήσει μαζί του στον οποίο θα εκφράσει τους φόβους του για την εξέλιξη της αρρώστια του.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Συμπτώματα

Προδιαγνωστικό στάδιο

Ιατρός

Διάγνωση

θεραπευτική

χωρίς

Ίαση

Νοσηλεύτρια

αγωγή

υποτροπή

(Α)

Χωρίς θεραπευτική προσπάθεια

(Β)

Ανταπόκριση-Υποτροπή

(Γ)

Αρνητικό αποτέλεσμα

Προοδευτική νόσος

θάνατος

1. Προσόντα Νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο με καρκίνο.

Προδιαγνωστικό στάδιο.

Η άρνηση είναι η πρώτη αντίδραση του αρρώστου όταν μάθε την πάθησή του.

Οι περισσότεροι αργοπορούν στο να ζητήσουν μια ιατρική συμβουλή όταν τους εμφανίζονται ορισμένα συμπτώματα, αυτό δεν οφείλεται μόνο σε άγνοια. Βέβαια ο άρρωστος μπορεί να αγνοεί τα συμπτώματα ή να τα αποδίδει σε άλλη ασθένεια λιγότερη σοβαρή. Όλα αυτά διότι η νόσος καρκίνος προκαλεί μεγάλο φόβο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις μεσολαβεί ένα μεγάλο χρονικό διάστημα από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ως την αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας. Όλα αυτά είναι σε βάρος της υγείας του.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη, η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου είναι σημαντικός. Ο άρρωστος και ιδιαίτερα η γυναίκα στην νοσηλεύτρια εκμυστηρεύεται πιο εύκολα τα συμπτώματα από ότι στον γιατρό. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να χειριστεί το θέμα ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης, τον τύπο και τον χαρακτήρα της. Πολλές φορές χρειάζεται να αιφνιδιάσει την άρρωστη και άλλοτε να την καθυποχάσει και να την ανακουφίσει από τους φόβους της.

Έτσι έχει την δυνατότητα να την πείσει να επισπεύσει την επίσκεψή της στον γιατρό για μια έγκαιρη διάγνωση.

Είναι λυπηρό το ότι δεν έχει εκτιμηθεί επαρκώς η σπουδαιότητα του ρόλου της Νοσηλεύτριας στην μάχη εναντίον της αρρώστιας.

Συχνά ο ρόλος της εμφανίζεται ως βοηθητικός του γιατρού, αντί να αναγνωρίζεται ότι και αυτή μετέχει ενεργά στην πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση, στα θεραπευτικά προγράμματα, στην αποκατάσταση και στην μετέπειτα φροντίδα όλων των ασθενών.

Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να κάνει γενική εκτίμηση της υγείας, να ανακαλύπτει φανερούς και συχνά αμύβολουσ όγκουσ ή υπερπλασίεσ και να μοιράζεται με τον γιατρό την ευθύνη για την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για μια αποτελεσματικό πρόληψη του καρκίνου.

Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να διευκολυνήσει όχι μόνο το βαρύ φορτίο της νοσηλευτικόσ φροντίδασ, αλλά έχει και την δυνατότητα να γίνει η εκπαιδευτρια και η σύμβουλοσ υγείασ για τουσ αρρώστουσ. Αυτό είναι ένα σπουδαίο μέρος του ρόλου της που συνεχώς πρέπει να ασκεί.

## 2. Διαγνωστικό στάδιο.

Η ανακοίνωση της διάγνωσησ του καρκίνου είναι ένα καθήκον δύσκολο. Το επωμίζεται ο γιατρός αρχικά αλλά η νοσηλεύτρια όμως είναι εκείνη που βοηθάει το άτομο να διαπραγματευθεί με τη νέα γι' αυτόν κατάσταση.

Η αντίδρασή του εξαστάται από πολλούσ παράγοντεσ όπως το χαρακτήρα, τισ εμπειρίεσ, τισ ατομικόσ και οικογενειακόσ υποχρεώσεσ, τισ θρησκευτικόσ του πεποιθήσεσ, το επάγγελμα, την ηλικία, την κοινωνικό του θέση και τα ηθικό του πιστεύω, την δύναμη του χαρακτήρα του.

Και μόνον η σκέψη του αρρώστου <<έχω καρκίνο>> είναι ικανή να μεταβάλλει την βιολογική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική του υπόσταση.

Αμέσως αρχίζει να σκέπτεται και να τον απασχολεί το μέλλον του και η έκταση και πορεία της ζωής του. Ο μέχρι προ ολίγου υγιής άνθρωπος βρίσκεται μπροστά σε μία σκληρή πραγματικότητα.

#### ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Συχνά έχουμε το ερώτημα, πρέπει να ανακοινώνουμε την διάγνωση στο άρρωστο ή όχι:

Πάνω σ' αυτό το θέμα υπάρχουν δύο απόψεις:

α) Ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει κάθε τι σχετικά με τη διάγνωση του..

β) Δεν πρέπει να φανερωθούν όλα στον άρρωστο.

Είναι απαραίτητο λοιπόν η νοσηλεύτρια να γνωρίζει ποιά από τις δύο απόψεις προτιμήθηκε από την ομάδα θεραπείας τι γνωρίζει ο άρρωστος και ότι η εργασία της να είναι μέσα στα όρια της απόφασης που πάρθηκε. Οι αντιδράσεις του αρρώστου παρατηρούνται και αναφέρονται έτσι ώστε όλη η θεραπευτική ομάδα να προσαρμόζει την συμπεριφορά της ανάλογα.

Υπάρχουν άτομα που γνωρίζουν την αρρώστια τους αποφεύγουν όμως να συζητήσουν το θέμα, δεν θέλουν να παραδεχθούν αυτό που γνωρίζουν, δεν θέλουν να σβήσει η σκέψη και η ελπίδα που τρέφουν, ότι πιθανόν να μην έχουν καρκίνο.

Άλλοι άρρωστοι χρησιμοποιούν συνέχεια την άρνηση και εδώ μπαίνει το ερώτημα, έχουμε το δικαίωμα να πιέσουμε τον άρρωστο να γνωρίσει αυτό που τόσο πολύ επιθυμεί να αγνοεί



και αρνείται να μάθει;

Υπάρχουν όμως και άρρωστοι που το καλλιεργημένο πνεύμα τους τους δίνει την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν την διάγνωση, γεγονός που πρέπει να διακρίνουμε, να επωφεληθούμε χρησιμοποιώντας τις δυνατότητές του στον αγώνα της θεραπείας.

Επιστρατεύοντας όλες τις δυνάμεις αναπτύσσουν ασυνήθιστη αντοχή, κουράγιο και πίστη. Η αρρώστια από αρνητικό στοιχείο στην ζωή του ανθρώπου μπορεί να μεταβληθεί σε θετικό. Επιδιώκουν επικοινωνία, ζητούν τις απαραίτητες πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν στο να πάρουν αποφάσεις, να τακτοποιήσουν τις υποθέσεις τους, να σχεδιάσουν μελλοντικές ανάγκες της οικογένειας, να φροντίσουν τον εαυτό τους..

Η νοσηλεύτρια θα δώσει αυτές τις πληροφορίες και τις απαντήσεις, την ελπίδα που ζητούν, χωρίς βέβαια να καλύψει την σοβαρότητα της αρρώστιας, δίνει έμφαση στις θετικές πλευρές. Η ειλικρίνεια με τον άρρωστο και η καλή επικοινωνία είναι το πιο σπουδαίο στοιχείο ανάμεσα στην νοσηλεύτρια και τον άρρωστο.

Η ικανότητα της επικοινωνίας είναι κάτι που μαθαίνεται όπως και οι άλλες δεξιότητες της νοσηλεύτριας. Αυτό θα συντελέσει στην ολοκληρωμένη φροντίδα.

Από αυτό το αρχικό στάδιο της διάγνωσης, αρχίζει το θεραπευτικό της ρόλο η νοσηλεύτρια για φυσική φροντίδα και υποστήριξη. Το να συνδυάσουμε την νοσηλευτική τέχνη με την συμπάθεια και την κατανόηση, απαιτεί ψυχικό οπλισμό που δεν αποκτάται όμως γρήγορα και εύκολα. Όσο και αν η νοσηλευτική στις μέρες μας γίνεται περισσότερο σύνθετη και επιστημονική,

το βασικό στοιχείο του ανθρωπισμού παραμένει πάντα το κέντρο της.

Μεγάλη βάση και προσπάθεια δίνεται από την τεχνολογία για τελειότερα διαγνωστικά μηχανήματα και από την επιστήμη η αναζήτηση νέων διαγνωστικών μεθόδων και θεραπείας. Όμως κανένα μηχάνημα δεν μπορεί να καταγράψει τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που δοκιμάζει η ψυχή του ανθρώπου. Μόνο η ανοιχτή επικοινωνία με την νοσηλεύτρια, η μεγάλη προσοχή, ενδιαφέρον, αγάπη, είναι ικανή να το συλλάβει.

Η βοήθεια που προσφέρουμε στον άρρωστο όταν τον αφήσουμε να μιλήσει είναι πολύ μεγάλη. Είναι γεγονός ότι η νοσηλεύτρια έχει να ολοκληρώσει πολλές εργασίες σε ορισμένο χρόνο. Κάτω από αυτή την πίεση του χρόνου ακολουθούμε πολλές φορές μία μηχανική πορεία που χαρακτηρίζεται από ποσότητα εργασίας. Συνεχώς βιαστικές, κυνηγημένες από τον χρόνο που πιέζει και το μάτι μας στημένο στο ρολόϊ, δεν πρόκειται να έχουμε αποτελεσματική επικοινωνία με τον άρρωστο όπως την χρειάζεται. Χρειάζεται αξιολόγηση της κατάστασεως και ιεράρχηση καθηκόντων. Το πρώτο από όλα λοιπόν απαραίτητο στοιχείο, είναι να δώσουμε στον άρρωστο την εντύπωση ότι έχουμε χρόνο να διαθέσουμε σε αυτόν και να τον ακούσουμε με προσοχή και υπομονή. Μόνον όταν καταλάβουμε την μεγάλη σημασία που έχει αυτός ο ρόλος μας κοντά στον άρρωστο, θα τον αξιοποιήσουμε και δεν θα περιοριστούμε στην εκτέλεση τεχνικών καθηκόντων που ακολουθούν μια σειρά σπουδαιότητας, άσχετα με την ψυχολογική και κοινωνική ανάγκη του αρρώστου. Το σύστημα και ο τρόπος της εργασίας, μας είναι ακόμη μία αι-

τία, που εμποδίζει την καλή επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών εκείνων που την χρειάζονται περισσότερο.

Είμαστε τοποθετημένες μπροστά σε ένα σύστημα διεκπεραιώσεως νοσηλευτικών καθηκόντων και αυτό έχει την προτεραιότητα.

### 3. Θεραπευτικό Βιτάδιο - Νοσηλευτική

Το διάστημα από το διαγνωστικό στάδιο στο θεραπευτικό είναι πολύ μικρό και τις περισσότερες φορές δυσκολεύει τον άρρωστο να δεχθεί με θετικό τρόπο την θεραπεία που του προτείνεται.

Μερικές ιατρικές θεραπείες δεν δημιουργούν δυσάρεστα επακόλουθα σχετικά με τις μεταβολές στο σώμα, ανσπηρίες, πτώση των μαλλιών. Τέτοιες αλλαγές φέρνουν πολλαπλές συναισθηματικές συνέπειες και προβλήματα, που οι λύσεις είναι μοναδικές και ξεχωριστές για κάθε άρρωστο. Εδώ είναι και ο πιο σπουδαίος ρόλος της νοσηλεύτριας να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την νοσηλευτική φροντίδα και την ιατρική θεραπεία.

1. Χειρουργική θεραπεία: Το χειρουργείο είναι εκτεταμένο απαιτεί να γίνουν μεγάλες εκτομές και μπορεί να θυσιαστούν πολύτιμα λειτουργικά όργανα και μέλη του σώματος προκειμένου να αφαιρεθεί ο κακοήθης όγκος. Η νοσηλευτική προσέγγιση ποικίλλει ανάλογα με το είδος της επέμβασης και προσφέρει στον άρρωστο πο-

λύτιμη βοήθεια πριν και μετά την επέμβαση.

2. Ακτινοθεραπεία: Είναι και αυτό ένα από τα θεραπευτικά μέσα που δημιουργεί όμως πολλούς φόβους. Δεν γνωρίζει ο άρρωστος πως επιδρά η ακτινοβολία στον οργανισμό και φοβάται για την ναυτία, έμετο, γενική κακουχία, εγκαύματα.

3. Χημειοθεραπεία: Χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές περιπτώσεις. Καθημερινά νέα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα ανακαλύπτονται και η νοσηλεύτρια ευθύνεται όχι μόνο για την ακριβή χορήγηση των φαρμάκων αλλά και την υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Όταν ο άρρωστος είναι από πριν πληροφορημένος για τις πιθανές αντιδράσεις η πιθανότητα να ανησυχήσει και να ενταθούν τα συμπτώματα ελαττώνεται. Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει τη δυσκολία για τις τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων και βοηθάει τον άρρωστο στην προσαρμογή νέου τρόπου ζωής. Στο δελτίο νοσηλείας θα πρέπει να αναγράφεται, τι γνωρίζει ο άρρωστος για την αρρώστια του. Έτσι ώστε όλοι να χρησιμοποιούν την ίδια ορολογία όταν μιλούν, γιατί οτιδήποτε καινούργιο θα προσθέσει νέους φόβους.

Όταν τα άτομα που φροντίζουν τον άρρωστο του προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και ελπίδα αναπτύσσεται μέσα στον άρ-

ρωστο μία σιγουριά που του επιτρέπει να προχωρήσει με ωριμότητα σε μία καινούργια ζωή, στο στάδιο της αποκατάστασης ή στην παραδοχή της πραγματικότητας μιάς χρόνιας πλέον παθήσεως.

#### 4. Τελικό Βιτάδιο - Νοσηλεύτρια

Σε όλα τα στάδια που αναφέραμε η υπεροχή της νοσηλευτικής φροντίδας συνιστάται στην ευαισθησία για τις συναισθηματικές ανάγκες του αρρώστου, την κατανόηση της αρρώστιας, την τεχνική δεξιοτεχνία, την προσφορά βοήθειας.

Η νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι συνώνυμη με την ιατρική αντιμετώπιση της νόσου και δεν εξαρτάται από την ίαση. Υπάρχουν περιπτώσεις που όταν τελειώνει η θεραπεία εκεί ακριβώς αρχίζει η πιο δύσκολη νοσηλευτική φροντίδα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι μεγάλος όταν γνωρίζει ότι η νόσος δεν επιδέχεται θεραπεία, ή παρόλα αυτά τα θεραπευτικά μέσα που εφαρμόζονται η κατάσταση θα επιδεινώνεται.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και η φροντίδα του από την νοσηλεύτρια είναι μία εξαντλητική συναισθηματική εμπειρία.

Ο θάνατος και η αθεράπευτη ασθένεια είναι δύο πραγματικότητες που είναι δύσκολο για την νοσηλεύτρια να τις παραδεχθεί. Η προσωπική της ανάγκη την ωθεί να βλέπει την αρρώστια σαν κάτι που μπορεί να κατακτηθεί. Δίνει έμφαση στην ανάρρωση και αρνείται τον θάνατο. Στην συνεργασία της με τον

άρρωστο μπορεί η νοσηλεύτρια να δοκιμάζει πολλά από τα συναισθήματά του. Η φροντίδα της είναι επηρεασμένη από τους φόβους και τα συναισθήματά της. Σχετικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η στάση της νοσηλεύτριας απέναντι στον άρρωστο επηρεάζεται από την πρόγνωση και από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο άρρωστος.

