

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ>>

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Διδακτ. ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

- 1.
- 2.
- 3.



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 10-9-1991

ΑΡΙΘΜΟΣ	4679'
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

- Μέσα από την εργασία μου αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που με βοήθησαν με τη συμβολή τους και την ενθάρρυνσή τους στο δύσκολο έργο της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

- Ευχαριστώ θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια για την συγγραφή της εργασίας αυτής δ.Νάνου Κυριακή, που με τις συμβουλές της και τις γνώσεις της με βοήθησε σημαντικά για τη σύνταξη της εργασίας μου.

- Επίσης την ευχαριστώ για την ηθική συμπαράστασή της καθ'όλη την διάρκεια της φοίτησής μου.

- Ευχαριστώ θερμά τον κ.Καρνάρη Ανδρέα, Καθηγητή Τ.Ε.Ι. του Τμήματος Νοσηλευτικής για τις πάσης φύσεως γνώσεις και συμβουλές του που με βοήθησαν σημαντικά για την ολοκλήρωση της εργασίας μου.

- Θέλω επίσης να ευχαριστήσω την κ.Παπαδημητρίου Μαρία, Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. του Τμήματος Νοσηλευτικής, που με το άριστο μάθημά της με επηρέασε βαθειά στους στόχους μου και τα καθήκοντά μου σαν Νοσηλεύτρια.

- Τέλος θέλω να ευχαριστήσω όλο το Διδακτικό Προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής Τ.Ε.Ι. Πατρών που κουράζεται και μοχθεί να εκπαιδεύσει νέους καταρτισμένους και ευσυνείδητους νοσηλευτές, για να υπηρετούν με αγάπη και ζήλο το λειτούργημα της Νοσηλευτικής.

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Στους γονείς μου που με την αγάπη, την κατανόηση, την ηθική συμπαράσταση και τις συμβουλές τους με βοήθησαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μου.

Σε όλους τους σπουδαστές, που άφοβα με τάση προσφοράς του εαυτού τους και αγάπη για τον άνθρωπο, απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο και υπηρετούν το λειτούργημα της Νοσηλευτικής.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	V
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	VI
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'</u>	
<u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ</u>	1
A.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	1
B.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	3
Γ.ΙΣΤΟΓΕΝΕΣΗ ΤΩΝ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	5
<u>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</u>	6
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'</u>	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΑΙΤΙΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	8
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	9
ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ	10
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	11
ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	15
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	19
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	22
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	31
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'</u>	
ΟΡΙΣΜΟΣ	32
ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	32
ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	35

	Σελίδα
ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ	38
ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΣΗ	39
ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΙΝΟΜΥΩΜΑ	40
ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</u>	43
-ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	43
Α.ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	43
Β.ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	49
Γ.ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	49
-ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	52
-ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	54
-ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΙΝΟΜΥΩΜΑ	62
-ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	63
-ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	65
<u>ΕΡΕΥΝΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>	76
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α- ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ</u>	78
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	80
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	81

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σκοπός της εργασίας μου αυτής είναι να θέσω τα προβλήματα και τις ειδικές ανάγκες των ασθενών γυναικών που έχουν ινομυώματα μήτρας.

Επίσης να δοθούν πληροφορίες για τα ενδεικνυόμενα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων και την ανακούφιση του πόνου της αρρώστου.

Επιλογή για το θέμα της εργασίας μου αυτής στάθηκε η ανάγκη των αρρώστων αυτών για ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου που έχει ινομύωμα.

Αποσκοπεί επίσης η μελέτη αυτή να δώσει πληροφορίες στο κοινό για πρόληψη της ανάπτυξης του ινομυώματος Μήτρας και να ευαισθητοποιήσει τα άτομα στην προσπάθεια κατά του Ινομυώματος.

Στο τέλος της εργασίας μου παραθέτω στατιστικά στοιχεία από την έρευνα που πραγματοποίησα με σκοπό να συλλέξω στοιχεία γύρω από τη συχνότητα και εντοπισμό των ινομυωμάτων μήτρας και της εκτέλεσης της υστερεκτομίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρ' όλη την επιστημονική και τεχνική πρόοδο του ανθρώπου στον αιώνα μας, δεν έγινε δυνατή μία ικανοποιητική θεραπεία κατά του ινομύωματος.

Τα ινομύωματα είναι τα συχνότερα καλοήγη νεοπλασμάτα της γυναίκας, τα οποία δημιουργούν μεγάλο ψυχικό πόνο και οικονομικά προβλήματα σε άρρωστες και κοινωνίες.

Από στατιστικά στοιχεία του 1979, το ποσοστό των γυναικών που είχαν ινομύωμα Μήτρας ήταν μικρό μέχρι το 1980, ενώ μετά το 1981 το ποσοστό αυξήθηκε πάρα πολύ. Μια στις τέσσερις γυναίκες δυνατόν να έχει ινομυωματώδη όγκο. Ελάχιστα άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από ινομύωμα μήτρας και σε μικρότερο ακόμη αριθμό γυναικών το ινομύωμα υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Τα ινομύωματα μήτρας αναπτύσσονται βραδέως και συχνά παίρνουν μεγάλες διαστάσεις. Ο αριθμός τους, τις περισσότερες φορές είναι μεγάλος και σπάνια είναι μονήρη. Παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα ηλικίας 25-45 χρονών.

Όσο αφορά το αν είναι παντρεμένες ή όχι μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν στις παντρεμένες, 3:1 μεταξύ της 4ης και 5ης δεκαετίας της ζωής της γυναίκας. Αν και τα περισσότερα ινομύωματα δεν δίνουν συμπτωματολογία το 60% από τις πνευλικές λαπαροτομίες γίνεται εξαιτίας τους.

Εμφανίζονται ως καλά περιγεγραμμένοι αλλά χωρίς κάψα καλοήγη όγκοι της μήτρας, που αποτελούνται από μαλακό μυϊκό ιστό με λύγες μενώδεις ίνες.

Η επιστήμη εργάζεται πυρετωδώς γύρω από την ινομυω-

ματολογία και την γενική αιτιολογία του ινομυώματος, την βιολογική συμπεριφορά των ινομυωματολογικών κυττάρων και την θεραπευτική αγωγή, αλλά το θέμα δεν έχει φωτισθεί πλήρως.

Ας ελπίσουμε όμως ότι θα φωτισθεί το πρόβλημα αυτό και θα νικήσει η επιστήμη και η γνώση του ανθρώπου. Αρκεί μόνο να σκεφτούμε με αισιοδοξία το μέλλον, στηριζόμενοι στα μεγάλα βήματα προόδου που σημειώνονται με την επιστήμη στον τομέα της έρευνας και ιατρικής επιστήμης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα του θήλεως αποτελείται από:

- α) Τους δύο γεννητικούς αδένες, τις ωοθήκες που παράγουν τα ωάρια.
- β) Τους δύο αγωγούς ή σάλπιγγες
- γ) Τον κολεό, και
- ε) Το αιδοίο.