Πρέπει να παραδεχτούμε ότι οι άρρωστοι με καρκίνο στο τελικό στάδιο αντιμετωπίζονται σαν ένα μεγάλο βάρος στη νοσηλευτική μονάδα. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες πιέζονται από τις πολλές απαιτήσεις των ασθενών που τις προκαλεί η κατάσταση τους. Ο άρρωστος δοκιμάζει αισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και την απειλή του επικείμενου θανάτου. Το να βοηθήσουμε τον άρρωστο να πεθάνει ήρεμα είναι μέσα στα καθήκοντά μας. Σκοπός μας δεν είναι να θεραπεύσουμε τον άρρωστο που πεθαίνει αλλά να σταθούμε κοντά του στις δύσκολες και αποκαλυπτικές ώρες της ζωής του ώστε τα καταπραϊντικά να είναι περισσότερο αποτελεσματικά για να ελαττωθεί ο πόνος, η αγωνία, η ένταση.

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει τον άρρωστο στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας που αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα των οποίων οι λύσεις είναι δύσκολες ή αδύνατες. Στη κλήση σε ένα οξύ περιστατικό εύκολα ανταποκρινόμαστε. Η έγγκιση επέμβασή μας μπορεί να συντελεί να σωθεί μία ζωή. Στη συγκεκριμένη όμως αρρώστεια αυτή η ανταμοιβή λείπει και αντί για αυτή υπάρχει σκληρή εργασία χωρίς ελπίδα να σωθεί ο άρρωστος.

Η εργασία αυτή απαιτεί ηρωισμό μία ιδιότητα του χαρακτήρα που μοιχεί ιδιαίτερα τα άτομα της νοσηλευτικής ομάδας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο καρκίνος είναι νόσος που προκαλεί ιδιαίτερο φόβο στον άνθρωπο γιατί η αιτιολογία του είναι άγνωστη, η θεραπεία του προκαλεί κόπωση, πόνο και η πρόγνωση είναι αβέβαιη.

Έτσι η καρκινοπαθής άρρωστη έχει να αντιμετωπίσει εκτός από τα σωματικά συμπτώματα και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, όπως το άγχος, τον συνεχή φόβο της μετάστασης ή ακόμα και του επικείμενου θανάτου.

Δυσκολία μεγάλη παρουσιάζει η ανακοίνωση του καρκίνου στην άρρωστη. Τι θα ανακοινώσουμε ακριβώς και με τι τρόπο θα το ανακοινώσουμε.

Είναι απαραίτητο όταν πούμε την αλήθεια στην ασθενή να λάβουμε υπόψη μας.

α) Το μορφωτικό επίπεδο: Από αυτό εξαρτάται το τι θα πούμε στην άρρωστη με πια λόγια για να μπορέσουμε να τις δώσουμε να καταλάβει.

β) Η ψυχική δύναμη και η ψυχραιμία που διαθέτει: Γιατί από αυτά εξαρτώνται οι αντιδράσεις της στο να παραδεχθεί την αρρώστειά της.

γ) Η στάση που έδειξε σε δύσκολες περιστάσεις της προηγούμενης ζωής της για να μπορέσει να αντιμετωπίσει και την αρρώστειά της αυτή.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να χειρίζεται με ψυχραιμία και υπομονή τους συγγενείς της άρρωστης και να τους εμπνέει το αίσθημα της εμπιστοσύνης ότι η άρρωστή τους βρίσκεται σε έμπειρα χέρια.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της ασθενούς και της οικογένειάς της φροντίζοντας ώστε η ασθενής να μην απομονωθεί από τα άλλα μέλη της οικογένειάς της αλλά να είναι ενεργό μέλος μέσα σε αυτήν.

Από την στιγμή που η ασθενής μπαίνει στο νοσοκομείο αρχίζει και το έργο της νοσηλεύτριας. Η ασθενής στο νοσοκομείο έρχεται γεμάτη φόβους και ανησυχίες για την αρρώστια της. Αυτό που απασχολεί πολύ και στενοχωρεί την άρρωστη είναι ότι άφησε την οικογένειά της και το σπίτι της. Νοιώθει μεγάλο φόβο και αγωνία γιατί δεν ξέρει πόσο χρονικό διάστημα θα είναι μακριά τους. Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που με τη συζήτηση θα την βοηθήσει να τοποθετήσει την υγεία της σε πρώτη σειρά προτεραιότητας. Θα τονώσει το ηθικό της, να συνηθίσει το περιβάλλον του νοσοκομείου και αυτό επιτυγχάνεται με την φροντίδα της νοσηλεύτριας να παρέχεται στην ασθενή περιβάλλον ήσυχο, άνετο και περιποιημένο.

Μέχρι το τελικό πόρισμα της νόσου και τον τρόπο θεραπείας της η ασθενής υποβάλλεται σε διάφορες εξετάσεις. Η Νοσηλεύτρια σε αυτό το σημείο είναι υποχρεωμένη να εξηγήει στην άρρωστη τις εξετάσεις που θα κάνει, πως θα της γίνουν για να διώξει τους φόβους και τις ανησυχίες που μπορεί να της δημιουργείται.

#### A. Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

Η νοσηλεύτρια θα ενημερωθεί για την κατάσταση της άρρωστης από την επαφή και την συζήτηση που θα έχει με την άρρωστη αλλά επίσης και από:



1. Ιστορικό Υγείας: α) Ηλικία της άρρωστης

β) Συζυγική κατάσταση

γ) Έμμηνο ρύση μαζευτικό και σεξουαλικό ιστορικό

δ) Ατομικές και υγιεινές συνήθειες

ε) Προηγούμενα γυναικολογικά προβλήματα και συμπτώματα.

στ) Χρήση κολπικών αντιβιοτικών

ζ) Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επίχρισματος κατά Παπανικολάου (PAP-TEST)

η) Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

2. Φυσική εξέταση: Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

α) Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα

β) Μικρή αλλαγή στον κολπικό, τραχηλικό

ή το βλεννογόνο του σώματος της μήτρας.

3. Διαγνωστικές

Εξετάσεις : α) Κολπικό επίχρισμα (PAP-TEST)

Κλάση IV ή V.

β) Κόλποσκοπηση: Καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις.

γ) Δοκιμασία μήλης: Στον καρκίνο του τραχήλου.

δ) Δοκιμασία SCHILLER. Ο υγιής ιστός παίρνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη.

ε) Βιοψία τραχήλου. Η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισημαγίζε την διάγνωση.

στ) Άλλες πληροφορίες. Προηγούμενα ευρήματα PAP-TEST.

## B. Προβλήματα της άρρωστης και Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Ψυχολογικά προβλήματα: Ανησυχία, ο φόβος του μαρτύριου και του θανάτου.

Τα βιολογικά χαρακτηριστικά της νεοπλασίας παίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στην εξέλιξη της νεοπλασίας. Έχει παρατηρηθεί σε άτομα που έχουν την ίδια μορφολογική εικόνα του όγκου την ίδια περίπου κλινική εικόνα και θεραπευτική αντιμετώπιση, ο χρόνος επιβίωσης είναι διαφορετικός.

Ένας από τους παράγοντες που ερευνήθηκαν για αυτή την διαφορά είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Άτομα με ψυχική δύναμη και ψυχραιμία διαφέρουν στην εξέλιξη της νόσου από άτομα με ψηλό άγχος και συγκινήσεις.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την πορεία της νόσου από μία σειρά μελετών είναι παράγοντες ευνοϊκοί και παράγοντες δυσμενείς.

### A. Ευνοϊκοί παράγοντες

1) Ανησυχία για τα παραμικρά ενοχλήματα που παρακινεί σε ιατρικό έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση.

2) Ετοιμότητα σε συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις και ιστορικό νευρωτικών συμπτωμάτων.

3) Ευερεθιστικότητα και εξωστρεφόμενη επιθετικότητα με ικανότητα αποφόρτισης ενοχικών συναισθημάτων.

4) Αυξημένη ικανότητα χειρισμού του άγχους.

5) Αισιολοξία και αγωνιστικότητα.

6) Ευκολία στην επικοινωνία που ευοδώνει τη δημιουργία νέων σχέσεων στη θέση των παλιών που χάθηκαν..

7) Ικανότητα για ψυχοθεραπευτικού τύπου συνεργασία.

8) Ψυχολογική υποκατάσταση του καρκίνου με νευρωτικά συμπτώματα και συνύπαρξη άλλων ασθενειών.

#### Βυθυσμενείς παράγοντες

1) Ψυχολογική καταπίεση και άρνηση της αρρώστειας με αποτέλεσμα να χάνεται το πλεονέκτημα της έγκαιρης διάγνωσης.

2) Συγκρατούμενες συγκινησιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις.

3) Μαζική καταπίεση της επιθετικότητας, έντονα ενοχληξά συναισθήματα και εσωστρεφόμενη επιθετικότητα.

4) Αδυναμία χειρισμού του άγχους.

5) Απαισιοδοξία, απομόνωση, παθητικότητα και τάση για κατάθλιψη.

6) Μειωμένη ικανότητα για επικοινωνία και αδυναμία για υποκατάσταση παλιών σχέσεων με νέες.

7) Αδυναμία ψυχοθεραπευτικής συνεργασίας.

8) Απουσία νευρωτικών συμπτωμάτων και άλλων διαταραχών

Δυστυχώς ακόμη και σήμερα ο καρκίνος είναι συνώνυμος με τον έντονο φυσικό πόνο, τάλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία πολλές φορές, εγκατάλειψη και παθητικώς ή αδιάφορα αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη τόσο η άρρωστη όσο και οι συγγενείς της διακατέχονται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας, η δε λέξη καρκίνος είναι ισοδύναμη με τον θάνατο.

Σε πολλές ψυχολογικές δοκιμασίες του αρρώστου διαπι-

στώνεται πως θετικοί ψυχολογικοί παράγοντες για την πρόγνωση είναι: Η διατήρηση της ακεραιότητας της προσωπικότητας, η διατήρηση υψηλού δυναμικού επιθετικότητας, η ικανότητα για λεκτική έκφραση των συναισθημάτων, απουσία άγχους, η θετική στάση απέναντι στη ζωή, η παραδοχή της αρρώστιας και η αγωνιστική διάθεση απέναντί της. Αντίθετα αρνητικοί παράγοντες είναι η άρνηση της αρρώστιας, η παθητική στάση και η καταθλιπτική αντίδραση.

## 2. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης

Η εικόνα της ακεραιότητας του σώματος και μάλιστα της μήτρας που είναι πηγή δημιουργίας για τη γυναίκα, δημιουργεί πολλές εσωτερικές συγκρούσεις και διάφορα ερωτηματικά, πολλά από τα οποία η άρρωστη δεν θέλει ή ντρέπεται να τα πει και να τα συζητήσει με την νοσηλεύτρια. Οι σκέψεις που μπορεί να κάνει η άρρωστη και τα ερωτήματα που της δημιουργούνται είναι «πως θα αντιδράσει ο σύντροφός μου ή το οικογενειακό μου περιβάλλον στην αφαίρεση της μήτρας ή τι σεξουαλικές επιπτώσεις θα έχω».

Πρέπει η νοσηλεύτρια να ενθαρρύνει, να της μιλήσει για την πρόοδο της τεχνολογίας στον τομέα της ιατρικής να της απαντήσει ειλικρινά και να αποδιώξει τους πραγματικούς ή αβάσιμους φόβους της.

Η νοσηλεύτρια γνωρίζει επίσης πως το συγκινησιακό STRESS ρίχνει την άμυνα του οργανισμού και μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση της ισορροπίας μεταξύ μικρομεταστάσεων και αμυντικών μηχανισμών για το λόγο αυτό φροντίζει να της

διώξει το έντονο προεγχειρητικό άγχος και το STRESS όσο είναι δυνατόν. Αναγνωρίζοντας πόσο κρίσιμη και ψυχολογικά ευάλωτη είναι η καμπή αυτή της ζωής του αρρώστου πρέπει να ανοίξει συζήτηση με την άρρωστη περιγράφοντας τις πραγματικές διαστάσεις των κινδύνων και να περιγράψει με αισιοδοξία τα περιθώρια προσαρμογής στην αναπηρία της. Το πότε και πως θα το πει η νοσηλεύτρια στην άρρωστη θα εξαρτηθεί πολύ από το κλίμα που έχει δημιουργηθεί μεταξύ τους.

### 3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

Σε περίπτωση που η άρρωστη δεν έχει παιδιά το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο και πιο οξύ.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να πείσει την άρρωστή της πως αυτό που προέχει αυτή τη στιγμή και είναι και το πιο σημαντικό, είναι η αποκατάσταση της υγείας της. Η γονιμότητα είναι βέβαια πολύ σπουδαίο για μια νέα γυναίκα αλλά προέχει όμως η ζωή της, η υγεία και η ψυχική ηρεμία δεν σημαίνει βέβαια ότι θα είναι ανίκανη, αφού δεν θα μπορεί να απαντήσει παιδί μετά την αρρώστια της. Θα πρέπει να βρει άλλες απασχολήσεις και να στρέψει το ενδιαφέρον της σε αλληεπικοινωνία εκτός από την άρρωστη και με τους συγγενείς της και ιδιαίτερα με το σύζυγό της, να μιλήσει μαζί του γιατί και αυτός από την κατάσταση αυτή θα διακατέχεται από σύγχυση και θα έχει και πολλά ερωτηματικά.

Ακόμα θα πρέπει να τους μιλήσει (στην άρρωστη και στο σύζυγό της) για την σεξουαλική δραστηριότητα και να τους συ-

ζητήσει τα ερωτήματα και τις ανησυχίες που θα τους έχουν δημιουργηθεί.

### Γ. Εμπού της φρονίδας

#### 1. Άμεσοι

α. Μειώνουμε το άγχος και το φόβο από την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια δεν ξεχνά ότι μικρός ή μεγάλος, δειλός ή θαρραλλέος, μορφωμένος ή αμόρφωτος, κάθε άρρωστος έχει άγχος για την εγχείρηση και μπορεί να μειωθεί το αίσθημα αυτό με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη που θα του δώσει.

β. Βοήθεια στην δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου. Επειδή στην εγχείρηση μπορεί να αφαιρεθεί κάποιο μέλος του σώματος στην περίπτωση μας η μήτρα. Αυτό προκαλεί ανησυχία και άγχος στην άρρωστη. Πρέπει η νοσηλεύτρια να την συζητήσει και να της δώσει να καταλάβει ότι και πάλι δεν σταματά να είναι γυναίκα και δεν θα πρέπει να παραμελήσει το σώμα της και τον εαυτό της.

#### 2. Μακροπρόθεσμοι

α. Βοηθάμε την άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου και της δίνουμε με την συζήτησή μας να καταλάβει ότι επειδή έχει καρκίνο αυτό δεν σημαίνει οπωσδήποτε και ότι θα πεθάνει.

β. Μείωση του κινδύνου υποτροπής.

Μετά από τις διαγνωστικές και αφού αποφασιστεί η μέθοδος θεραπείας της νόσου (χειρουργική μέθοδος, ραδιοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με την μέθοδο που θα ακολουθηθεί είναι ο εξής:

## Χειρουργική μέθοδος

### 1. Τύποι χειρουργικής παρέμβασης

α. Απλή ολική υστερεκτομή-αφαίρεση μήτρας και τραχήλου.

β. Ριζική υστερεκτομή ή ριζική εγχείρηση του WERTHEIN-ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματά της του παραμετρικού λίπους και του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και του παραιορθικού ιστού. Δύο χειρουργικές προσπελάσεις υπάρχουν, η κοιλιακή και η κολπική. Επειδή η ένταση και οι κίνδυνοι της κοιλιακής προσπέλασης είναι μεγάλοι (κίνδυνος περιτονίτιδος) μερικοί προτιμούν την κολπική μέθοδο τα SCHANTA με τις διάφορες τροποποιήσεις της. Με την κολπική μέθοδο δεν κατορθώνεται η ριζικότητα της κοιλιακής εγχείρησης, αλλά οι κίνδυνοι είναι λιγότεροι.

### 2. Προεγχειρητική παρέμβαση

α. Η νοσηλεύτρια με σαφήνεια και υπομονή εξηγεί στην ασθενή και την οικογένειά της τον όρο «υστερεκτομή».

Είναι απαραίτητο να εξασφαλίσουμε την συγκατάθεση του συζύγου της άρρωστης για τεχνητή στείρωση ή την διακοπή κύησης αν η άρρωστη είναι έγκυος.

β. Ενημερώνει την άρρωστη σχετικά με την μετεγχειρητική θεραπεία της, με τα συμπτώματα που θα έχει όπως ο πόνος, οι δραστηριότητες της θα μειωθούν για ένα διάστημα μέχρι να αναρρώσει τελείως, τη δίαιτα που θα ακολουθήσει, τη συνουσία και την έμμηνο ρύση.

γ. Δίνει συμβουλές που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα, την θηλυκότητα και την γονιμότητα.

δ. Με την συζήτηση δίνει την ευκαιρία στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της.

ε. Η ασθενής γνωρίζει πως με την εγχείρηση θα χάσει τα γεννητικά της όργανα. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Μερικές γυναίκες μπορεί να αποδεχτούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει στην εκπλήρωση του ρόλου της σαν γυναίκας. Άλλες όμως αμφιβάλλουν για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Φοβούνται πιστεύοντας πως από εδώ και πέρα αλλάζει η ζωή τους ριζικά και τείνουν στην απομόνωση και επιμένουν να αρνούνται οποιαδήποτε συζήτηση αναφέρεται στο θέμα αυτό. Πολλές φορές τείνουν στην κατάθλιψη. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να σπάσει το φράγμα της άρνησης και ζητά και την βοήθεια του ψυχολόγου-γιατρού.

στ. Κατανοεί τα πολύπλοκα προβλήματα της άρρωστης (φυσικά, συγκινησιακά και κοινωνικά).

ζ) Παρέχει φυσική προετοιμασία στην άρρωστη για το χειρουργείο.

1. Φροντίζει να γίνουν οι εξετάσεις αιμοσφαιρίνης για αντιμετώπιση αναιμίας εάν υπάρχει.
2. Προσδιορίζεται η ομάδα του αίματος και καλεί τους συγγενείς να δώσουν αίμα για μετάγγιση.
3. Φροντίζει κατ'εντολή του γιατρού να γίνει ενδοφλέβια πνευμογραφία (μπορεί να έχουν προσβληθεί οι ουροθήρες) στην άρρωστη.
4. Με οδηγία του γιατρού διακόπτει την λήψη των αντισυλληπτι-



κρίων διόκων ταύτην άρρωστη.

5. Φροντίζει να γίνει η ακτινογραφία θώρακος.

6. Μαθαίνει την άρρωστη να αναπνέει σωστά και να κάνει κοιλιακές ασκήσεις, αν δεν υπάρχει φυσικοθεραπευτής.

7. Ετοιμάζει το εγχειρητικό πεδίο.

### 3. Μετεγχειρητική παρέμβαση

α. Εκτίμηση: Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς, τα γράφει και ενημερώνει τον αρμόδιο γιατρό, ο πόνος μπορεί να αποτελέσει ένα όψιμο σύμπτωμα της νόσου μετά την εγχείρηση. Ελέγχει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για την πρόληψη διαταραχής της ισορροπίας ύδατος και ηλεκτρολυτών.

β. Τάσσει την ασθενή σε αναπαυτική θέση χαλαρωμένη.

γ. Ανακουφίζει τον πόνο της.

δ. Προάγει την επούλωση του τραύματος φροντίζοντας να διατηρείται καθαρή η περιοχή αλλάζοντας εξωτερικά τις γάζες και διατηρώντας καθαρό όλο το τραύμα.

ε. Παρακολουθεί στενά την άρρωστη για να διαπιστώσει έγκαιρα μετεγχειρητικές επιπλοκές, από το αναπνευστικό, το κυκλοφοριακό, το μυοσκελετικό. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή είναι κυρίως η δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης. Αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγείων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από την νεοπλαστική επεξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής. Σε περίπτωση που η μετεγχειρητική θεραπεία είναι υπερβολική ίσως ξαναπάει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

στ. Πριν την χειρουργική επέμβαση στην άρρωστη τοποθετείται καθετήρας ο οποίος παραμένει και κατά την μετεγχειρητική περίοδο. Σε περίπτωση όμως που η άρρωστη δεν έχει μόνιμο καθετήρα πρέπει να τοποθετείται με άσηπτη τεχνική για την αποφυγή λοίμωξης. Λόγω της θέσεως της κύστης με την χειτουρηγημένη περιοχή εμφανίζονται προβλήματα από την κύστη.

1. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και χορηγεί υγρά παρεντερικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
2. Αφαιρεί τον καθετήρα μετά από 5 ημέρες ύστερα από την εντολή του γιατρού.
3. Σε περίπτωση που η άρρωστη δεν ούρησε για 8 ώρες και αισθάνεται δυσφορία της τοποθετείται καθετήρας.
4. Αν η άρρωστη κατακρατά ούρα τότε μετά από κάθε ούρηση γίνεται καθετηριασμός για να μην μένει υπόλειμμα μέσα στην κύστη που μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

ζ) Μετά την χειρουργική επέμβαση υπάρχει κοιλιακή διάταση και η άρρωστη αισθάνεται δυσφορία. Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια φροντίζει:

1. Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
2. Λόγω του ότι το έντερο μετά την εγχείρηση αδρανεί και δεν γίνονται περισταλτικές κινήσεις τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
3. Ακροάζεται την κοιλιά για την έναρξη των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου.

4. Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας μόλις επιστρέψει ο περισταλισμός του εντέρου.

η) Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών.

1. Η νοσηλεύτρια βοηθάει στην συχνή αλλαγή θέσεως της άρρωστης στο κρεβάτι κάθε δύο ώρες τουλάχιστον για να αιματώνεται όλη η περιοχή του σώματος την ενθαρρύνει και την διδάσκει να παίρνει βαθιές αναπνοές.

2. Αποφεύγει να τοποθετεί την άρρωστη σε ψηλή θέση FOWER καθώς και να πιέζεται η περιοχή κάτω από τα γόνατα για πρόληψη στάσης αίματος.

3. Υπολογίζει το αίμα που χάνεται (ζυγίζοντας πάντα) τις γάζες αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. Η διαφορά των στεγνών γαζών και των εμποτισμένων είναι η ποσότητα του αίματος που χάθηκε.

4. Εξετάζει εάν υπάρχει ευαισθησία και πόνος στην γαστρονομία κατά την ραχιαία κάμψη του ποδιού (αναζήτηση σημείου HAMAN).

5. Παρατηρεί τα πόδια της άρρωστης για την εμφάνιση κροσών προάγει την κυκλοφορία των κάτω άκρων της άρρωστης με ασκήσεις.

6. Για προαγωγή της κυκλοφορίας του αίματος σαν προφυλακτικό μέσο, φορά στην άρρωστη ελαστικές κάλτσες μόλις σηκώνεται.

θ) Πρόληψη λοίμωξης. Γίνονται πλύσεις και τοποθετούνται υπόθετα για να μειωθούν οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις.

ι) Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση. Οι γάζες αλλάσσονται με άσηπη τεχνική.

ια) Λέει στην άρρωστη να σηκώνεται από το κρεβάτι της

για να προληφθούν οι επιπλοκές.

ιβ) Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες RONTGEN ή ραδιενεργό κοβάλτιο 60.

ιγ) Σχεδιασμός εξόδου από το Νοσοκομείο και διδασκαλία.

1. Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμπνόπαυση και στειρότητα.
2. Εξηγεί στην άρρωστη τη σπουδαιότητα της ορμονικής αντικατάστασης. Εάν η άρρωστη έχει κάνει ολική υστερεκτομή με ωθηκτομή (σαλπγγεκτομή).

3. Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη:

Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσής της να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για 1 μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να ανεβαίνει σκάλες, να οδηγεί γιατί υπάρχει κίνδυνος ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.

Η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, γιατί υπάρχει πιθανότητα λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών.

Να αποφεύγει την συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

4. Της εξηγεί πως τα καφεοειδή υγρά που θα παρατηρήσει μετά την εγχείρηση είναι φυσιολογικά και ότι σιγά-σιγά θα σταματήσουν.

5. Κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι η άρρωστη μπορεί να αισθάνεται κόπωση, γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίζει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

6. Μπορεί η νοσηλεύτρια να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον ε-αυτό της φυσιολογικά.
  7. Το διάστημα που θα ορίσει ο γιατρός καλό θα είναι οι ε-παγγελματικές δραστηριότητες να αναβληθούν. Αυτό θα ε-ξαρτηθεί και από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες της εργασίας.
  8. Είναι επίσης συχνό σύμπτωμα η εμφάνιση κατάθλιψης και νευρικότητας στην άρρωστη. Καθήκον της νοσηλεύτριας εί-ναι η ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται γιατί τα συμπτώματα αυτά είναι συνηθισμένα στην περίοδο της ανάρρωσης και δεν διαρκούν πολύ.
  9. Της συστήνει να τρώει καλά και να προσέχει το βάρος του σώματός της να καταπολεμά την ανορεξία και να κάνει ανά-τρίμηνο εξεισθητικό έλεγχο για 5 χρόνια.
- Θα πρέπει από την νοσηλεύτρια γενικά να δοθεί προσοχή
- Στις ανάγκες της ασθενούς σαν άτομο.
  - Στις ανάγκες που προκύπτουν από τη νόσο.
  - Στις ανάγκες που προκύπτουν από τη μέθοδο της εφαρ-μοζόμενης θεραπείας.
  - Στις ανάγκες που προκύπτουν από την επίδραση της थे-ραπείας στην ψυχική και φυσική κατάσταση της άρρω-στης.

#### 4. Ραδιοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση

Όταν για οποιονδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρησιμος ή η

καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο, τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία. Σήμερα χρησιμοποιούνται πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου όπως η εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο ή ενδοκολπική ακτινοβολία με ακτίνες RONTGEN και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, CASIUM-157 ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο, για έναν ορισμένο χρόνο. Το ράδιο (ή το CESIUM) τοποθετείται με την μορφή βελονών. Για την αποφυγή όμως καταστροφής των παρακειμένων ιστών από την ακτινοβολία α και β (μαλακή ακτινοβολία) τα ραδιενεργά στοιχεία πριν από τη χρησιμοποίηση της τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς (ειδικές θήκες από πλατίνα) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β. Οι υποδοχείς αυτοί απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν να περάσει από το τοίχωμά τους η ακτινοβολία γ (σκληρή ακτινοβολία) που διεισδύει μέσα στον όγκο.

Αυτού του είδους ακτινοβολίας μπορεί να συμπληρωθεί με εξωτερική ακτινοβολία (ακτίνες RONTGEN ή τηλεθεραπεία με κοβάλτιο) που εφαρμόζεται στην πύελο σε μία προσπάθεια αναχαίτησης και καταστροφής των παραμετρικών γαγγλιακών και άλλων διηθήσεων της μικρής πύελου.

Μία μέθοδος θεραπείας περιλαμβάνει την χρησιμοποίηση εξωτερικής ακτινοβολίας στην συνέχεια την τοποθέτηση βελονών ραδίου και στο τέλος επιστροφή πάλι στην εξωτερική ακτινοβολία. Η θεραπεία αυτή διαρκεί περίπου 5-6 εβδομάδες.

Η ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε παρουσιάζει

ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να την ενθαρρύνει και να την βοηθήσει.

α. Ετοιμασία της άρρωστης για εμφύτευση ραδίου (CESIUM).

1. Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη για ποιούς λόγους αποφασίστηκε να γίνεται αυτό το είδος της θεραπείας.

Η νοσηλεύτρια απαντά και εξηγεί τις ερωτήσεις και τις απορίες της άρρωστης.

2. Ετοιμάζουμε την άρρωστη για τις διάφορες εξετάσεις Αίματος, Βιοψία (ενδομυϊκή και τραχηλική) ακτινογραφία θώρακος ΗΚΓ κυτταρολογική.

3. Συζητούμε με την άρρωστη τις απαντήσεις από τις προκαταρκτικές εξετάσεις.

4. Γίνεται ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο που γίνεται με γενική νάρκωση. Ετοιμάζεται το έντερο με υποκλισμό και ο κόλπος με πλύσεις.

Βασίμως μετά την τοποθέτηση του ραδίου γίνονται ακτινογραφίες λεκάνης για να διαπιστώσουν τυχόν μετακίνησή του από την θέση του. σε περίπτωση που υπάρξει μετακίνηση αμέσως γίνεται αφαίρεση και διόρθωση γιατί υπάρχει κίνδυνος όχι μόνο να μην καταστραφεί όπως πρέπει ο καρκίνος αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά το πιο επικίνδυνο και άσχημο μπορεί να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς ή να δημιουργηθούν από τη ραδιονέκρωση συρίγγια πολύ επικίνδυνα προς την κύστη ή το ορθό. Τα συρίγγια συνοδεύονται από μόλυνση και πυρετό, για το λόγο αυτό γίνεται διακοπή στην θεραπεία.

Η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου στην θέση τους είναι

επιτακτική και θα πρέπει να αποφευχθεί κάθε αλλαγή της θέσης τους. Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα στη διατήρηση αυτών στη θέση εφαρμογής και να προληφθεί η μετατόπισή τους κατά την διάρκεια της θεραπείας.

γ. Παρέχουμε νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το διάστημα της παραμονής του ραδίου στην μήτρα και τον τράχηλο.

1. Χορηγείται δίαιτα για μείωση του περισταλτισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόμηση των υποδοχέων.

2. Παρακολουθείται συχνά ο καθετήρας για να εξασφαλιστεί η καλή παροχέτευση των ούρων. Η κυριότερη βλάβη από την κακή παροχέτευση είναι η διάταση της κύστης και η είσοδος της στην ζώνη της ακτινοβολίας με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικό έγκαυμα.

3. Η άρρωστη παρακολουθείται για την εμφάνιση συμπτωμάτων της αντίδρασης του οργανισμού στην ραδιενέργεια. Αύξηση της θερμοκρασίας, ναυτία, έμετοι, πρέπει να αναφέρονται στον γιατρό.

Αν και χορηγούνται αντιεμετικά, ο ακτινοθεραπευτής τροποποιεί και διορθώνει την δόση της ακτινοβολίας, γιατί τα συμπτώματα αυτά είναι ενδεικτικά ότι η άρρωστη έφτασε στο σημείο ανοχής των ιστών..

4. Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την άρρωστη για να παίρνει όσα υγρά περισσότερο μπορεί και να τρώει μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμικής αξίας και πλούσια σε λευκίωμα.

5. Χορηγείται βιταμίνη C για την ανάπλαση των ιστών.

6. Επιτρέπεται στην ασθενή τοποθέτηση και μετακίνηση 30°.

7. Η νοσηλεύτρια πρέπει να θυμάται ότι ένα από τα καθήκοντά της είναι και η δική της προφύλαξη από την ραδιενέρ-



γεια. Η παροχή φροντίδας πρέπει να γίνεται γρήγορα και με ασφάλεια για να μην εκθέτει τον εαυτό της σε υπερβολική δόση ακτινοβολίας, ενώ θα φροντίζει να μην γίνεται αυτό αντιληπτό από την άρρωστη.

8. Μέσα στον χρόνο αυτό πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στην άρρωστη να εξωτερικεύσει τους φόβους της και την αγωνία της. Απασχολούμε την άρρωστη σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.

9. Προσοχή μεγάλη πρέπει να δίνεται στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας για να μην εντοπιστούν οι βελόνες ραδίου.