Οι ωοθήκες, οι αγωγοί, μήτρα και ο κολεός αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα και βρίσκονται μέσα στην μικρή πύελο, ενώ το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο.

Οι ωοθήκες είναι τα όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα του θήλεως δηλ. τα ωάρια καθώς επίσης και τις ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Η ωοθήκη μοιάζει με αμύγδαλο.

Οι ωοθήκες περιβάλλονται από λεπτή ενώδη κάψα.

Η ωοθήκη εμφανίζει μία εξωτερική ζώνη που λέγεται φλοιώδης ουσία και εσωτερική ζώνη που λέγεται μυελώδης ουσία.

Κατά την γέννηση υπάρχουν περίπου 700.000 αρχέγονα ωοθηλάκια και στις δύο ωοθήκες. Αυτά ελαττώνονται με την πάροδο των ετών.

Οι αγωγοί ή σάλπιγγες είναι δύο μυώδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ. οι οποίοι εκτείνονται από την περιοχή της ωοθήκης ως την μήτρα. Το ελεύθερο άκρο του αγωγού είναι ανευρισμένο σαν χωνί και βρίσκεται κοντά στην ωοθήκη. Λέγεται

κώδων ή χοάνη και είναι ανοικτό προς την πυελική κοιλότητα. Το τοίχωμά του αποσχίζεται σε 12 με 15 λωρίδες, τους κροσσούς, που περιβάλουν την ωσθήκη όπως τα δάκτυλα του ενός χεριού την πυγμή του άλλου.

Η λύκυνθος είναι η μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του ωαγωγού. Ο ισθμός είναι το στενότερό του τμήμα και εκτείνεται από την μήτρα ως το έσω πέρας της ληκύνθου. Η μητριαία μοίρα του ωαγωγού είναι το τμήμα εκείνο που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στην μικρή πύελο. Μοιάζει με αναστραμμένο αχλάδι και έχει μήκος περίπου 8 εκ. πλάτος περίπου 5 εκ. και πάχος περίπου 2 εκ.

Ανατομικά διαιρείται σε: πυθμένα

σώμα, και

τράχηλο

Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου ωαγωγών στην μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος εκείνο της μήτρας, που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των ωαγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται με τον τράχηλο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προβάλλει μέσα στον κολεό. Ο τράχηλος διαιρείται σε:

-υπεριολεϊκό, και

-ένα ενδοκολεϊκό μέρος.

Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι τριγωνική. Η κοιλότητα του τραχήλου είναι ατρακτοειδής και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος με το έσω στόμιο της μήτρας.

Η μόνη λειτουργία της μήτρας είναι ανάπτυξη του εμβρύου μέσα σε αυτά.

Ο κολεός είναι ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα άνω και πίσω. Έχει μήκος περίπου 8 εκ. και ο επιμήκης άξονάς του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκοιλιακό μέρος του τραχήλου χωρίζεται σε 4 μούρες ή θόλους:

-ένα πρόσθιο

-ένα οπίσθιο, και

-2 πλαγίους θόλους.

B. ANATOMIA ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΜΗΤΡΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και στην γυναίκα που γέννησε 70 γραμ. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος 2 εκ. και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου. Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: -το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, και -το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός. Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται.

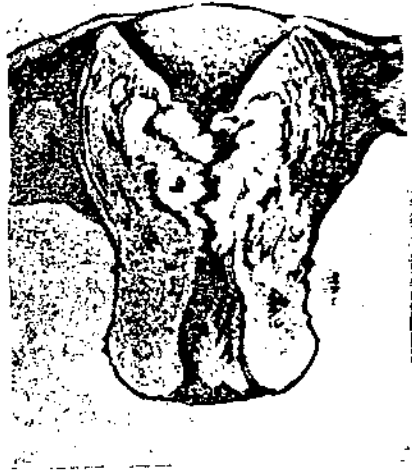
Σώμα μήτρας: Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περιλαμβάνει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται πάντοτε από γραμμή, που ενώνει

τα δύο σημεία εισόδου των σαλπίγγων, λέγεται πυθμένας.

Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στη μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με την βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται κέρας της μήτρας. Φυσιολογικό το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν.

Θέση: Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό, και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι ώστε η οπίσθια επιφάνειά της να έρχεται προς τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω. Όταν η μήτρα βρίσκεται στην φυσιολογική της θέση, το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή, που ενώνει τις λοχιακές άκρες της οστέϊνης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή, που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με τον τέταρτο λερό σπόνδυλο. Η φορά του τράχηλου είναι ανάλογη με τη θέση της μήτρας. Έτσι, ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου, και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίσθιο κοιλιακό θόλο. (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση της μήτρας.

Γ. ΙΣΤΟΓΕΝΕΣΗ ΤΩΝ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ

Αν και τα ινομυώματα είναι πολύ συχνά, η προέλευση και η ανάπτυξή τους δεν είναι ξεκαθαρισμένη. Οι όγκοι αναμφίβολα ξεκινούν από το μαλακό μυϊκό ιστό μέσα στο μυομήτριο. Υποστηρίζεται, ότι δημιουργούνται από υπολείμματα εμβρυϊκών κυττάρων. Υπάρχουν όμως ενδείξεις, ότι οι όγκοι αυτοί ξεκινούν από το μυϊκό ιστό του τοιχώματος των αγγείων του μυομητρίου. Ακόμη υπάρχουν διάφορες θεωρίες, όπως, ότι τα ινομυώματα αναπτύσσονται ως απάντηση στην οιστρογονική επίδραση. Πάντως, οι ενδείξεις για τις παραπάνω θεωρίες δεν είναι απόλυτα τεκμηριωμένες. Γεγονός όμως είναι ότι οι όγκοι αυτοί είναι πιο συχνοί σε ορισμένες οικογένειες ή πιο σημαντική παρατήρηση είναι ότι οι όγκοι κάνουν την εμφάνισή τους συνήθως κατά την αναπαραγωγική ηλικία και υφίστανται συνήθως υποστροφή κατά την εμμηνόπαυση. Η χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών μπορεί να γίνει αίτιο αύξησης του όγκου. Επίσης

τα ιλεομυώματα αυξάνουν σε μέγεθος κατά την διάρκεια της κύησης, που τα οιστρογόνα βρίσκονται σε υψηλές τιμές. Υπάρχουν όμως και ερευνητές, που επιφυλάσσουνται πάνω σε αυτή την άποψη, γιατί η αύξηση των ινομυωμάτων στην κύηση μπορεί να οφείλεται στην υπερβολική αιμάτωση του μυομητρίου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ωοθήκη παριστά το γεννητικό αδένα του θήλεος. Έχει σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου, μήκος περίπου $2\frac{1}{2}$ -5 εκ. και περιέχει χιλιάδες ωάρια. Τα ωάρια αρχίζουν να ωριμάζουν, μεγενθύνονται και είναι γνωστά ως γραφιανά θυλάκια.

Κατά την ωρίμανση των τα ωοθυλάκια μεγενθύνονται και προκαλούν στην επιφάνεια της ωοθήκης σφαιροειδή κύρτωση, η οποία ρήγνυται. Κατά τη ρήξη του ωοθυλακίου παοβάλλεται το ωάριο, το οποίο παραλαμβάνεται από τους αγωγούς και φέρεται προς την μήτρα. Αν το ωάριο συναντήσει σπερματοζωάριο θα επέλθει ένωση και η γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου τα κύτταρα αυτά υφίστανται μία ταχεία αλλαγή. Καθίστανται ωχρά, παραγομένου αυτού του ωχρού σωματίου, το οποίο παράγει έσω έκκριση, επιδρά επί του βλεννογόνου της μήτρας και προετοιμάζουσα αυτή για να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Αν δεν επέλθει γονιμοποίηση, το ωάριο αποθνήσκει και ο βλεννογόνος της μήτρας (το ενδομήτριο), ο οποίος είχε υπερπλασθεί και υπερτραφεύ αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας και εξέρχεται από του κολεού.

Η ροή αυτή του αίματος, το οποίο είναι αναμεμειγμένο

με βλέψη και κύτταρα συμβαίνει κατά κανόνα κάθε 23 ημέρες κατά τη διάρκεια της γεννητικού ζωής της γυναίκας και καλείται έμμηνος ρύσις. Η περίοδος της ροής διαρκεί συνήθως από 4 ως 5 ημέρες κατά τη διάρκεια της οποίας περίπου 50-60 Μ αίματος απόλυνται.

Μετά την παύση της έμμηνου ρύσεως, το ενδομήτριο επανέρχεται σε μία άνεργο κατάσταση, ως ότου προετοιμασθεί εκ νέου από της ωοθυλακορρηξίας. Πιστεύεται ότι η ωοθυλακορρηξία συμβαίνει συνήθως στο μέσο της εμμήνου ρύσεως. Συχνά υπάρχει κάποια φυσική ως επίσης και πνευματική κατάπτωση.

Στις περισσότερες γυναίκες μεταξύ του 45ου και 50ου έτους της ηλικίας αυτών επέρχεται η παύση της εμμήνου ρύσεως. Η περίοδος αυτή καλείται κλιμακτήριος και συνοδεύεται από ατροφία των μαστών και των γεννητικών οργάνων.

Η μήτρα στην γεροντική ηλικία μικραίνει και σκληραίνει. Αν υπήρχαν σ' αυτή μικρά ινομύματα, αυτά συρρικνώνονται. Η αγγείωσή της ελατώνεται και κάποτε η ατροφία της προκαλεί κατάργηση της κοιλότητάς της και της κοιλότητας του τραχήλου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ: Η συχνότητα των ινομυωμάτων δεν είναι ακριβώς καθορισμένη. Πάντως αποτελεί το συχνότερο πυελικό όγκο, και είναι σίγουρο ότι μία στις τέσσερις γυναίκες απάνω από την ηλικία των 35 χρόνων έχει ένα τέτοιο όγκο. Αναπτύσσονται βραδέως μεταξύ των ηλικιών 25-40 και συχνά παίρνουν μεγάλες διαστάσεις.

Το μέγεθός τους ποικίλλει από μερικών γραμμαρίων μέχρι πολλών χιλιογράμμων. Κάποτε, είναι τόσο μεγάλα, ώστε πιάνουν ολόκληρη την περιτοναϊκή κοιλότητα και απωθούν τα άλλα σπλάχνα. Ο αριθμός τους, τις περισσότερες φορές, είναι μεγάλος και σπάνια είναι μονήρη.

Αν και τα περισσότερα ινομυώματα δε δίνουν συμπτωματολογία το 60% από τις πυελικές λαπαροτομίες γίνεται εξαιτίας τους. Η πάθηση είναι πιο συχνή μεταξύ της 4ης και 5ης δεκαετίας της ζωής.

ΑΙΤΙΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ

Όπως όλων των νεοπλασμάτων έτσι και των ινομυωμάτων, η αιτία που προκάλεσε τη γένεσή τους, δεν είναι απόλυτα γνωστή.

Πιστεύεται, πως αυτά αποτελούν εμβρυϊκές καταβολές, δηλαδή, πως από την εμβρυϊκή της ζωή η γυναίκα έχει κυτταρικές εστίες μέσα στο μυομήτριό της, που εξελίσσονται σε ινομυώματα. Η εξέλιξη αυτή έχει τόσο βραδύ ρυθμό, που συμβαίνει για πολλά χρόνια να μην κάνουν την κλινική τους εμφάνιση.

Πιστεύεται επίσης, πως προέρχονται από τις λείες μυϊκές ίνες των αγγείων του μυομητρίου.

Αμφισβητείται η υπόθεση, πως αυτά έχουν σχέση με την οιστρογονική δραστηριότητα των ωοθηκών. Η υπόθεση αυτή ενισχύθηκε από το γεγονός, πως εμφανίζονται στη διάρκεια της γενετησιακής ηλικίας της γυναίκας και πως ποτέ δεν αρχίζει η ανάπτυξή τους στην εμμηνόπαυση. Συχνότερα εμφανίζονται σε άτοκες γυναίκες και σ'αυτές που δεν έμειναν έγκυες για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η εγκυμοσύνη και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων μεγαλώνουν τα ινομύματα, ενώ η εμμηνόπαυση τα μικραίνει. Μόνο όταν υποστούν εκφύλιση, μεγαλώνουν. Με την ηλικία και την ατροφία της μήτρας, η ελάττωση της αγγείωσης τα συρρικνώνει και κάποτε τα αποτιτανώνει.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το σώμα της μήτρας είναι το πιο κοινό σημείο, στο οποίο εμφανίζονται τα ινομύματα. Είναι συνήθως πολλαπλά σε διαφορετικά μεγέθη και παραμορφώνουν το σχήμα της μήτρας. Πολλές φορές η διόγκωση της μήτρας μπορεί έτσι να φθάσει σε μέγεθος εγκυμοσύνης. Το μέγεθος του όγκου ποικίλλει από μικρά > 1 CM μέχρι πολύ μεγάλα < 30 CM. Οι όγκοι αυτοί είναι σταθεροί και καλά οριοθετημένοι σε σχέση με το μυομήτριο, που τους περιβάλλει. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης συνήθως αποκαλύπτονται εύκολα. Η επιφάνειά τους είναι μαλακή, στίλβουσα με σφαιρικό σχήμα. Κατά τη μικροσκοπική εξέταση αποκαλύπτονται δεσμίδες από μαλακό μυϊκό ιστό, που διαχωρίζεται από

ίνες συνδετικού ιστού. Η μικροσκοπική του εμφάνιση σε επιμήκεις ή εγκάρσιες τομές είναι χαρακτηριστική.