#### Δ. Αφαίρεση ραδίου

1) Μετά το τέλος του καθορισμένου διαστήματος η νοσηλεύτρια πρέπει να ειδοποιήσει το χειρουργό ότι πρέπει να αφαιρέσει το ράδιο (ή το CESIUM).

2) Φροντίζει να υπάρχουν αποστειρωμένα γάντια, ειδικές λαβίδες και νεφοοϊδές για τα άχρηστα.

3) Ελέγχεται το διάγραμμα για τον αριθμό των βελόνων που εφαρμόστηκαν για να συμφωνεί με αυτόν που θα αφαιρεθούν.

4) Το ράδιο είναι το πιο ακριβό μέταλλο στην καθημερινή πράξη. Επομένως χρειάζεται προσοχή τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της ασθενούς, όσο και στην αφαίρεση των υποδοχέων του ραδίου για να μην απορριφθεί κατά λάθος μαζί με το ανάθαρτο επιδεσμικό υλικό και ιματισμό.

5) Παίρνονται όλα τα προφυλακτικά μέτρα χειρισμού και μεταφοράς του ραδίου σε ειδικό χώρο περιτοιχισμένο με μό-

λυβδο μετά την αφαίρεσή του από την άρρωστη στο τμήμα ραδιο-  
ϊσοτόπων.

6) Εγκυύματα μπορεί να συμβούν λόγω υπερβολικής δόσης  
ακτινοβολίας όταν το ράδιο δεν αφαιρεθεί στον καθορισμένο  
χρόνο. Για τον λόγο αυτό οι υποδοχείς του ραδίου πρέπει να  
αφαιρεθούν με ταχύτητα από την άρρωστη με ειδικές λαβίδες  
που έχουν μακριά σιέλη και με κάλυψη ασπίδας από μόλυβδο.

7) Μετά το τέλος της αφαίρεσης του ραδίου γίνεται στην  
άρρωστη καθαριστικός υποκλιτισμός και έπειτα μπορεί να σηκωθεί  
από το κρεβάτι.

#### Ε. Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία

1) Διατηρούμε το δέρμα της άρρωστης στεγνό.

2) Μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και εμετοί σε χορήγηση  
μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Δεν πρέπει όμως να προειδοποιή-  
σουμε την άρρωστη για τα συμπτώματα αυτά γιατί η υποβολή εν-  
δέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων.

3) Παρακολουθούμε για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώ-  
νουν την βλάβη του εντέρου από τις ακτίνες. Διάρροια, τει-  
νισμός, τα αναφέρουμε αμέσως μόλις εμφανιστούν.

4) Τονίζει η νοσηλεύτρια στην άρρωστη την σπουδαιότητα  
της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για ένα εξάμηνο για  
να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα της ακτινοβολίας στον όγκο.

PAP TEST θετικό σημαίνει ότι η θεραπεία δεν πέτυχε  
και ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.

Αν το PAP TEST είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ι-  
κανοποιητικός, οι επισκέψεις στο γιατρό μετά το εξάμηνο  
πρέπει να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

### ΣΤ. Ακτινοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση

Δυστυχώς οι ακτίνες Χ πριν προσβάλουν τους παθολογικούς ιστούς περνούν από τους φυσιολογικούς και είναι γνωστή η ευαισθησία του δέρματος στις ακτίνες. Γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή εγκαυμάτων από την ακτινοθεραπεία. Το δέρμα της ακτινοβολουμένης περιοχής μαυρίζει και ξηραίνεται. Για να μην παρουσιαστούν εξελκώσεις πρέπει να αποφεύγονται οι ερεθισμοί, όπως το σαπούνι, το οινόπνευμα, οι αλοιφές, τα λευκοπλαστ, οι παγοκύστες, οι θερμοφόρες κ.λ.π.. Η περιοχή αυτή του δέρματος πρέπει να διατηρείται καθαρή και να προφυλάσσεται από την τριβή.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει επίσης για την αποφυγή πίεσης στην περιοχή που ακτινοβολείται για την αποφυγή κνησμού, της λοίμωξης και τις κατακλίσεις της άρρωστης στην πάσχουσα περιοχή.

Σε εμφάνιση ερυθήματος, ο ερεθισμός αντιμετωπίζεται με την χρήση ουδέτερης αλοιφής με βιταμίνη Α και D. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αλοιφές χωρίς ιατρική οδηγία.

Ανορεξία, ναυτία και έμετοι μπορεί να εμφανιστούν από χορήγηση μεγάλων δόσεων. Μελέτες που έγιναν έδειξαν ότι οι ασθενείς παρουσίασαν ναυτία, μόνο όταν έμαθαν ότι αυτό συμβαίνει μετά από την ακτινοβολία. Για τον λόγο αυτό η εμφάνιση της ναυτίας πρέπει να αναφέρεται στην άρρωστη.

Η διάρροια είναι σύμπτωμα που εκφράζει επίδραση της ακτινοβολίας στο έντερο. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναφέρει στο γιατρό τις εκδηλώσεις και αυτός θα αποφασίσει για την

αντιμετώπισή τους και αν θα συνεχιστεί ή όχι η θεραπεία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναφέρει στο γιατρό τις εκδηλώσεις και αυτός θα αποφασίσει για την αντιμετώπισή τους και αν θα συνεχιστεί ή όχι η θεραπεία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτρέπει την ασθενή στην λήψη χυμού φρούτων και μικρών γευμάτων κατά συχνά χρονικά διαστήματα. Επίσης φροντίζει για την υγιεινή του στόματος με ήπια αντισηπτικά.

Σε περίπτωση που η άρρωστη παρουσιάζει λευκοπενία παίρνει συνέχεια παρεντερικώς αντιβιοτικά και νοσηλεύεται σε απομόνωση.

Προτού αρχίσει η θεραπεία η αδελφή συζητά με την άρρωστη για τα προβλήματα και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Τη βεβαιώνει ότι όλες οι ανατάξεις και ότι για την ανακούφισή της θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα. Της εξηγεί ότι τις πρώτες μέρες οι επισκέψεις θα είναι λίγες και σύντομες και οι επισκέπτες θα μένουν σε ορισμένη απόσταση.

Όταν αρχίσει η θεραπεία η νοσηλεύτρια παρακολουθεί αν τηρούνται οι κανονισμοί προστασίας από την ραδιενέργεια. Παίρνει τα απαραίτητα μέτρα σε περιπτώσεις μόλυνσης με ραδιενεργό υλικό απομονώνοντάς το, καθώς επίσης και μολυσμένα αποκρίσματα ώστε να μη μολυνθεί το περιβάλλον.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται σε ακτινοθεραπευτικό τμήμα σε περίπτωση εγκυμοσύνης πρέπει να το αναφέρει αμέσως για να μετατεθεί σε άλλο τμήμα.

Απαιτείται προσοχή για να αποφευχθούν δυσάρεστες επι-

δράσεις της ακτινοβολίας στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Όλες οι νοσηλεύτριες θα πρέπει για ασφάλεια να έχουν δοσόμετρα ακτινοβολίας που ελέγχονται κάθε μήνα. Κατά τη χορήγηση θεραπείας επιβάλλονται μολύβδινες ποδιές τουλάχιστον για προφύλαξη ορισμένων ευαίσθητων οργάνων του σώματος.

Επίσης πρέπει να υποβάλλονται σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο κάθε 6μηνο. Προτιμάται πιο καλά η χρησιμοποίηση στα ακτινοθεραπευτικά κέντρα νοσηλεύτριες γύρω στην κλινική για το φόβο της βλάβης των ωοθηκών στις νεώτερες.

## Ζ. Χημειοθεραπεία - Νοσηλευτική Παρέμβαση

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα του καρκίνου προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος.

Οι ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία έχουν ανάγκη από τις εξής νοσηλευτικές ενέργειες.

1. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία κατόπιν εντολής του Ιατρού.

2. Επαρκής ενυδάτωση.

3. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

4. Γεύματα μικρά και συχνά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών, βιταμινών και ελαφρά.

5. Προσεκτική φροντίδα στόματος.

6. Προστασία της ασθενούς από μολύνσεις.

7. Παρακολούθηση συχνή των ζωτικών σημείων.

8. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία.

9. Βοήθεια της ασθενούς να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και την προβλημάτων από το γεννητικό σύστημα.

10. Προσοχή στην ακριβή δόση και χορήγηση του φαρμάκου ή των φαρμάκων (αν πρόκειται για συνδυασμό φαρμάκων).

11. Προσοχή να μην έρθει σε επαφή το φάρμακο με το δέρμα της ασθενούς.

Τέλος η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας γενικά τις παρενέργειες, προσλαμβάνοντας τα προβλήματα και συζητώντας εις των προτέρων για αυτά, βοηθάει την άρρωστη να αντιμετωπίσει την οδυνηρή εμπειρία της χημειοθεραπείας με το μικρότερο δυνατό ψυχικό τραύμα.

#### Νοσηλεία ασθενούς με προχωρημένο καρκίνο

Δυστυχώς δεν καταφεύγουν στο γιατρό όλες οι ασθενείς για θεραπεία στα αρχικά στάδια. Στις προχωρημένες περιπτώσεις μόνο παρηγορική θεραπεία γίνεται.

Τα κύρια προβλήματα των ασθενών είναι ο πόνος, η αιμορραγία από τον κόλπο, η δύσσομη κολπική υπερέκκριση, η εντερική απόφραξη και η εμφάνιση ουριγγίων από το ουροποιητικό και πεπτικό σύστημα.

Αρχικά για την ανακούφιση του πόνου δίνονται μέτρια αναλγητικά όπως τα σαλικυλικά ενώ αργότερα στην εξέλιξη της νόσου η χρήση οπιούχων είναι αναγκαία.

Για τον έλεγχο της αιμορραγίας χρησιμοποιείται κολπικός των υπογαστρικών αρτηριών αμφοτερόπλευρα.

Η νοσηλεύτρια παίρνει συχνά τα ζωτικά σημεία και ενθαρρύνει την άρρωστη σε αυτήν την δύσκολη ώρα.

Η δύσσομη κολπική υπερέκκριση είναι δυσάρεστη και αντιμετωπίζεται με κολπικές πλύσεις. Γίνεται συχνή αλλαγή των σεντονιών και των ρούχων.

Οι διαταραχές από την κύστη και το έντερο αντιμετωπίζονται.

1. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα.

2. Σχολαστική φροντίδα του στομίου της ουρήθρας και της κοιλότητας.

3. Χορήγηση υγρών και τροφές που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.

4. Για την βοήθεια της κένωσης δίνουν με ηπατικά χάπια μετά από ιατρική εντολή ή υπόθετα γλυκερίνης, ενώ οι υποκλιτισμοί πρέπει να αποφεύγονται για την πρόληψη τυχόν ρήξης του εντέρου.

Για την πρόληψη δευτεροπαθών λοιμώξεων χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει το δέρμα της άρρωστης για την πρόληψη κατακλίσεων. Τη βοηθά όταν σηκώνεται από το κρεβάτι ή αλλάζει θέση και στις καθημερινές δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.

Πρέπει να είναι ικανή η νοσηλεύτρια να αντιμετωπίσει την απελπισία και αποθυμία που παρουσιάζουν συνήθως αυτές οι ασθενείες. Πρέπει να την βοηθήσει την άρρωστη η νοσηλεύτρια να αισθάνεται ότι η κατάσταση της δεν είναι απελπιστική.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μεταβάλλεται σε χαρούμενο και ζεστό περιβάλλον. Να την παροτρύνει για επαρκή διατροφή και συμμετοχή στις συντροφικές με τις άλλες άρρωστες.

Η στατιστική έρευνα έδειξε ότι το σπίτι είναι το καλύτερο περιβάλλον για την φροντίδα αυτών των αρρώστων. Εκεί είναι το δικό τους περιβάλλον μπορεί να βλέπουν τους φίλους τους, τα μέλη της οικογένειας είναι συνεχώς κοντά τους, μπορούν να ασχοληθούν με εργασίες του σπιτιού με αποτέλεσμα να αισθάνονται χρήσιμες.

#### Η. Αποκατάσταση

Σήμερα η αποκατάσταση του καρινοπαθούς σωματική και ψυχοκοινωνική θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.

Στόχος της ιατρικής δεν είναι η διατήρηση μιάς οποιασδήποτε ζωής αλλά η όσο είναι δυνατόν επανένταξη της άρρωστης μέσα στα πλαίσια σωματικής και ψυχικής υγείας που έχουν καθοριστεί. Έτσι γίνεται ευκολότερα αντιληπτή η θέση που έχει η ψυχολογική αποκατάσταση της ασθενούς που πρέπει να βοηθήσει περισσότερο. Οι άλλες αποκαταστάσεις, οι σωματικές, οι λειτουργικές, οι αισθηματικές και οι κοινωνικές είτε είναι υποστηρικτικές είτε ακολουθούν εύκολα όταν υπάρχει ψυχολογική αποκατάσταση.

Η ψυχική δύναμη συμμετέχει σαν παράγοντα καλής πρόγνωσης τόσο στην προφύλαξη όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Έτσι η ψυχολογική αποκατάσταση του καρινοπαθούς δεν μπαίνει μόνο σαν κοινωνική υποχρέωση αλλά είναι και θεραπευτική αναγκαιότητα.

Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο σε



ασθενείς με καλή πρόγνωση, αλλά σε όλους γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής όση κι αν απομένει στην ασθενή..

Ακόμα και στα τελικά στάδια της νόσου ακόμα και όταν κάθε προσπάθεια διατήρησης της ζωής φαίνεται ή είναι χωρίς δυνατότητα ή βοήθεια στην άρρωστη να αντιμετωπίσει άμεσα προβλήματα και τον θάνατο είναι ανυπολόγιστης αξίας.

Η αποκατάσταση της άρρωστης του αισθήματος ότι είναι χρήσιμη και ότι την υπολογίζουν και τη σέβονται, σαν άτομο είναι μεγάλης σημασίας στην προσπάθειά της να διατηρηθεί στη ζωή, να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της, να παλέψει για την υγεία της.

Ασθενείς που απομονώνονται διατηρούν μικρό ενδιαφέρον στις απαιτήσεις και ανάγκες της θεραπείας, της παρακολούθησης, της εκτέλεσης εξετάσεων και στην αντιμετώπιση των καθημερινών τους προσωπικών και κοινωνικών υποχρεώσεων.

Η διαμόρφωση, το περιβάλλον, η προσωπική μας εμφάνιση, ο τόνος της ομιλίας μας, ο τρόπος συμπεριφοράς μας, η πληροφόρηση για τις εξετάσεις, τα μηχανήματα, τους γιατρούς, τις εγχειρήσεις, τις άλλες θεραπείες, την παρακολούθηση, τις επιπτώσεις των θεραπειών, την πρόγνωση και εξέλιξη της νόσου, η ενημέρωσή μας πάνω στην οικογενειακή κατάσταση, στην εργασία, στις ατομικές συνήθειες της άρρωστης, στις θεραπευτικές της πεποιθήσεις, στις κοινωνικές της προτιμήσεις, είναι οι τομείς που πρέπει όλοι όσοι ενδιαφέρονται για την άρρωστη να θίξουν.

Η άρρωστη αισθάνεται τότε ενδιαφέρονται πραγματικά γι'

αυτήν αναγνωρίζει την προσπάθεια και με κατάλληλες συνθήκες συμβάλλει και συμμετέχει δίνοντας έτσι έμπρακτα απόδειξη της επιτυχίας στην προσπάθεια αποκατάστασή της.

Στην προσπάθεια αυτή η συνεργασία της νοσηλεύτριας με όλους τους άλλους πρέπει να είναι άνετη. Στην προσπάθεια αποκατάστασης η παρουσία ατόμων που υποβλήθηκαν παλιότερα στις ίδιες θεραπευτικές προσπάθειες, επέζησαν και ξαναγύρισαν στην οικογένειά τους και στον προηγούμενο τρόπο ζωής, είναι ανυπολόγιστης αξίας για την άρρωστη.