Ο όγκος δεν έχει δική του κάψα. Περιφερειακά συνήθως υπάρχει μία περιοχή από πλεγμένο μυομήτριο, που δημιουργεί μία ψευδοκάψα γύρω από τον όγκο. Οι μιτώσεις στα κύτταρα είναι σπάνιες.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Μία πιθανή διάγνωση του ινομυώματος της μήτρας μπορεί να γίνει με την κοιλιακή ψηλάφηση. Εάν η μήτρα βρίσκεται έξω από την πύελο ή εάν το ινομύωμα είναι μεγάλο. Οι όγκοι αυτοί ψηλαφούνται σαν σταθεροί ανώμαλοι όζοι, που ξεκινούν από την πύελο και μπορεί να επεκτείνονται μέσα στο υπογάστριο. Γενικά αυτή η οζώδης μάζα είναι κινητή. Εάν ο όγκος είναι μισχωτός, μπορεί να κινείται ξεχωριστά. Όταν η μάζα του όγκου γεμίζει την πύελο, η ευκινησία του περιορίζεται όπως και στις περιπτώσεις της φλεγμονής των παρακείμενων οστών.

Η διάγνωση είναι σχετικά απλή, με την αμφίχειρη πυελική εξέταση, ιδίως όταν η μήτρα μπορεί να ψηλαφηθεί εύκολα και η περιφέρειά της καταλαμβάνεται από πολλούς στρογγυλούς όζους. Αυτές οι οζώδεις μάζες μπορεί να είναι μικρές και να δημιουργούν ανωμαλία στην επιφάνεια της μήτρας, όχι μεγαλύτερες από ένα εκατοστό, ή να είναι μεγάλες και να γεμίζουν την πύελο. Η εξέταση πρέπει να είναι προσεκτική, ώστε να διαπιστώνεται η προέλευση των μαζών από τη μήτρα. Μια φυσιολογική μήτρα βρίσκεται κανονικά πιο μπροστά από ένα συμπαγές όγκο της ωοθήκης. Η μηλομέτρηση της μήτρας δίνει την κατεύ-

θυνση και το βάθος της μητρικής κοιλότητας. Συχνά η κοιλότητα της μήτρας μεγενθύνεται από το ινομύωμα.

Ένα μισχωτό υποβλεννογόνιο ινομύωμα μπορεί να προβάλλει από το τραχηλικό στόμιο σαν μία ροζ-γκρι μαλακή μάζα. Εάν συνυπάρχει νέκρωση η φλεγμονή, η επιφάνειά του μπορεί να είναι κόκκινη, εύθρυπτη, και να παρουσιάζει νεκρωμένους ιστούς.

Είναι δύσκολο να διαγνωστεί ένα υποβλεννογόνιο ινομύωμα κατά τη διάρκεια μιας απόξεσης. Οι ανωμαλίες της κοιλότητας της μήτρας γίνονται αντιληπτές με τη μηλομέτρηση ή με το ξέστρο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ ΜΗΤΡΑΣ

Τα συμπτώματα των ινομυωμάτων της μήτρας είναι:

- Πόνος
- Αιμορραγία, και
- Στείρωση.

Πρέπει να πούμε εν τω μεταξύ, ότι ασυμπτωματικά ινομύωματα είναι συνήθη. Όλα τα ινομύωματα κατ'αρχήν είναι ασυμπτωματικά και είναι δυνατόν να αποκτήσουν σημαντικό μέγεθος πριν η πάσχουσα αντιληφθεί τον τρόπο ύπαρξής των. Επίσης το μέγεθος του όγκου δεν σχετίζεται απολύτως προς τυχόν τοπικές ενοχλήσεις. Μικροί όγκοι που προκαλούν συμπτώματα έχουν μεγαλύτερη κλινική σημασία από τους μεγαλύτερους όγκους που είναι κλινικώς αδρανείς. Πολλά ινομύωματα αυξάνουν κατά μέγεθος την εβδομάδα πριν από την εμμηνορρυσία και προκαλούν διαταραχές της κύστεως.

Ο πόνος είναι δυνατόν να οφείλεται στο ινομύωμα ή σε παθολογικές καταστάσεις. Γενικά ινομύωμα που είναι ευαίσθη-

το στην πίεση και προκαλεί πόνο πιθανόν να αποτελεί έδρα ιδιαίτερης κατάστασης, όπως π.χ. είναι η ερυθρά εκφύλιση ή να επιπλέκεται από παθήσεις των εξαρτημάτων ή της πυέλου (π.χ. ενδομητρίωση). Ο πόνος είναι δυνατόν να είναι αίσθημα πύεσης, οξύς πόνος (όπως στην λοίμωξη ή νέκρωση) η επώδυνη λειτουργία (δυσμηνόρροια, δυσουσία ή επώδυνη απόδευση).

Η πίεση οφείλεται στην επενέργεια του βάρους του όγκου των πυελικών σπλάχνων. Δυνατόν να γίνεται αισθητή εις αμβλεία πυελική δυσφορία η χαμηλή οσφυαλγία. Άλλοτε ακτινοβολεί προς τους μηρούς ή προς την ουρητική ή νεφρική χώρα. Στις περιπτώσεις αυτές μπορούμε να υποπτευθούμε ότι ο όγκος πνέζει τους ουρητήρες, τις ωσθήκες, το θυροειδή ή ισχιακό νεύρο. Ενδοσυνδεσμικά ή οπισθοπεριτοναϊκά ινομυώματα προκαλούν παρεϊτόπιση του ουρητήρος στην υπέγερση ή τάση του. Σε αυτές τις περιπτώσεις εκ των άνω μεταβολών δεν προκαλούνται δυσμενείς συνέπειες. Άλλοτε όμως ο αυλός του ουρητήρος στενεύει υπερβολικά, το ούρο παύει να εξέρχεται ελεύθερα από το νεφρό και η συνέπεια είναι η υδρονέφρωση. Σε σπανιότερες περιπτώσεις ο νεφρός της πάσχουσας πλευράς ατροφεί, ενώ της υγιούς υπερτρέφεται αντιρροπητικά και δεν εμφανίζονται νοσηρά συμπτώματα από τη διαταραγμένη νεφρική λειτουργία. Εάν συμβεί ουρική λοίμωξη στην περίπτωση απόφραξης του ουρητήρος, ο νεφρός της πάσχουσας πλευράς επηρεάζεται σοβαρά, επειδή παρέχει μικρή αντίσταση, προς τους λοιμογόνους παράγοντες λόγω της ασκούμενης επί της πυέλου πίεσης.

Οξύς πόνος συνοδεύει συχνά μισχωτό υπορρογόνοιο ή υπο-

βλεννογόνιο ινομύωμα που ωφείλεται στην περιστροφή του μίσχου του όγκου ή στην έλξη του μίσχου από τον όγκο. Εντερικές ή επιπλοϊκές συμφύσεις προκαλούν συχνά πόνους των υπορογονίων ινομυωμάτων. Συμπτώματα εντερικής απόφραξης παρατηρούνται σπάνια. Συστροφή της μήτρας έχει παρατηρηθεί.

Η δυσμηνόρροια δυνατόν να οφείλεται στο ινομύωμα και συνοδεύεται από άφθονη απώλεια αίματος μετά των θρόμβων. Συχνά επιτείνεται από συνυπάρχουσα εξαρτηματίτιδα ή ενδομητρίωση.

Δυσουρία και συχνουρία δεν είναι συνηθισμένα στο ινομύωμα. Σπάνια επίσης είναι η επίσχεσις των ούρων. Ευμεγέθη υποβλεννογόνια ή τραχηλικά ινομυώματα δυνατόν να συνυπάρχουν πίεση της κύσεως ή της ουρήθρας.

Η μηνορραγία είναι το κύριο σύμπτωμα του ινομυώματος και εξαρτάται από την ενέδραση μάλλον παρά από το μέγεθος του όγκου. Και άλλοι παράγοντες λαμβάνονται υπόψην σχετικά με την πρόκληση της αιμορραγίας και είναι:

- 1) η αυξημένη έκταση της μητριάας κοιλότητας
- 2) Η παράλληλη υπερτροφία του ενδομητρίου διάχυτο ή πολυποειδή.
- 3) Η μηχανική από τον όγκο παρεμπόδιση της σύσπασης του μυομητρίου, είναι σημαντικός παράγοντας κατάπαυσης της αιμορραγίας σε φυσιολογικές συνθήκες και
- 4) Ο σχηματισμός μυωματώδους ή ενδομητριακού πολύποδα.

Στις γυναίκες μεταξύ το 35ο και 45ο έτος της ηλικίας η μηνορραγία δυνατόν να ωφείλεται σε ινομύωμα. Εκτός της μηνορραγίας, δηλαδή την μείζων απώλεια αίματος κατά την εμμη-

νορρυσία και την μεγαλύτερη διάρκεια αυτής, παρατηρείται και βράχυνση γενικά του κύκλου. Μεσομήνιες αιμορραγίες δεν είναι κοινό σύμπτωμα στα μη επιπλεγμένα ινομυώματα. Εάν παρατηρούνται, δεν αποκλείεται να οφείλονται στην υποβλεννογόνια ενέδραση των ινομυωμάτων, κακοήθη νεοπλασία, πολύποδα του ενδομητρίου, υπερπλασία ενδομητρίου ή σε άλλη επιπλοκή. Η μεσομήνιος αιμορραγία απαιτεί άμεση αιτιολογική διερεύνηση και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η στείρωση είναι συχνά επακόλουθο των ινομυωμάτων, το ποσοστό ανέρχεται μέχρι 30%. Η έρευνα έδειξε, ότι στην πλειονότητα των γυναικών τα ευμεγέθη ινομυώματα, ενώ ήταν γόνιμα κατά την αρχή της συζυγικής των ζωής κατέστησαν σειρά βραδέως. Εξ άλλου η δράση των ινομυωμάτων στην γονιμότητα καταδεικνύεται και αποκαθίσταται σε ικανές περιπτώσεις άμα την εξαιρέσουμε.

Υπερέκκριση δυνατόν να υπάρχει στα ινομυώματα λόγω της ενδοπυελικής συμφόρησης και του οιδήματος του ενδομητρίου ή σε καταστάσεις άσχετες προς το ινομύωμα.

Γενικά ενοχλήματα

Κεφαλαλγία, γαστρεντερικά συμπτώματα, νευρικότητα, δυσκοιλιότητα και πλήθος άλλα γενικά ενοχλήματα δυνατόν να παρατηρηθούν στις γυναίκες που φέρουν ινομύωμα της μήτρας. Φυσικά πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στην σχέση των άνω ενοχλημάτων προς τα ινομυώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά ωφείλονται στην χρόνια αναιμία, η οποία προκύπτει από τις μηνορραγίες. Σε άλλες περιπτώσεις μπορούμε να αντιληφθούμε γιατί τα συμπτώματα αυτά έρχονται κατόπιν της υ-

στερεκτομής.

Η αναιμία των ινομυωμάτων είναι κοινό σύμπτωμα και ωφείλεται στην απώλεια αίματος από την μήτρα τόσο κατά το ποσό όσο και κατά την διάρκεια. Είναι σημαντική και παρατηρείται και σε μη αιμορραγικά ινομυώματα, αποκαθισταμένη μετά την υστερεκτομή. Η αιτία των αναιμιών αυτών είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Ίσως να οφείλεται στην απορρόφηση του εκφυλισμένου ή νεκρωμένου ινομυώματος ή στην παρουσία χρόνιας εξαρτηματίτιδας. Σε λίγες περιπτώσεις δυνατόν να οφείλεται σε κακοήγη εκφύλιση του ινομυώματος ή στην κακοήγη νεοπλασία του γεννητικού συστήματος ή του οργανισμού.

Η καρδιά και η αρτηριακή πίεση στα ινομυώματα

Έχει σημειωθεί από πολλούς συγγραφείς η σχέση ινομυωμάτων προς μυοκαρδιακές αλλοιώσεις, υπερτροφία της καρδιάς ή υπέρταση. Δεν γνωρίζουμε τις λεπτομέρειες της διαμορφώσεως της σχέσεως αυτής. Όσον αφορά το βάρος και το μέγεθος τα μεγάλα ινομυώματα είναι δυνατόν να διαταράξουν την κυκλοφορία ειδικά της κάτω κοιλίας και των σκελών. Επίσης όταν έχουμε απώλεια αίματος δυνατόν να προκαλέσουν καρδιακά συμπτώματα. Οι εκδηλώσεις όμως αυτές δεν είναι επί το πλείστον ειδικές των ινομυωμάτων γιατί παρατηρούνται και σε πολλούς άλλους ενδοκοιλιακούς όγκους.