Η αποκατάσταση λοιπόν μπαίνει σαν νέος κλάδος στις σύγχρονες θεραπευτικές και νοσηλευτικές απαιτήσεις όπου όλοι, ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, η κοινωνική λειτουργός, η επισκέπτοια αδελφή, ο εθελοντής, το περιβάλλον της άρρωστης, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος, ο εργασιοθεραπευτής, έχουν να παίξουν το δικό τους ρόλο. Από τη συμβολή του καθένα θα εξαρτηθεί το τελικό αποτέλεσμα.

Μετά από όσα έχουν εξεταστεί και γραφτεί στην εργασία μας αυτή το γενικό πόρισμα που μπορεί να βγει είναι ότι ο <<καρκίνος θεραπεύεται όταν διαγνωσθεί έγκαιρα>>.

Επομένως έργο της νοσηλεύτριας και του γιατρού είναι να ενημερώσουν σωστά τις γυναίκες και να τις ενθαρρύνουν, ώστε όσα θα έχουν τα παρακάτω ενοχλήματα να ζητούν την άμεση βοήθειά τους.

Αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την περίοδο.

Ξαφνική αιμορραγία ενώ η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει από καιρό.

Μικροαιμορραγίες ιδίως μετά την επαφή.

Άφθονα κολπικά υγρά.

Έντονο κνησμό στα γεννητικά όργανα.

Πόνος χαμηλά στο υπογάστριο.

Εσφηνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς.

Εκτός από τα ενοχλήματα αυτά κάθε γυναίκα θα πρέπει μια φορά το χρόνο τουλάχιστον:

α. Να εξετάζεται γυναικολογικά.

β. Να κάνει τεστ Παπανικολάου (PAP TEST)

Ας μην ξεχνάμε πως η θεραπεία του καρκίνου και σώματος της μήτρας έγκειται κατά πρώτον στην πρόληψή του και κατά δεύτερον στη διάγνυσή του στα πρώτα του στάδια.

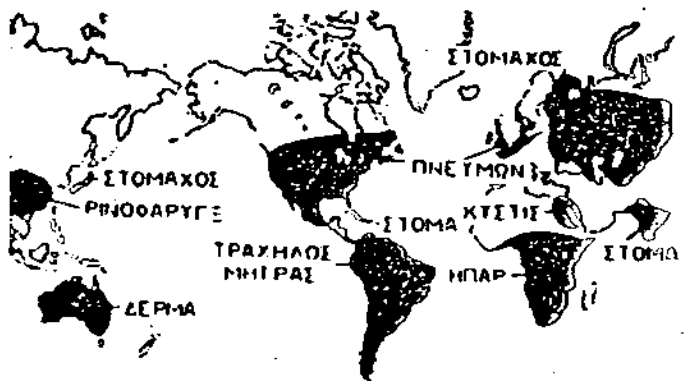
Τ. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ 5ον

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αρχίζουμε με ένα πέναμα που δείχνει την γεωγραφική κατανομή του καρκίνου.



Εικ. 8 Γεωγραφική κατανομή καρκίνου

Από τα συμπεράσματα που προκύπτουν να αναφερθούν μόνο σ'ότι αφορά την Νότια Αμερική. Μετά από μελέτη των στατιστικών, ευρέθηκε ότι στην Ν.Αμερική μέχρι 50% των καρκινοπαθών γυναικών έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αυτό οφείλεται στην υποανάπτυξη της χώρας αυτής (ατελής καθαριότητα αμφοτέρων των φυλών, μεγάλη σεξουαλική δραστηριότητα).

Κ Υ Ρ Ι Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΑΡΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

Σύμφωνα με τις στατιστικές, τα σαρκώματα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας κατέχουν πάντα ένα μικρό ποσοστό στα στατιστικά των γυναικολογικών κλινικών. Τούτο οφεί-

λειται στην σπανιότητα της νόσου. Όλοι δε ομολογούν την μικρή τους προσωπική πείρα πάνω σ' αυτή την νεοπλασία.

Οι καρκίνοι της μήτρας (τραχήλου και ενδομητρίου) ευθύνονται ουσιαστικά για περισσότερα από 1.000 κρούσματα το χρόνο στη χώρα μας, με πενταετή επιβίωση 60%.

Σήμερα στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος από του ενδομητρίου, ενώ στον λευκό πληθυσμό της Β.Αμερικής και Δ.Ευρώπης συμβαίνει το αντίθετο.

Επίσης ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος στις αστικές περιοχές και στις κατώτερες οικονομικο - κοινωνικές τάξεις, συσχετίζεται θετικά με την συχνότητα, πολλαπλότητα και πρωιμότητα των γενετήσιων σχέσεων και εμφανίζει στενή ορο-επιδημιολογική σύνδεση με τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (NSV-2). Αντίθετα ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι συχνότερος στις παχύσαρκες και ολιγότεκνες γυναίκες και συσχετίζεται θετικά με την ηλικία εμμηνοπαύσεως και τη λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων.

Από τα στατιστικά στοιχεία του Νοσοκομείου <<Άγιος Σάββας>> επί 10.724 περιπτώσεις καρκίνου αμφοτέρων των φύλων, ανευρέθησαν 1.632 καρκίνοι του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, δηλ. αναλογία 15,2% περίπου.

Παρακάτω παραθέτω 35 περιπτώσεις με σάρκωμα μήτρας που νοσηλεύθηκαν στον <<Άγιο Σάββα>>. Αναλυτικότερα:

Σάρκωμα της μήτρας

<u>1. Γενική επισκόπηση</u>	<u>Αριθ. περιπτ.</u>	<u>%</u>
Περιπτώσεις που νοσηλεύθηκαν	35	
Κληρονομική επιβάρυνση ως προς Ca	4	11
Γονιμότης	22	64

Προ της εμμηνόπαυσης	25	72
Μετά την εμμηνόπαυση	10	28
Μέσος όρος ηλικίας	43	

Περιλαμβάνει ασθενείς από 2-76 ετών.

Η κατά δεκαετία ηλικίας κατανομή των περιπτώσεων έχει ως εξής:

Έτη	Αριθμ. περιπτώσεων	%
1-10	1	2,9
21-30	5	14,3
31-40	5	14,3
41-50	13	37,0
51-60	7	20,0
61-70	3	8,6
<u>71-80</u>	<u>1</u>	<u>2,9</u>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

2. Συμπτωματολογία :

Μηνόρραγιες	13
Μητρορραγιες	13
Κάκισμος κολπική υπερρέκριση	6
Απόπτωση νεκρών ιωτών από τον κόλπο	4
Άλγη κατά το υπογάστριο	3
Βάρος, διόγκωση κατά το υπογάστριο	1
Προβολή σαρκίων από τον κόλπο	1

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμπτωμάτων κατέχουν οι μηνόρραγιες και οι μητρορραγιες.

3. Προσέλευση προς το γιατρό:

<u>Σύμπτωμα σε μήνες προ προσελεύσεως σε γιατρό</u>	<u>Αριθμ. περιπτώσεων</u>
2 μήνες	2
4 μήνες	9
6 μήνες	4
άνω των 6 μηνών	8
άνευ στοιχείων	12

4. Διάγνωση:

	<u>Αριθμός περιπτ.</u>	<u>%</u>
Μετεγχειρητικώς	24	68,5
Προεγχειρητικώς	<u>11</u>	<u>31,5</u>
ΣΥΝΟΛΟ	35	100,0

5. Έκβαση:

	<u>Αριθμός περιπτ.</u>	<u>%</u>
Πέθαναν από τη νόσο	6	25
5ετής επιβίωση άνευ υποτροπής	7	29,1
Τύχη άγνωστος	<u>11</u>	<u>45,1</u>
	24	100.0
Δεν συμπλήρωσαν 5ετία	<u>11</u>	
	35	

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η πενταετής επιβίωση, άνευ υποτροπής ανέρχεται σε 29,1% των περιπτώσεων. Δεν πρέπει όμως να παραβλέψουμε ότι από τις 24 περιπτώσεις το 45,9% δηλ. οι 11 από αυτές έχουν χαρακτηριστεί ως <<άγνωστοι>>, διότι δεν μπορέσαμε να τους βρούμε και οφείλουμε να τους καταλογίσουμε ως θανάτους, ενώ στην πραγματικότητα μερικοί από αυ-



τούς ζουν και απλώς άλλαξαν διεύθυνση.

Παρακάτω παρατίθενται στατιστικά από άλλες κλινικές του εξωτερικού με 5ετή επιβίωση.

	<u>Αριθμ. περιπτ.</u>	<u>%</u>
STOECKEL	13	41,6
KLAFTEN, NAURATIO	33	45,5
RICHTER	38	44,7
STEINHARD	33	27,3
NOVAK	50	30
KIMBROUGH	35	33,3
MC. FARLAIDE	27	29,6
FINN	33	21
RANDALL	29	31
SWINTON	43	28
THORNTON	12	8
MURRAY	16	25
Άγιος Σάββας	35	29,1

Οι αριθμοί αυτοί αντιπροσωπεύουν την 5ετή επιβίωση άνευ υποτροπής επί όλων γενικών των σαρκωμάτων της μήτρας ασχέτως εντοπίσεως και μορφή θεραπείας.

Στο θέμα της έκβασης θα θέλαμε να προσθέσουμε επίσης ότι, από τις 4 περιπτώσεις των σαρκωμάτων του τραχήλου η 1 από τις περιπτώσεις απεβίωσε από την νόσο, η τύχη της 2ης αγνοείται και οι υπόλοιπες 2 συμπλήρωσαν πενταετία. Ακόμα από τις 2 περιπτώσεις που διαγνώσθηκαν με καρκίνο σάρκωμα, η μεν 1η συμπλήρωσε 5ετία, η δε 2η αγνοείται η τύχη της. Στην περίπτωση συνυπάρξεως σαρκώματος και κυήσεως η ασθενής απεβίωσε μετά δίμηνο από την παρουσία της νόσου.

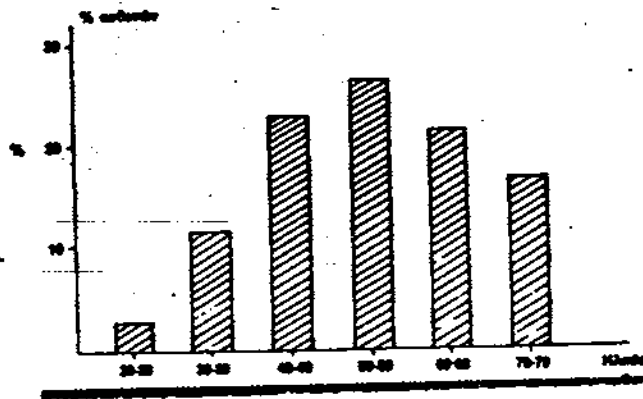
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό αποτελείται από 875 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διάγνωση έγινε από το ατομικό αναμνηστικό, την κλινική εξέταση και επιβεβαιώθηκε ιστολογικά. Οι γυναίκες αυτές νοσηλεύτηκαν στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα», μεταξύ Ιανουαρίου 1979 και Δεκεμβρίου 1987, δηλαδή σε χρονικό διάστημα 9 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 875 γυναίκες που αναλύονται, ήταν ηλικίας 20 έως 97 ετών, μέση ηλικία  $56,2 \pm SD 14,56$  έτη. Η κατανομή των ηλικιών ανά 10ετίες φαίνονται στο ιστόγραμμα 1. Η μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου παρατηρείται μεταξύ 50 και 60 ετών. Ποσοστό 34,8% ήταν κάτω των 50 ετών και 14,5% κάτω των 40 ετών.



Ο χρόνος μεταξύ της πρώτης εκδήλωσης και της προσέλευσης στο Γυναικολόγο γιατρό κυμαινόταν από 2 ημέρες έως 3 έτη μέση τιμή  $6,2 \pm SD 2,4$  μήνες.

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα κύρια συμπτώματα που οδήγησαν τις ασθενείς αυτές στο γιατρό, φαίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1.: Αίτια προσέλευσης στο γιατρό

Αιτία	Ασθενείς	
	Αριθμός	%
Αυτόματη κολπική αιμόρροια	669	76,5
Κολπική Υπερέκκριση	114	13,0
Κολπική Αιμόρροια μετά συνουσία	66	7,5
Προληπτική Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου με θετικό αποτέλεσμα	<u>26</u>	<u>3,0</u>
ΣΥΝΟΛΟ	875	100,0

### ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου έγινε προ της βιοψίας σε 15,5% (136/875). Από αυτές 45,6% (62/136) ήταν ασυμπτωματικές και 54,4% (74/136) είχαν συμπτώματα. Τα αποτελέσματα της εξέτασης κατά Παπανικολάου φαίνονται στον πίνακα 2. Σε 66,9% (91/136) ήταν θετικά για κακοήθεια, σε 24,3% (33/136) ύποπτα για κακοήθεια και σε 8,8% ήταν ψευδώς αρνητικά.

Πίνακας 2. : Κατανομή ασθενών που έκαναν κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου προ της βιοψίας, κατά στάδιο και αποτέλεσμα

Στάδιο	Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου		
	θετικές	ύποπτες	αρνητικές
Iα	10	1	-
Iβ	19	15	2
IIα	12	-	1
IIβ	18	7	5
III	30	10	3
IV	<u>2</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
ΣΥΝΟΛΟ 136	91 (66,9%)	33(24,3%)	12(8,8%)

#### ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η κατανομή των ασθενών κατά στάδιο διάγνωσης του καρκίνου φαίνεται στον πίνακα 3. Η γραφική παράσταση 1, δείχνει την κατανομή των διαφόρων σταδίων κατ'έτος μεταξύ 1978-1987. Στον πίνακα 4 κατανέμεται η συχνότητα του ιστολογικού τύπου καρκίνου.

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Ο πίνακας 5 δείχνει τη θεραπευτική αγωγή και ο πίνακας 6 τη συχνότητα ανεύρεσης θετικών πυελικών λεμφαδένων κατά στάδιο στις 254 περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομία. Το 5ετές αποτέλεσμα 326 ασθενών, από τις 1875, των οποίων ο καρκίνος αντιμετωπίστηκε μεταξύ 1979-1981, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου, φαίνεται στον πίνακα 7. Στον

πίνακα 8 φαίνεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα με βάση το στάδιο που αντιμετωπίστηκε ο καρκίνος. Η διορθωμένη 5ετής επιβίωση καταχωρείται στον πίνακα 9, εξαιρουμένων των θανάτων από άλλη αιτία ή από μη ανεύρεση των γυναικών αυτών.

Πίνακας 3.: Κατανομή ασθενών κατά στάδιο

Στάδιο (FIGO)*	Ασθενείς	
	Αριθμός	%
Iα	41	4,7
Iβ	132	15,0
IIα	88	10,0
IIβ	178	20,4
III	337	43,2
IV	<u>59</u>	<u>6,7</u>
ΣΥΝΟΛΟ	875	100

\* FIGO = FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE-OBSTERTIQUE

Πίνακας 4.: Κατανομή βάσει του ιστολογικού τύπου

Ιστολογικός τύπος καρκινώματος	Ασθενείς	
	Αριθμός	%
Επιδερμοειδές	778	88,9
Αδενοκαρκίνωμα	79	9,0
Αδενοπλακώδες	12	1,4
Από διαυγή κύτταρα	5	0,6
Σάρκωμα	<u>1</u>	<u>0.1</u>
ΣΥΝΟΛΟ	875	100

Πίνακας 5.: Κατανομή ασθενών βάσει της θεραπείας που εφαρμόσθηκε

Θεραπεία	Ασθενείς	
	Αριθμός	%
Ριζική υστερεκτομία	47	1,4
Ακτινική θεραπεία ακολουθούμενη από ριζική υστερεκτομία	18	2,0
Ριζική υστερεκτομία ακολουθούμενη από ακτινική θεραπεία	147	16,8
Ακτινική θεραπεία ακολουθούμενη από ριζική υστερεκτομία και επιπρόσθετη ακτινική θεραπεία	42	4,8
Ολική υστερεκτομία	4	0,5
Ολική υστερεκτομία ακολουθούμενη από ακτινική θεραπεία	24	2,7
Ολική υστερεκτομία και χημειοθεραπεία	1	0,1
Υφολική υστερεκτομία και ακτινική θεραπεία	1	0,1
Ακτινική θεραπεία	545	62,3
Χημειοθεραπεία	16	1,8
Ακτινική θεραπεία και χημειοθεραπεία	26	3,0
Δεν αποδέχθηκαν θεραπεία	4	0,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>875</b>	<b>100</b>

Πίνακας 6.: Συχνότητα ανεύρεσης θετικών πυλειακών λεμφαδένων κατά στάδιο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομία

ΣΤΑΔΙΟ (FIGO)	Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Ριζική Υστερεκτομία		Ασθενείς με θετικούς Πυελικούς Λεμφαδένες	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Iα	34	13,4	0	0
Iβ	114	44,9	19	16,2
IIα	77	30,3	14	18,2
IIβ	<u>29</u>	<u>11,4</u>	<u>7</u>	<u>29,9</u>
ΣΥΝΟΛΟ	254	100	40	15,7

Πίνακας 7.: Καρκίνος τραχήλου: πενταετές αποτέλεσμα της θεραπείας ασθενών που αντιμετωπίστηκαν την τρίτη 1979-1981

	Ασθενείς	
	Αριθμός	%
Πενταετής επιβίωση	111	34,0
Απεβίωσαν από καρκίνο τραχήλου μήτρας	152	46,7
Δεν υπάρχουν πληροφορίες	49	15,0
Απεβίωσαν από άλλη αιτία	<u>14</u>	<u>4,3</u>
ΣΥΝΟΛΟ	326	100

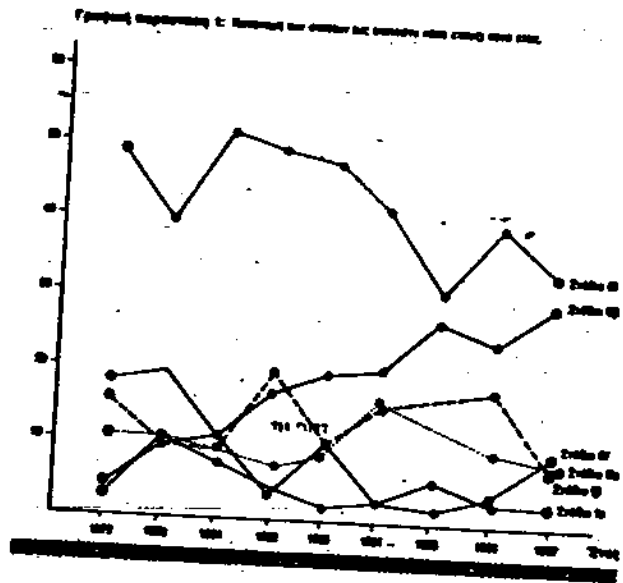
Πίνακας 8: Πενταετές αποτέλεσμα της θεραπείας κατά στάδιο

Στάδιο	Ασθενείς που αντιμετώπισθηκαν	Σετής επιβίωση	Απεβίωσαν από καρκίνο τραχήλου	Άλλη αιτία	Απεβίωσαν από					
FIGO	Αριθμός	% Αριθμός	% Αριθμός	% Αριθμός	% Αριθμός					
I	60	18,4	39	65,0	10	16,7	10	16,7	1	1,6
II	86	26,4	41	47,7	33	38,4	11	12,8	1	1,1
III	152	46,6	30	19,7	85	55,9	26	17,1	11	7,3
IV	28	8,6	1	3,6	24	85,7	2	7,1	1	3,6
ΣΥΝΟΛΟ	326	100,0	111	34,0	152	46,7	49	15,0	14	4,3



Πίνακας 9.: Διορθωμένη πενταετής επιβίωση ασθενών που έπα-  
σαν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας

ΣΤΑΔΙΟ	Ασθενείς		5ετής επιβίωση	
	No	%	No	%
I	52	20,3	39	75
II	68	26,6	41	60,3
III	113	44,1	30	26,5
IV	<u>23</u>	<u>9,0</u>	<u>1</u>	<u>4,3</u>
ΣΥΝΟΛΟ	258	100,0	111	43,35



ΕΡΕΥΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο υπάρχει διαφώτιση γύρω από το θέμα του καρκίνου του τραχήλου. Οι γυναίκες γνωρίζουν τις αιτίες που προκαλούν την ασθένεια αυτή και αν ναι κάνουν τον προληπτικό έλεγχο που είναι απαραίτητος; Τι γνωρίζουν για το τεστ Παπανικολάου;

Οι γυναίκες που ερωτήθηκαν, κυμαίνονται από ηλικίας 17-59 ετών και είναι διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων. Το μεγαλύτερο ποσοστό ζει σε πόλεις, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό κατοικεί σε κάποια κωμόπολη ή χωριό. Η κύρια ασχολία τους είναι οικιακά, δημόσιος υπάλληλος, νοσοκόμες, νοσηλεύτριες, εργάτριες κ.λ.π.

Το μορφωτικό τους επίπεδο πάλι, κυμαίνεται σε όλη την κλίμακα γνώσεων από το δημοτικό σχολείο ως κάποια ανωτάτη σχολή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό έχουν κανονική έμμηνο ρύση και έχουν θηλάσει τα παιδιά τους.

Σαν ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής κυμαίνονται τα χρόνια μεταξύ 16-20 ετών σαν μεγαλύτερο ποσοστό (85%).

Όσον αφορά το ζήτημα του μόνιμου συντρόφου το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρει ότι έχει μόνιμο ερωτικό σύντροφο (77%). (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ηλικία	Αριθμός	Μόνιμος ερωτικός σύντροφος	Ποσοστό	Όχι Μόνιμος ερωτικός σύντροφος	Ποσοστό
17-20	17	13	76,5%	4	23,5%
21-25	22	18	81,8%	4	18,2%
26-30	7	5	62,5%	2	28,5%
31-35	10	5	50%	5	50%
36-40	11	9	81,8%	2	18,2%
41-45	7	5	71,4%	2	28,6%
46-50	9	8	88,8%	1	11,1%
51-55	10	7	70%	3	30%
56-60	7	4	57,1%	3	42,9%

Στην ερώτησή μας για την συχνότητα επαφής ένα ποσοστό 22% αρνήθηκε να απαντήσει. Οι απαντήσεις που μας δόθηκαν δηλώνουν ότι η συχνότητα κυμαίνεται σε φυσιολογικά όρια (1-5 φορές την εβδομάδα). Για την μέθοδο αντιούλληψης την αποφεύγουν αλλά όσοι την χρησιμοποιούν προτιμούν τα αντισυλληπτικά χάπια, το σπινάλ, τα προφυλακτικά ή την διακεκομμένη συνουσία.

Τα κυριότερα ερωτήματα αφορούσαν τις γνώσεις τους γύρω από τον καρκίνο του τραχήλου, της μήτρας και το τι είναι τεστ Παπανικολάου. Για τον καρκίνο τραχήλου υπάρχουν άνθρωποι που δεν γνωρίζουν τίποτε (23%), άλλοι που γνωρίζουν λίγα πράγματα (37%) και άλλοι που γνωρίζουν αρκετά (40%). Οι γνώσεις τους εξαρτώνται με μεγάλο βαθμό από το επίπεδο μόρφωσης και το κύριο επάγγελμά τους. Μια γυναίκα που ασχολείται με το σπινάλ και έχει τελειώσει δημοτικό σχολείο γνωρίζει λίγα πράγματα

ή τίποτε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, από μια άλλη που έχει τελειώσει το Λύκειο ή κάποια ανώτερη σχολή και ασχολείται με τα οικιακά ή δουλεύει σε κάποιο γραφείο ή είναι νοσηλεύτρια.

Το ποσοστό γνώσεών επίσης διαφέρει και σε σχέση με το επάγγελμα. Μια δημόσιος υπάλληλος π.χ. ξέρει σαφώς λιγότερα πράγματα για τον καρκίνο του τραχήλου από κάποια νοσηλεύτρια ή νοσοκόμα.

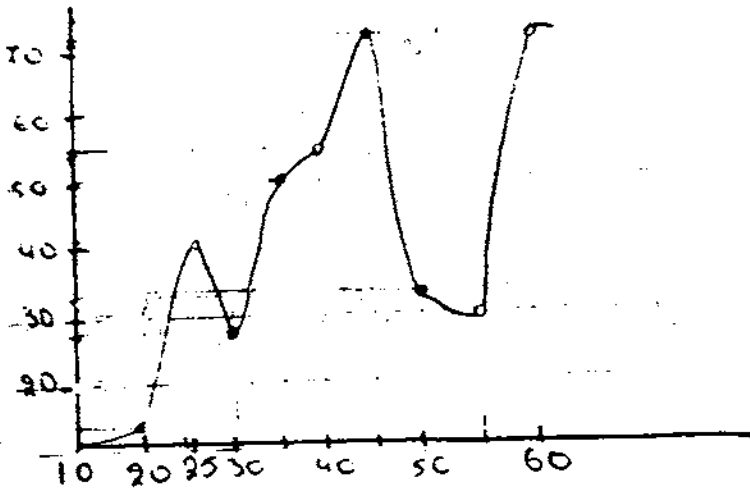
Στον πίνακα 2 σας παρουσιάζουμε τα ποσοστά γνώσεων σε σχέση με τις ηλικίες κατά ομάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ηλικία	Αριθμός	Τίποτε		Λίγα		Αρκετά	
		Αριθ.	Ποσ.%	Αριθ.	Ποσ.%	Αριθ.	Ποσ.%
17-20	17	4	23,5	11	64,7	2	11,8
21-25	22	6	27,3	7	31,8	9	40,9
26-30	7	3	42,9	2	28,6	2	28,6
31-35	10	1	10	4	40	5	50
36-40	11	1	19,1	4	36,4	6	54,5
41-45	7	0	0	2	28,6	5	71,4
46-50	9	4	44,4	2	22,2	3	33,3
51-55	10	3	30	4	40	3	30
56-60	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>14,3</u>	<u>1</u>	<u>14,3</u>	<u>5</u>	<u>71,4</u>
ΣΥΝΟΛΟ	100	23%		37%		40%	

Στον πίνακα 3 φαίνεται ένα ιστογράμμο σύμφωνα με τις γνώσεις του κοινού που απάντησαν ότι γνωρίζουν αρκετά για τον

καρκίνο του τραχήλου.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Από το ιστογράμμα βλέπουμε ότι οι γνώσεις των γυναικών γύρω από το θέμα αυτό είναι αυξημένες στην ηλικία των 40-45 ετών και 55-60.

Σ'αυτές τις ηλικίες επέρχεται η εμμηνόπαυση και η ηλικία του φόβου, όλοι ξέρουν ότι ο καρκίνος εμφανίζεται στην μέση ηλικία, οπότε συχνά οι γυναίκες αναγκάζονται να επισκέπτονται πιο συχνά τον γυναικολόγο τους οπότε και μαθαίνουν πιο πολλά γύρω από τον καρκίνο.

Πιο σημαντικό ερώτημα, το οποίο άλλωστε αφορά και την πρόληψη του καρκίνου είναι το τεστ Παπανικολάου. Κι εδώ βλέπουμε ότι το τεστ είναι πιο γνωστό από τον καρκίνο του τραχήλου. Οι γυναίκες γνωρίζουν πολλά γύρω από το θέμα αυτό. Κι εδώ βέβαια οι γνώσεις τους εξαρτώνται από το μορφωτικό τους επίπεδο. Πολλές γυναίκες μας είπαν ότι ξέρουν τι είναι <<μία έρευνα για τον καρκίνο>>. δεν το κάνουν είτε γιατί φοβούνται ή γιατί <<δεν έχουν τίποτε>> όπως λένε.

Στον πίνακα 4 βλέπουμε τις γνώσεις των γυναικών αυτών α-

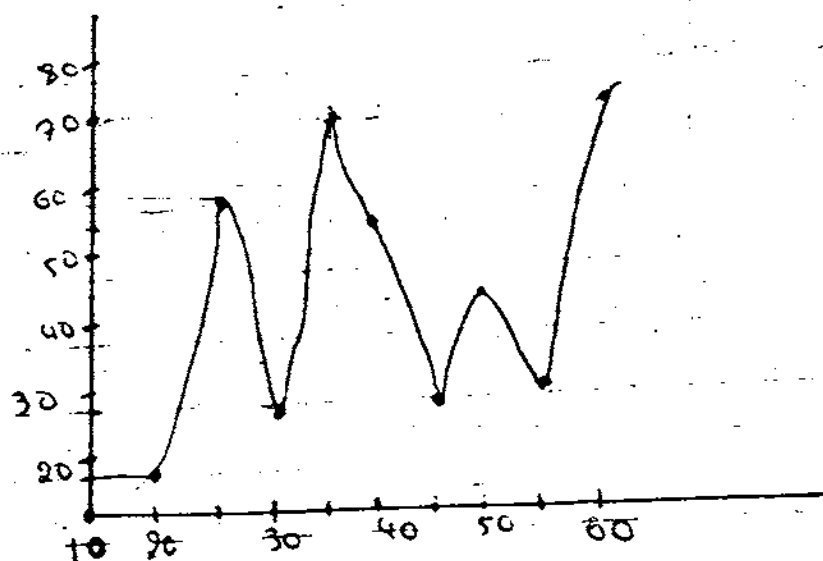
νάλογα με την ηλικία τους και στον πίνακα 5 ένα ιστογράμμα με βάση των δώων απάντησαν ότι γνωρίζουν αρκετά για το ΠΑΠ τεστ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Γνώσεις για το τεστ ΠΑΠ

Ηλικία	Αριθμός γυναικών	Τίποτε		Λίγα		Αρκετά	
		Αριθ.	Ποσ.%	Αριθ.	Ποσ.%	Αριθ.	Ποσ.%
17-20	17	8	47,1	6	35,3	3	17,6
21-25	22	5	22,7	4	18,2	13	59,1
26-30	7	2	28,6	3	42,9	2	28,6
31-35	10	1	10	2	20	7	70
36-40	11	2	18,2	3	27,3	6	54,6
41-45	7	2	28,6	3	42,9	2	28,6
46-50	9	4	44,4	1	11,1	4	44,4
51-55	10	2	20	5	50	3	30
56-60	7	1	14,3	1	14,3	5	71,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 5



Επίσης είναι γνωστό ότι το τεστ Παπανικολάου το συνδέουν περισσότερο με τον καρκίνο της μήτρας παρά του τραχήλου.

Στον πίνακα βλέπουμε ότι οι γνώσεις για το τεστ Παπανικολάου είναι πιο υψηλές απ'ότι οι γνώσεις για τον καρκίνο. Οι γνώσεις είναι πιο υψηλές ανάμεσα στην ηλικία των 20-25 ετών, ενώ στην ηλικία 26-30 ο δείκτης γνώσεων παρουσιάζει μια απότομη ύφεση ενώ εξυψώνεται και πάλι ανάμεσα στα 30-35 χρόνια για να πέσει ομαλά στην ηλικία των 35-40, 40-45, εξυψώνεται για λίγο στην ηλικία των 45-50, πέφτει λίγο στην ηλικία των 50-55 και εξυψώνεται πάλι απότομα στην ηλικία των 55-60.

Αυτό οφείλεται για άλλη μια φορά στο μροφωτικό επίπεδο και στην εμμηνοπαυση, οπότε η γυναίκα θα πάει στον γιατρό και θα υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου ή θα της υποδειχθεί να κάνει τεστ Παπανικολάου.