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα ινομυώματα αναπτύσσονται από όλες τις στιβάδες του μωμητρίου, δηλαδή μέσα στο τοίχωμα της μήτρας. Με την ανάπτυξη τους μεγαλώνουν και ανάλογα με τη θέση που παίρνουν σε σχέση με τις στιβάδες του μωμητρίου, διακρίνονται σε:

Υπορογόνια: Αυτά προέχουν προς την περιτοναϊκή κοιλό-

τητα. Εμφανίζουν τη μεγαλύτερη ποικιλία σε μέγεθος και πολλαπλότητα. Είναι δυνατό να συνδέονται με το σώμα της μήτρας με λεπτό μίσχο, που κάνει δύσκολη την αγγείωσή τους, γι' αυτό εκφυλίζονται. Δεν είναι όμως σπάνιο να υπάρχει καλή αιμάτωσή τους και να διακρίνονται μεγάλα αγγεία στην επιφάνειά τους, και όταν ακόμη ο μίσχος είναι λεπτός. Κάποτε, ένα έμμιοχο ινομύωμα κολλάει πάνω σε γειτονικά όργανα, χάνει την αγγειακή σύνδεσή του με τη μήτρα και αποκτάει αγγείωση από το όργανο, στο οποίο κόλλησε. Αυτά είναι τα παρασιτικά ινομύωματα.

Τοιχωματικά: Αυτά παραμένουν μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας και περιβάλλονται από μιομήτριο. Καθώς μεγαλώνουν, τείνουν να γίνουν υπορογόνια ή υποβλεννογόνια. Βρίσκονται στον πυθμένα ή στις δύο επιφάνειες της μήτρας, διογκώνουν αυτή συμμετρικά και την κάνουν να μοιάζει με εγκύμονα, γιατί στην ψηλάφισή τους είναι μαλακότερα από τα υπορογόνια. Μεγαλώνοντας τα τοιχωματικά ινομύωματα επιμηκύνουν τη μητριαία κοιλότητα.

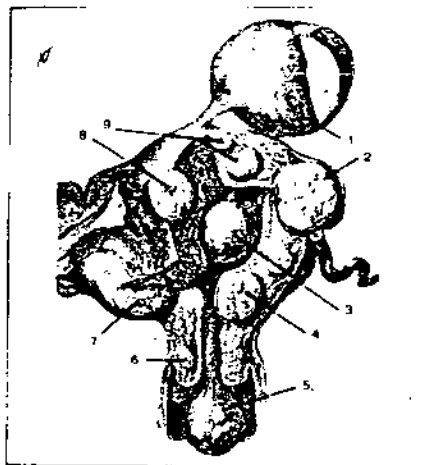
Υποβλεννογόνια: Αυτά αρχίζουν από τοιχωματικά και βρίσκονται ακριβώς κάτω από το ενδομήτριο, το οποίο πολλές φορές λεπταίνεται νεκρώνεται ή φλεγμαίνει.

Τα υποβλεννογόνια ινομύωματα, επειδή δρουν σαν ξένα σώματα, αναγκάζουν τη μήτρα να τα εξωθήσει με συσπάσεις της. Τότε, σχηματίζεται μίσχος, που περιέχει τα τροφικά τους αγγεία. Αν η προμήθεια αίματος δεν είναι ικανοποιητική, τότε νεκρώνονται και με τις συσπάσεις της μήτρας προβάλλουν από το ανοικτό τραχηλικό στόμιο.

Τραχηλικά: Αυτά είναι σπάνια (2%). Είναι τοιχωματικά

υπορογόνια και υποβλεννογόνια. Τις περισσότερες φορές είναι απλά. Άλλες φορές συνυπάρχουν με άλλα ινομύματα του σώματος της μήτρας. Σε περίπτωση που θα μεγαλώσουν, παρεκτοπίζουν το σώμα της μήτρας και στην εγκυμοσύνη δημιουργούν προβλήματα, όπως και στον τοκετό.

Ενδοσυνδεσμικά: Αυτά μπορούν να καταταγούν στα υπορογόνια. Η ανάπτυξή τους γίνεται μέσα στα πέταλα των πλατέων συνδέσμων. Σ'αυτά μπορούμε να κατατάξουμε και τα εξωπεριτοναϊκά, δηλαδή αυτά, που αναπτύσσονται από την υπερκοιλική μοίρα του τραχήλου και παίρνουν θέση κάτω από το περιτόνιο του πυελικού εδάφους ή αυτά, που αναπτύσσονται από το πρόσθιο τμήμα του τραχήλου και παίρνουν θέση ανάμεσα στην μήτρα και στην ουροδόχο κύστη.



Εικ. 270. Εντοπίσεις ινομυμάτων μήτρας.
1 Μισχωτό 2 Υπερογόνιο του κερατός 3 Υποβλεννογόνιο μισχωτό 4 Υποβλεννογόνιο 5 Γεννημένο υποβλεννογόνιο ινομίωμα 6 Ενδοτραχηλικό 7 Ενδοσυνδεσμικό 8 Υπερογόνιο 9 Τοιχωματικό

Εικόνα 2: Σχηματική απεικόνιση της εντοπίσεως των ινομυμάτων μήτρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΕΝΤΟΠΙΣΗ

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σάλπιγγες

-Ινομύωματα, λεμφαγγειώματα. Ομοίως σπάνια καλοήθη νεοπλασμάτα.

Ωοθήκες

Όνομασία

Ώφτογένεια

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Μύωμα

Εκ του φλοιού της
ωοθήκης

Υφή του όγκου ομοία προς
του στρώματος του φλοιού
της ωοθήκης

Κλινικαί εκδηλώσεις

Θεραπεία

Συμπτώματα εκ της υπάρξεως
απλού μισχωτού όγκου της ωοθή-
κης.

Εξαίρεση του όγκου.

Παθήσεις της ωοθήκης

Διαγνωστικά στοιχεία

Υπορρογόνιο, μισχωτό ινομύω-
μα, μάλλον εκφυλισμένο.

Στενή συνάφεια προς την μή-
τρα. Κινητικότητα περιορισμέ-
νη. Η έλξη της μήτρας από τον
τράχηλο συνεπάγεται κάθοδο και
του όγκου.

Τραχηλικό ή ενδοσυνδεσμικό
ινομύωμα.

Όγκος σκληρός, σε στενοτάτη
συνάφεια προς το τοίχωμα της
μήτρας, παρακολουθώντας τις
κινήσεις αυτής.

Παθήσεις των παραμητρίων

Τα εντός των πετάλων των πλατέων συνδέσμων αναπτυσσόμενα

νεοπλάσματα έχουν την αφετηρία στην μήτρα, την ουροδόχο κύστη, τον τράχηλο, τον κόλπο, την ωοθήκη και το έντερο.

Ινομύματα αναπτυσσόμενα εντός των πλατέων συνδέσμων βρίσκονται σε συνδυασμό προς όμοια νεοπλάσματα της μήτρας ή είναι όλα άσχετα προς αυτά. Έχουν την δυνατότητα να εξαρτώνται από το τοίχωμα της μήτρας ή να έχουν την αφετηρία τους εις το υποπεριτοναϊκό συνεκτικό ιστό των συνδέσμων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωσή τους γίνεται με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και με τη μηλομέτρηση, που δείχνει το μήκος της ενδομήτριας κοιλότητας και την κατεύθυνσή της. Σπάνια καταφεύγουμε στη βοήθεια του εργαστηρίου, δηλαδή στην υστερογραφία και στην υπερηχογράφηση.