Στον πίνακα 6 φαίνονται τα ποσοστά των γυναικών που υποβλήθηκαν σε τεστ με την θέλησή τους ή έγινε ύστερα από κάποιο σύμπτωμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ηλικία	Αριθμός	Υποβλήθηκαν		Δεν υποβλήθηκαν	
		Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
17-20	17	-	-	17	100
21-25	22	1	0,5	21	99,5
26-30	7	2	28,5	5	71,5
31-35	10	7	70	3	30
36-40	11	7	63,6	4	36,4
41-45	7	6	85,7	1	14,3
46-50	9	4	44,4	5	55,5
51-55	10	7	70	3	30
56-60	7	<u>6</u>	85,7	<u>1</u>	14,3
	ΣΥΝΟΛΟ	40		60	

Το ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκαν σε τεστ Παπανικολάου 40% πρέπει να πούμε ότι είναι αρκετά ικανοποιητικό αλλά δυστυχώς δεν φτάνει. Οι γυναίκες άνω των 30 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου για να προλάβουν τυχόν εμφάνιση καρκίνου. Η θεωρία του <<δεν έχω τίποτε>> είναι γελοία. Ο καρκίνος για να εμφανιστεί κάποια συμπτώματα χρειάζεται 10 χρόνια περίπου και εάν εμφανιστεί είναι πλέον αργά. Το τεστ Παπανικολάου όμως προλαβαίνει αυτά τα συμπτώματα και μας δίνει την δυνατότητα να καταπολεμήσουμε τον καρκίνο στο αρχικό κιάλας στάδιο.



### ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη ασθενειών με την εφαρμογή μέτρων με τα οποία είναι δυνατόν να αποφύγουμε τις ασθένειες, αποτελεί μορφή ασκήσεως της Ιατρικής Επιστήμης. Όταν όμως δεν είναι δυνατό να αποφύγουμε την ασθένεια, η προληπτική ιατρική περιορίζεται στην εφαρμογή μέτρων για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Αυτό ακριβώς επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της κυτταρολογικής εξετάσεως στην Γυναικολογία, για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα, όπως γνωρίζουμε, αποτελούνται από κακοήθη κύτταρα, τα οποία αναπτύσσονται μεν κατά πρώτον από φυσιολογικά κύτταρα, αλλά όχι από την μια στιγμή στην άλλη. Μεσολαβεί συνήθως μεγάλο χρονικό διάστημα κατά το οποίο φυσιολογικά κύτταρα εξελίσσονται σταδιακά σε κακοήθη κύτταρα. Η εξέλιξη αυτή περιορίζεται στην αρχή μέσα στο επιθήλιο και έτσι έχουμε την ενδοεπιθηλιακή μορφή του καρκίνου. Η διάγνωση από την κυτταρολογική εξέταση ειδικά για τον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανέρχεται σε ποσοστό ανιχνεύσεως σχεδόν 100%, αφ' ενός μεν διότι ο τράχηλος της μήτρας είναι προσιτός στην λήψη επιχρισμάτων, αφ' ετέρου δε διότι παρατηρείται συνήθως έντονος κυτταρική αποφολίδωση.

Η εφαρμογή της κυτταρολογικής εξετάσεως πρέπει να γίνεται συλλογικώς και να αφορά όσο το δυνατό μεγαλύτερη τμήμα του γυναικείου πληθυσμού, ηλικίας άνω των 20 ετών.

Παρακάτω, παρουσιάζω την κατάσταση που επικρατεί διεθνώς ως προς την εφαρμογή του κυτταρολογικού ελέγχου και την δυνατότητα που υπάρχει για περαιτέρω επέκταση της έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην χώρα

μας.

Στον πίνακα υπ' αριθμό 1 αναγράφονται οι εκατοστιαίες αναλογίες γυναικών, ηλικίας άνω των 25 ετών οι οποίες υποβλήθησαν σε κυτταρολογική εξέταση σε 14 Ευρωπαϊκά Κράτη, κατά το έτος 1973. Αναφέρονται αριθμητικώς οι κατά έτος κυτταρολογικές εξετάσεις που έγιναν, και το σύνολο του πληθυσμού σε εκατομμύρια.

Τα ποσοστά εφαρμογής της κυτταρολογικής εξέτασης κυμαίνονται από 1,9% στην Ισπανία μέχρι 28,2% στην Σουηδία.

Στον πίνακα υπ' αριθμ. 2 βλέπουμε ότι στις Η.Π.Α. κατά το έτος 1974, στις 70.300.000 γυναίκες ηλικίας άνω των 20%, ένα 25% δηλ. 17.575.000 γυναίκες υποβλήθηκαν σε περιοδική κατ'έτος εξέταση, ένα 65% δηλ. 45.695.000 δεν υποβλήθηκαν σε περιοδική εξέταση, αλλά γνωρίζουν το <<PAP TEST>> και τέλος ένα 10% δηλ. 7.030.000 αγνοούν την εξέταση κατά Παπανικολάου.

Στην αμερική το 1974 είχαμε 59.000 περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, από τις οποίες οι 19.000 ήταν διηθητικής μορφής και οι υπόλοιπες 40.000 ενδεπιθηλιακής μορφής. Η σχέση δηλ. διηθητικού και ενδεπιθηλιακού καρκίνου είναι μία σχέση 1 προς 2.

Η εφαρμογή του κυτταρολογικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κατά το έτος 1974 στην χώρα μας παρουσιάζεται στον πίνακα υπ' αριθ.3

Από τον γυναικείο πληθυσμό άνω των 20 ετών που ανέρχεται στο ποσό των 3.103.000, μόνο 24.310 υποβλήθηκαν σε κυτταρολογικές εξετάσεις.

Αναλυτικότερα:

Από το Κρατικό Πρόγραμμα αντικαρκινικού Αγώνα	6.500
Από τα Κυτ/κά Εργαστήρια των Κρατικών Νοσοκομείων	9.900
Από τα Κυτ/κά Εργαστ. των μη Κρατικών Νοσοκομείων	<u>7.910</u>
ΣΥΝΟΛΟ	24.310

Οι εξετάσεις που έγιναν από ιδιωτική πρωτοβουλία, ή στο Ι.Κ.Α. κλπ, δεν είναι δυνατό να προσδιορισθούν, υπολογίζεται πάντως ότι δεν υπερβαίνουν τις 30.000 κατ'έτος.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το ποσοστό της εφαρμογής της κυτταρολογικής εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κυμαίνεται μεταξύ 1 και 2%.

Η σχέση μεταξύ διηθητικού και ενδεπιθηλιακού καρκίνου υπολογίζεται σε 5 προς 1 δηλ. ποσοστό διηθητικού καρκίνου δεκαπλάσιο του παρατηρούμενου στις Η.Π.Α.

Πίνακας 1: Εκατοστιαία αναλογία γυναικών ηλικίας άνω των 25 ετών που υποβλήθηκαν στην κυτταρολογική εξέταση σε 14 Ευρωπαϊκά Κράτη κατά το έτος 1973

α/α	Κράτος	Πληθ.σε εκατομ.	Κυτ/κές εξετ. κατά έτος	%
1.	Αγγλία και Ουαλία	49.0	2.0 εκατ.	12,2
2.	Αυστρία	7.5	500.000	20,0
3.	Γερμανία Ανατ.	17.0	500.000	8,8
4.	Γερμανία Δυτ.	61.7	5.5 εκατ.	26,8
5.	Γιουγκοσλαβία	20.8	450.000	6,5
6.	Δανία	5.0	300.000	18,1
7.	Ισπανία	34.5	200.000	1,9
8.	Ιταλία	54.3	500.000	2,8

9. Νορβηγία	3.9	270.000	20,8
10. Ολλανδία	13.3	200.000	4,5
11. Οουγγαρία	10.4	150.000	4,3
12. Πολωνία	33.0	475.000	4,3
13. Σουηδία	8.1	760.000	28,2
14. Ολλανδία	4.7	350.000	22,9

Πίνακας 2: Εφαρμογή κυτταρολογικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις Η.Π.Α. κατά το έτος 1974

---

Γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών	70.500.000	
Γυναίκες υποβλ.σε εξέταση κατά έτος	17.575.000	ποσοστό 25%
Γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν αλλά γνωρίζουν το <<PAP TEST>>	45.695.000	ποσοστό 65%
<u>Αγνοούν την εξέταση κατά Παπανικολάου</u>	<u>7.030.000</u>	<u>ποσοστό 10%</u>

Αναμενόμενες περιπτώσεις καρκίνου

του τραχήλου της μήτρας 59.000

Από αυτές: διηθητικής μορφής 19.000

ενδοεπιθηλιακής μορφής 40.000

Σχέση διηθητικού προς ενδοεπιθηλιακού καρκίνου: 1 προς 2

Πίνακας 3: Εφαρμογή κυτταρολογικού ελέγχου για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη χώρας μας κατά το έτος 1974

---

Γυναικολογικός πληθυσμός άνω των 20 ετών:	3.163.000
Γενόμενες κυταρ.εξετάσεις το έτος 1974:	
Α. Κρατικό πρόγραμμα αντικαρκινικού αγώνα	6.500
Β. Κρατικά Νοσοκομεία	7.900
Γ. Μη Κρατικά Νοσοκομεία	<u>7.910</u>
	ΣΥΝΟΛΟ
	22.310
<u>Δ. Ιδιωτική πρωτοβουλία κλπ</u>	<u>30.000</u>

---

Ποσοστό εφαρμογής κυτταρολογικής εξέτασης: 1-2%

Σχέση διηθητικού και ενδεπιθηλιακού καρκίνου τραχήλου μήτρας: 5 προς 1

Η πείρα των χωρών στις οποίες εφαρμόζεται ήδη ο προληπτικός και κυτταρολογικός έλεγχος δύναται να βοηθήσει στην οργάνωση της έγκαιρης ανιχνεύσεως του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και στην χώρα μας, γενέτειρα του Γεωργίου Παπανικολάου.

Στην οργάνωση αυτή μπορεί να δώσει πολύτιμες υπηρεσίες η νεοσυσταθείσα Ελληνική Κυτταρολογική Εταιρεία, της οποίας τα μέλη έχουν αποκτήσει πολύτιμη πείρα τόσο στις ελληνικές συνθήκες, όσο και στις εφαρμοζόμενες προηγμένες χώρες του εξωτερικού, μεθόδους και συστήματα.

πρώτο πρόβλημα που παρουσιάζεται στην εφαρμογή της κυτταρολογικής εξέτασης είναι το δυναμικό των εξεταστών.

Εάν υποθεθεί ότι ο απαιτούμενος για μια κυτταρολογική

εξέταση χρόνος μικροσκοπήσεως είναι κατά μέσο όρο 10° για την εφαρμογή κυτταρολογικού ελέγχου σε 3.000.000 γυναίκες απαιτούνται 500 περίπου εξεταστές μικροσκοπούντες καθημερινώς επί τρίωρο.

Στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα 42 γιατροί κυτταρολόγοι, από τους οποίους μόνο 20 είναι διορισμένοι σε Νοσοκομεία ως κυτταρολόγοι.

Απαιτείται λοιπόν προηγουμένως αύξηση του αριθμού των ιατρών κυτταρολόγων, δραστηριοποίηση των ήδη υπαρχόντων, δημιουργία περισσότερων θέσεων στα εργαστήρια που υπάρχουν και ίδρυση κυτταρολογικών εργαστηρίων σε όλα τα Νοσοκομεία.

Ακόμα εκτός από τους ιατρούς κυτταρολόγους απαιτούνται και κυτταροτεχνικοί οι οποίοι μετά από καθοδήγηση και ευθύνη των κυτταρολόγων ιατρών θα εξετάσουν τα επιχρίσματα.

Στις Η.Π.Α. λειτουργούν περισσότερες από 100 Σχολές Κυτταροτεχνικών, μονοετούς φοιτήσεως.

Στην Ευρώπη, χώρες οι οποίες δεν διαθέτουν κυτταροτεχνικούς είναι ακριβώς εκείνες, όπου το πρόγραμμα προλήψεως του καρκίνου είναι σχεδόν ανύπαρκτο.

Απαραίτητος επίσης παράγοντας για την επιτυχία του κυτταρολογικού ελέγχου είναι η εκπαίδευση των κλινικών ιατρών και ιδίως των γυναικολόγων ως προς την λήψη επιχρισμάτων, των οποίων πρέπει να γίνει συνείδηση η εφαρμογή της κυτταρολογικής εξετάσεως συγχρόνως προς την γυναικολογική εξέταση.

Εφόσον εκπληρωθούν τα παραπάνω μόνο τότε απαιτείται η διαφώτιση του κοινού, δια μέσου όλων των μέσων ενημερώσεως. Η ευθύνη μιας αρνητικής κυτταρολογικής εξετάσεως είναι μεγά-

λη. Είναι προτιμότερο να μην ελεγχθεί κυτταρολογικά ο γυναικείος πληθυσμός, παρά να δοθούν ψευδώς αρνητικές απαντήσεις και να κλονισθεί η εμπιστοσύνη στην κυτταρολογία από την κακή οργάνωση.

Τέλος, για τον κυτταρολογικό έλεγχο δεν απαιτούνται μεγάλα χρηματικά ποσά, αλλά μόνο μικροσκόπια και ανθρώπους με υπευθυνότητα και συντονισμένη πείρα.

### ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ

#### ΚΑΡΚΙΝΟ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν σαν σκοπό την αποφυγή ενάρξεων των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο (π.χ. διακοπή καπνίσματος). Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατό προτιμότερο στάδιο (π.χ. <<PAP TEST>> για την διάγνωση του καρκίνου της μήτρας).

Η προληπτική εξέταση για τον καρκίνο πειραλαμβάνει τη λήψη από γιατρό πλήρους ιστορικού, σχολαστική κλινική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις. Στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης καταβάλλεται συστηματική προσπάθεια για τη διαφώτιση του εξεταζομένου σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν την υγεία του και ποιά είναι τα δυνατά μέτρα προφύλαξης. Ο εξεταζόμενος ενθαρρύνεται να συμμετέχει ενεργητικά στην προσπά-

θεια διατήρησης της καλής υγείας και ανασκοπεί μαζί με το γιατρό το ιστορικό του, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων.

#### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ:

στην Ελλάδα γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου. Ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα και ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνά οινοπνευματώδη ποτά, ορισμένες παράμετροι της διατροφής και η υπερϊώδης ακτινοβολία.

Ριζική ανειμετώπιση της καπνισματικής επιδημίας θα αποτελούσε η σταθερή αποφυγή του καπνίσματος για όσους δεν καπνίζουν και η απόλυτη και συνεπής διακοπή της συνήθειας για όσους καπνίζουν. Αν αποτύχουν τα ριζικά μέτρα είναι τουλάχιστο σκόπιμο να γνωρίζουν οι καπνιστές και οι υπεύθυνοι για το χειρισμό του προβλήματος, τις παραμέτρους του καπνίσματος που μεγαλώνουν τους κινδύνους.

Στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της καταναλώσεως θερμίδων, κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωικής προέλευσης καπνισμάτων και υπεραλατισμένων τροφίμων, καφέ, πυκνών οινοπνευματωδών ποτών και αντίθετα η αύξηση της καταναλώσεως φρούτων και λαχανικών πιστεύεται ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την μείωση κακοήθων νεοπλασιών.

Τέλος αποδοτικά αποτελέσματα για την πρωτογενή πρόληψη επιφέρουν ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β, ο περιορισμός της εκθέσεως σε ιονίζουσες και υπερϊώδεις ακτινοβολίες, η μείωση της ατμοσφαιρικής ρυπάνσεως.



### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ

Μολονότι είναι χρήσιμη η δευτερογενής πρόληψη είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι γενικά πιστεύεται. Υπάρχουν τρεις λόγοι που οδηγούν σε πλασματική υπερεκτίμηση της χρησιμότητας της δευτερογενούς προλήψεως, ακόμα και όταν αυτή δεν είναι καθόλου αποτελεσματική. 1) Επειδή με τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιταχύνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι παρατείνεται η διάρκεια της νόσου ακόμα και όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτο γεγονός. 2) Στον προσυμπτωματικό έλεγχο διαπιστώνονται συχνότερα οι περιπτώσεις που εξελίσσονται αργά παρά εκείνες που εξελίσσονται γρήγορα. 3) Στον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να συνεκτιμηθούν ως «κακοήθεις» νεοπλασίες, «ορο-πλασματικές» καταστάσεις διευκρίνωσης φύσεως και καλοήστερης προγνώσεως από τις αντίστοιχες νεοπλασματικές καταστάσεις.

Μέτρα δευτερογενούς προλήψεως για τον καρκίνο της μήτρας αποτελεί η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου. Συνίσταται να γίνεται κάθε τρία έτη μετά το 20ο έτος της ζωής και γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40ο έτος ή κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής.

Δεν θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στην τεχνική, με την οποία γίνεται το τεστ Παπανικολάου (TEST PAP) γιατί έχει προαναφερθεί, αλλά θέλουμε να τονιστεί και πάλι ότι η συμβολή της κυτταρολογίας για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας είναι τεράστια και αναμφισβήτητη.

### ΤΡΟΠΟΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα στις προληπτικές εξετάσεις για ανεύρεση του καρκίνου είναι η ψυχολογική αντίσταση του κοινού. Σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε πρόσφατα, ο χρόνος που περνά από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι την προσέλευση σε γιατρό για εξετάσεις είναι σήμερα το ίδιο όπως και πριν 30 χρόνια. Προφανώς κάτι δεν πηγαίνει καλά με την εκπαίδευση του κοινού. Άλλωστε και σήμερα, όπως και πριν, τα 3/4 των αρρώστων που προσέρχονται για πρώτη φορά για εξετάσεις για καρκίνο, έχουν κιόλας απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ο καρκίνος εξακολουθεί να είναι μια από τις μεγαλύτερες αιτίες νοσηρότητας στον κόσμο. Κάθε άνθρωπος έχει μια στις τέσσερις περιπτώσεις να αναπτύξει ένα είδος καρκίνου στην ηλικία του, και παρά τις θεαματικές προσόδους της διαγνωστικής και θεραπευτικής, κύρια ελπίδα μας παραμένει η πρόληψη και η πρόιμη διάγνωση. Είναι τελείως λανθασμένη η αντίληψη ότι η αντιμετώπιση και η θεραπεία του καρκίνου είναι αποκλειστικά υπόθεση ειδικών γιατρών και οργανωμένων αντικαρκινικών κέντρων. Ο ρόλος του ειδικού γιατρού και πολύ περισσότερο του αντικαρκινικού νοσοκομείου, αρχίζει συνήθως σε μια φάση της αρρώστειας, όπου είναι πλέον πολύ αργά για την ίαση, η δε θεραπεία αποτελεί πολλές φορές πολυδάπανη και άσκοπη ενέργεια. Και αυτό συμβάλνει, γιατί ο ασθενής παραμελεί ή έστω αγνοεί τα αρχικά στάδια της αρρώστειας του με αποτέλεσμα να γίνεται η διάγνωση όταν τα συμπτώματα έχουν προχωρήσει σε βαθμό που να δυσκολεύουν τη ζωή του ασθενή.

Όλοι γνωρίζουμε, ότι η πρόιμη διάγνωση είναι ο κυριότερος παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ίαση του ασθενούς, ή έστω στην καλύτερη και μακρότερη επιβίωσή του. Πως όμως περιμένουμε να έχουμε μια πρόιμη διάγνωση, που θα μας βοηθήσει, όταν η διαφώτιση του κοινού είναι μηδέν, και όταν ο καρκίνος είναι μια αρρώστεια που φοβίζεται διότι δεν υπάρχει ενημέρωση πάνω σ' αυτόν;

Για να πετύχουμε λοιπόν την πρόιμη διάγνωση θα πρέπει κατά πρώτον να διαφωτίσομε το κοινό, και κατά δεύτερο να ενημερώσομε και να ευαισθητοποιήσομε τους γιατρούς στο θέμα του καρκίνου. Και εννοούμε φυσικά εκείνους τους γιατρούς που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον πληθυσμό σε ανύποπτο χρόνο ως προς την εκδήλωση της νόσου. Τέτοιοι γιατροί, είναι ο αγροτικός γιατρός στα χωριά και στις μικρές πόλεις, ο γενικός γιατρός ή οσπαθολόγος στις επαρχιακές πόλεις και ο γενικός παθολόγος, παιδίατρος, γυναικολόγος στις συνοικίες των μεγαλύτερων πόλεων.

Είναι τόσα πολλά τα περιστατικά των παραμελημένων περιπτώσεων που έρχονται από τις επαρχίες ή συνοικίες σε απελπιστικά προχωρημένη κατάσταση, που πρέπει να συνειδητοποιηθεί πλέον από όλους ότι ο αγροτικός και ο γενικός γιατρός της επαρχίας είναι οι κατ'εξοχήν αντικαρκινικοί γιατροί.

Είπαμε παραπάνω, ότι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση εξαρτώνται από τη διαφώτιση του κοινού πρώτον και από την ευαισθητοποίηση του γιατρού δεύτερον. Η διαφώτιση που γίνεται σήμερα στο κοινό, δηλ. μέσα από τα κρατικά μέσα ενημέρωσης και τις εφημερίδες, μέσα από ένα πόστερ -έστω και καλόγουστο- κρεμασμένο στο αγροτικό ιατρείο ή στον Υγιειο-

μικρό σταθμό ή μέρα από μια σοβαρή εκπομπή στην τηλεόραση ή από ένα άρθρο σε μια <<σοβαρή>> εφημερίδα, εύκολα παραβλέπεται, από το πολύ κοινό, το οποίο συνεχίζει να ζει στην άγνοια της νόσου και να μεγαλώνει συνεχώς ο φόβος του. Αντίθετα όμως, πολύ θαεπηρεάσει μια ζεστή συζήτηση, μια φιλική ενημέρωση, οι προσωπικές παρατηρήσεις και συμβουλές.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι η διαφώτιση είναι στα χέρια του ειδικού γιατρού, ο οποίος είναι ο ηγέτης του αντικαρκινικού αγώνα. Δεν χρειάζεται βέβαια, οι αγροτικοί ιατροί να γίνουν ιεραπόστολοι, αλλά να γίνουν φορείς αυτής της αλήθειας, και να βοηθήσουν το κοινό να μάθει ότι ο καρκίνος είναι μια αρρώστια σαν τις άλλες που προλαμβάνεται σε μεγάλο βαθμό αν τηρήσουμε ορισμένους κανόνες υγιεινής και επέρχεται ίαση αν διαγνωσθεί έγκαιρα. Ακόμα και όταν η διάγνωση δεν βοηθά σε προχωρημένες περιπτώσεις, η θεραπευτική αγωγή εξασφαλίζει επιμήκυνση της ζωής και βελτίωση της ποιότητάς της. Για να γίνει όμως αυτό, θα πρέπει πρώτα παό όλους οι ίδιοι οι γιατροί να το πιστέψουν και να απαλλαγούν από τα τυχόν συμπλέγματα αγνοίας, αναρμοδιότητας ή αδιαφορίας που μερικοί έχουν απέναντι στον καρκίνο. Θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν, ότι ο ρόλος τους ως προς την υγεία του κοινού, δεν είναι καθόλου δευτερεύον, αλλά αντίθετα πολύ σπουδαιότερος από τους κατοχυρωμένους γιατρούς των μεγάλων νοσοκομείων. Επομένως, και οι υποχρεώσεις τους απέναντι στο κοινό είναι μεγάλες.

Επίσης θα πρέπει να πιστέψουν, ότι ο καρκίνος δεν είναι μια υπερφυσική αρρώστια, και ο καρκινοπαθής είναι ένας άρρωστος σαν όλους τους άλλους που δεν πρέπει να τον χαρακτηρίσουμε σαν <<ξεγραμμένο>>. Έχει ανάγκη από τη συμπαράσταση

και τη βοήθειά μας. Ακόμα και αν η περίπτωση του κριθεί απελπιστική, έχουμε δικαίωμα να δώσουμε ποιότητα στο υπόλοιπο της ζωής του, που μπορεί να του εξασφαλίσει η σύγχρονη ιατρική.

Ο ασθενής τώρα, μετά από κάποια αντικαρκινική διαφώτιση που θα του γίνει, θα πρέπει να προσέλθει αμέσως στο γιατρό του άμα εμφανίσει τα πρώτα ενοχλήματα ή υσμπτώματα.

Τι θα πρέπει να γνωρίζει το κοινό γενικά για τον καρκίνο:

1. Ο καρκίνος δεν είναι πάντοτε επώδυνος. Αυτή η έλλειψη αλγυνών συμπτωμάτων αποτελεί τον κίνδυνο να μην αναγνωρίζεται η νόσος όταν αυτή είναι ιάσιμη.
2. Ο καρκίνος δεν είναι πάθηση υποχρεωτικώς απύρετος, όπως έχουμε για παράδειγμα σε περιπτώσεις καρκίνου των νεφρών, του πνεύμονα, που συνοδεύονται συχνά από πυρετό.
3. Ο καρκίνος δεν είναι νόσος αποκλειστικά των υπερηλίκων, μπορεί να εμφανιστεί και στους νέους, αν όχι και στα πολύ νέα παιδιά.
4. Δεν αποτελεί νόσο ανίατο ο καρκίνος. Θεραπεύεται όταν διαγνωσθεί πρώιμα και όταν υποβληθεί έγκαιρα στην κατάλληλη θεραπεία.
5. Το κοινό πρέπει να διαφωτισθεί κατάλληλα και να αποβάλλει τον φόβο για τον καρκίνο, να πληροφορηθεί ότι ο καρκίνος κατά το αρχικό στάδιό του θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία δια μέσου του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας, κυκλοφόρησε προς το κοινό τις επόμενες οδηγίες για τον καρκίνο:

Υποπτα σημεία που μπορεί να είναι καρκίνος

- Ένα σπυρί ή πληγή που δεν θεραπεύεται γρήγορα
- Ένα σβωλαράκι ή σκλήρυνση στο στήθος
- Μια αιμορραγία από την θηλή
- Μια ασυνήθιστη και επαναλαμβανόμενη αιμορραγία από τη μήτρα
- Αιμορραγία από το έντερο
- Αλλαγή στην καθημερινή λειτουργία των εντέρων η οποία κρατά περισσότερο από μήνα
- Αίμα στα ούρα
- Συνεχώς αδυνάτισμα και ανορεξία για το φαγητό
- Επίμονος βραχνάδα και βήχας που κρατά περισσότερο από μήνα
- Δυσκολία στην κατάποση των τροφών
- Κάθε κρεατοελιά που αλλάζει ξαφνικά χρώμα και μέγεθος.

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Δυστυχώς τα προγράμματα ενημέρωσης του κοινού αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες οι οποίες δυσχεραίνουν την επιτυχία τους. Αυτές οι δυσκολίες είναι οι ακόλουθες:

- 1) Υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων της αγωγής υγείας.
- 2) Χαμηλή προτεραιότητα στους εθνικούς προϋπολογισμούς με συνέπεια ανεπαρκή κρατική φροντίδα για την αγωγή υγείας
- 3) Κατάτμηση των υπηρεσιών αγωγής υγείας και έλλειψη συντονισμού των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται.
- 4) Έλλειψη ενεργού συμμετοχής στο σχεδιασμό της αγωγής υγείας των πραγματικά ενδιαφερομένων, δηλ. των εκπαιδευόμενων
- 5) Έλλειψη ανταποκρίσεως του περιεχομένου της αγωγής υγείας στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των εκπαιδευομένων όπως αυτά διαμορφώνονται σύμφωνα με την ηλικία και το περιβάλλον στο οποίο ζουν.
- 6) Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και ανθρώπινων πόρων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η στατιστική παρατήρηση απέδειξε, ότι μέχρι 25% των περιπτώσεων και των θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα πρωτογενούς προλήψεως, ενώ άλλα 5% των θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου και δευτερογενούς προλήψεως. Κατά συνέπεια οι καρκίνοι όχι μόνο μπορούν να θεραπευθούν σε σημαντικό ποσοστό, αλλά μπορούν και να προληφθούν σε ποσοστό εξίσου σημαντικό. Μολονότι τα στοιχεία αυτά δεν είναι όλα αξιόπιστα και προέρχονται από έρευνες που δεν είναι πάντοτε μεθολογικά άψογες, διαγράφουν εντούτοις καθαρά ένα βασικό μήνυμα -ο καρκίνος που μέχρι πριν από λίγα χρόνια εθεωρείτο ένα «μοιραίο» και σχεδόν αθεράπευτο νόσημα, στην πραγματικότητα ενώ δεν είναι αναπόφευκτος δεν είναι όμως και ακατανίκητος.



### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πριν τελειώσουμε την εργασία μας θα θέλαμε λίγο να αναφερθούμε στην σχέση της Νοσηλεύτριας-τη με την ασθενή που πάσχει από γυναικολογικό καρκίνο.

Είναι γεγονός ότι:

Παρ'όλες τις προσπάθειες για την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία, η αρρώστεια αυτή αγγίζει συνεχώς και σε μεγαλύτερο βαθμό την καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Αυτή η σταθερή αύξηση σε συχνότητα σημαίνει ότι, στο προσεχές μέλλον η Νοσηλεύτρια-της θα φροντίζει κι ένα μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με καρκίνο που θα παραμένουν για περισσότερο διάστημα στη δική της φροντίδα.

Είναι ουσιώδες να γνωρίζει η Νοσηλεύτρια-της την επίδραση που έχει η ασθένεια και η θεραπεία στον άρρωστο και την οικογένειά του. Τότε μόνον η πρακτική δεξιότητά της (του), μαζί και οι καλές διαπροσωπικές της-του σχέσεις, θα προλάβουν, θα ελαττώσουν και θα θεραπεύσουν προβλήματα.

Το πρώτο βήμα για να συνεργασθεί η Νοσηλεύτρια-της με τον άρρωστο είναι να γνωρίζει πως αισθάνεται ο ίδιος για την αρρώστεια του. Οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο στην ικανότητα του αρρώστου να δεχθεί και να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις επιπλοκές της.

Σε κάθε φάση αυτής της εμπειρίας ο άρρωστος καλείται να κάνει μεγάλες προσαρμογές στον τρόπο που σκέπτεται, για τον εαυτό του, τη διάγνωση, τη θεραπεία, το μέλλον του.

Η Νοσηλεύτρια-της θα προσφέρει βοήθεια, την δύσκολη αυτή περίοδο της προσαρμογής, όταν βλέπει τον άρρωστο σαν ενι-

αία ψυχοσωματική ενότητα.

Είναι λάθος να επικεντρώνεται η προσοχή της-του μόνο στην πάθηση και να παραβλέπονται οι άλλες λειτουργίες και οι σωματικές και οι ψυχολογικές και κοινωνικές. Πρέπει επίσης να μεταδώσει την αισιοδοξία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της χωρίς να υπερεκτιμά ή να υποτιμά την υπάρχουσα κατάσταση.

Πολλά αισιόδοξα μηνύματα έχουν δοθεί για την πρόγνωση της νόσου αυτής, όπως αυτό του LUND <<Ο επιτάφιος για τον καρκίνο του τραχήλου και του σώματος της μήτρας έχει γραφτεί. Οι μέθοδοι, οι εμπειρίες και οι τεχνικές δυνατότητές μας, είναι σε θέση να τον καταστρέψουν. Η ημερομηνία του θανάτου του θα γραφτεί από τους γιατρούς και τις ασθενείς τους>>.