Τα υπορρογόνια ινομύματα, στην αμφίχειρη εξέταση μοιάζουν σαν ανεξάρτητοι από τη μήτρα όγκοι, που μπορούν να εκληφθούν σαν όγκοι της ωοθήκης, αλλά στην προσεκτική τους ψηλάφηση θα τους βρούμε περισσότερο σκληρούς.

Στα τοιχωματικά και υποβλεννογόνια ινομύματα η μήτρα είναι μεγαλύτερη, συμμετρική στα υποβλεννογόνια και ανώμαλη στα τοιχωματικά και σκληρή. Μόνο όταν τα ινομύματα εκφυλιστούν η μήτρα ψηλαφάται μαλακιά.

Στην εξέταση από τον κόλπο διαπιστώνουμε, πως ο τράχηλος συχνά είναι εκτοπισμένος ή τραβηγμένος προς τα πάνω ή έχει εξαλειφτεί και το στόμιό του έχει καταληφτεί από υποβλεννογόνιο ινομύμα.

Όταν το ινομύμα ψηλαφάται στην περιτοναϊκή κοιλότητα,

για να διαπιστώσουμε, πως ο όγκος δεν ανήκει σ'άλλο όργανο, πιέζουμε αυτόν προς τα κάτω. Η πίεση τότε, αν πρόκειται για ινομύωμα, θα μεταδοθεί στον τράχηλο και θα γίνει αισθητή στα δάχτυλα, που βρίσκονται στον κόλπο.

Κάποτε η διάγνωση του ινομυώματος με την ψηλάφηση γίνεται δύσκολη, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι ενδοσυνδεσμικό ή τραχηλικό. Είναι δυνατό να μας οδηγήσει σε διάγνωση εξαρτηματικού όγκου ή αιματοκήλης.

Άλλοτε, τα ινομυώματα είναι τόσο μικρά, που δε μπορούμε να τα ψηλαφίσουμε, η θέση τους όμως είναι τέτοια, ώστε να προκαλούν μηννορραγίες.

Τέλος, κάποια μεγέθυνση της μήτρας μπορεί να εκληφτεί σαν ινομύωμα, αλλά να οφείλεται σε αιμορραγική μητροπάθεια.

Στα ασβεστωμένα ινομυώματα θα πάρουμε χαρακτηριστική ακτινογραφική ή υπερηχογραφική εικόνα.

Στην αδενομύωση θα ψηλαφήσουμε τη μήτρα ομοιόμορφα μεγαλύτερη από το φυσιολογικό της μέγεθος. Μοιάζει σαν ινομυωματώδης. Η ύπαρξη όμως πόνου κατά την εμμηνορρουσία θα μας βοηθήσει στη διάγνωση.

Όταν ελέγξουμε αδενομυωματώδη μήτρα μετά ολική υστερεκτομία, θα διαπιστώσουμε, πως το πρόσθιο ή το οπίσθιο τοίχωμά της, σπάνια και τα δύο, είναι αρκετά παχύτερα από το φυσιολογικό και θα παρατηρήσουμε πολλές μικρές σκοτεινότερες περιοχές. Αυτές είναι μικρές κύστες που περιέχουν αλλοιωμένο εμμηνορρουσιακό αίμα. Τέτοιες εστίες σπάνια θα βρούμε στον τράχηλο.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαφορική διάγνωση των ινομυωμάτων θα γίνει από τις παρακάτω παθήσεις:

-Όγκοι ωοθηκών. Σ' αυτούς η τοπογραφική τους θέση, η σύστασή τους, η πιθανή κινητικότητά τους, η άσχετη με την κίνηση της μήτρας, ο ρυθμός της ανάπτυξής τους και, τέλος, το υπερηχογράφημα μας βοηθάνε στην ορθή διάγνωση.

-Αδενομύωση. Σ' αυτή η μήτρα μπορεί να είναι μεγαλύτερη αλλά μαλακότερη, συμμετρική και στην εμμηνορρυσία έχουμε πόνο.

-Καρκίνος. Στον καρκίνο του σώματος υπάρχει, τις περισσότερες φορές, αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση και στον καρκίνο του τραχήλου, που δυνατό να μας οδηγήσει στη διάγνωση νεκρωμένου υποβλεννογόνιου ινομυώματος, το δάχτυλό μας στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση δεν θα ψηλαφήσει τα χείλη του τραχήλου. Καρκίνωμα στην πυελική ή περιτοναϊκή κοιλότητα είναι δυνατό να σχηματίσει μάζα, που μοιάζει με ινομύωμα. Στην περίπτωση όμως αυτή υπάρχει πόνος, γρήγορη αύξηση του όγκου, πιθανός ασκίτης και απώλεια βάρους.

-Φλεγμονές. Αυτές δύσκολα τις παίρνουμε για ινομυώματα, γιατί στις περιπτώσεις αυτές προϋπάρχει ιστορικό φλεγμονής ύστερα από επέμβαση, ο όγκος είναι δυσκίνητος και υπάρχει δυσμηνόρροια συμφορητικού τύπου. Η ελάττωση του μεγέθους του όγκου μετά συντηρητική θεραπεία και η υποχώρηση των συμπτωμάτων επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

-Εγκυμοσύνη. Αυτή δεν μας δυσκολεύει πάντα στη διάγνωση ινομυωμάτων, γιατί υπάρχει αμηνόρροια, η μήτρα είναι μαλακότερη και οι δοκιμασίες της εγκυμοσύνης θετικές. Στην ανάγκη

καταφεύγουμε στο υπερηχογράφημα. Διαφοροδιαγνωστικό λάθος ανάμεσα στην εγκυμοσύνη και στο ινομύωμα, είναι ασυγχώρητο για το σύγχρονο γυναικολόγο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΔΥΑΖΟΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

1. Ενδομητρίωση (10%).
2. Υπερπλασία του ενδομητρίου.
3. Ενδομήτριτοι πολύποδες
4. Αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου (1-2%)
5. Καρκίνος του τραχήλου (1-2%).
6. Πολύπους του τραχήλου
7. Σαλπινγίτιδα
8. Εξωμήτριος
9. Ενδομητρίωση των σαλπίνγων
10. Νεόπλασμα της ωθήκης (καλοήθες-κακοήθες)
11. Κύηση φυσιολογική
12. Σκωληκοειδίτιδα
13. Χολοκυστίτιδα-χολολιθίαση
14. Καρδιοπάθεια
15. Αρτηριοσκλήρυνση-υπέρταση
16. Στείρωση

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλά ινομύωματα δεν απαιτούν θεραπεία και η υγεία της

πάσχουσας προφυλάσσεται επαρκώς με την περιοδική ανά εξάμηνο ή πέτος γυναικολογικής εξέτασης. Ειδικά, συντηρητική αγωγή ακολουθείται σε ινομυώματα διαγνωσμένα σε γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνοπαυσιακή ηλικία. Αύξηση των ινομυωμάτων αυτών σπάνια συνεχίζεται μετά την ηλικία αυτή, και ελάχιστη πιθανότητα υπάρχει να παρουσιασθούν συμπτώματα ή επιπλοκές από αυτά. Κύρια ένδειξη για επέμβαση θα ήταν η συνέχιση της αύξησης του όγκου, που θα μας κινούσε την υποψία κακοήθους εξαλλαγής ή εκφυλιστικών αλλοιώσεων.

Ωρισμένα ινομυώματα απαιτούν γρήγορη θεραπευτική αγωγή, για τον καθορισμό του είδους τους. Θα λάβουμε υπόψη πολλούς παράγοντες που είναι: το μέγεθος και την εντόπιση του ινομυώματος, την ηλικία της πάσχουσας, τα συμπτώματα, το ιστορικό επιπλοκών στις προηγούμενες κυήσεις, την επιθυμία και δυνατότητα επομένων κυήσεων, και την παρουσία και άλλων παθολογικών αλλοιώσεων.

Η θεραπευτική αγωγή των ινομυωμάτων σήμερα είναι βασικά χειρουργική. Παλιά περιελάμβανε και την ακτινοβολία των ωθηκών δι' ακτίνων ROENTGEN, εφαρμοζόταν σε μικρά σχετικά ινομυώματα που προκαλούσαν αιμορραγία στην γυναίκα, πάνω τα 40 και όταν καταργήθηκε η λειτουργία των, η γυναίκα επέφερε και σαν συνέπεια είχαμε την κατάπαυση της αιμορραγίας. Η ακτινοβολία των ωθηκών, όμως εκτός του ότι δεν εξαφανιζόταν ο όγκος, η πάσχουσα είχε σχετικά καλή οργανική λειτουργία, με όλα τα συναφή από το νευροφυτικό σύστημα συνέπεια ήταν να αφήσει ανεπηρέαστη τυχόν υπάρχουσα στην μήτρα ή στις ωθήκες κακοήθεια ή να μην προλάβει την ανάπτυξή της. Επιπλέον η ακτινοβολία πολλές φορές δεν επέφερε καταστολή των αιμορραγιών ή επέφερε η γυναίκα μ' αυτή, αλλά πρόσκαιρα ενερ-

γοποιεί τυχόν συνυπάρχουσα μετά το ινομύωμα ενδοπυελική φλεγμονή ή προκαλεί νέκρωση του όγκου. Δια τους λόγους αυτούς η ακτινοβολία των ινομυωμάτων έχει εγκαταλειφθεί.

Η χειρουργική θεραπεία των ινομυωμάτων ενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Εάν ο όγκος είναι μεγαλύτερος ανδρικής πυγμής. Εκφύλιση και άλλες επιπλοκές είναι συχνότερες σε ινομυώματα μεγαλύτερου μεγέθους.

2. Αν το ινομύωμα είναι μισχωτό. Ο τύπος αυτός του όγκου είναι επιρρεπής σε περιστροφή του μίσχου, οπότε, σε μειωμένη αιμάτωση, αναπτύσσονται νέκρωση και λοίμωξη. Ο προκύπτων ερεθισμός του περιτοναίου είναι υπολογίσιμη επιπλοκή.

3. Αν το ινομύωμα βρίσκεται εις την κοιλότητα της μήτρας σε πολυποειδή μορφή. Ο τύπος αυτός του όγκου έχει τάση προς λοίμωξη και νέκρωση, συχνά μάλιστα η επιφάνεια του εξέλκεται. Άφθονη και παρατεταμένη αιμορραγία, πολλές φορές είναι αδύνατο να επισχεθεί, είναι δυνατόν να προκύψει, με συνέπεια της αναιμίας και την λοίμωξη. Η τελευταία είναι δυνατό να βλάψει τα παραμήτρια, και ακόμη, να προκαλέσει φλεβίτιδα.

4. Αν ο όγκος ασκεί πίεση και συνεπάγεται παρεκτόπιση της ουροδόχου κύστεως ή επίσχεση των ούρων.

5. Αν ο όγκος είναι αναπτυγμένος ενδοσυνδεσμικά, τότε, εκτός την δυσκινησία του, ασκεί πίεση πάνω στον ουρητήρα με συνέπεια: υδροουρητήρα, υδρονέφρωση, βλάβη του νεφρού ή υπέρταση. Πίεση επί των φλεβών του εδάφους της πυέλου δυνατό να αναπτυχθεί οίδημα ή θρόμβωση.

6. Αν συνυπάρχει μετά του ινομυώματος και άλλη ενδοπυε-

λική πάθηση αποκλείεται χειρουργική θεραπεία όπως π.χ. όγκοι της ωοθήκης, υπολείμματα πυελικών ή εξαρτηματικών λοιμώξεων κ.λπ.. Αν πρόκειται να επιχειρηθεί αποκατάσταση κυστιοκήλης, τα ινομυώματα, και αν ακόμα είναι μικρά, πρέπει να εξαιρούνται είτε δι'εκπυρηνίσεως, είτε δι'υστερεκτομής, εκτός αν η τελευταία αυτή αντενδείκνυται σε νεαρά ηλικία της πάσχουσας ή της επιθυμίας της προς τεκνοποίηση.

7. Αν η αύξηση του όγκου είναι ταχεία, τότε πρέπει να υποπτευθούμε κακοήγη χωρίς σαρκωματώδη εξαλλαγή του, μολονότι και απλές εκφυλιστικές αλλοιώσεις δυνατόν να προκαλέσουν μάλλον ταχεία μεγέθυνση του όγκου.

8. Αν η ασθενής κατέχεται από υπερβολικό ή επίμονο φόβο για την φύση του όγκου, χωρίς να είμαστε ακόμη βεβαίοι γι' αυτό.

9. Αν υπάρχει αβεβαιότητα για την διάγνωση. Κακοήθεις νεοπλασίες της ωοθήκης είναι πολλές φορές ασυμπτωματικές και δυνατόν να διαγνωστούν ανακριβώς σαν ινομυώματα. Η παραμέλησις των είναι σοβαρό λάθος και η αμφιβολία για την διαφορική διάγνωση μπορεί να λυφθεί με την εγχείρηση.

10. Αν συνυπάρχουν με την κύηση ινομυώματα δημιουργούν κατά τον τοκετό προσκόμματα, οπότε η αναγκαία καθισταμένη καισαρική τομή θα συνοδευθεί είτε από εκπυρήνιση, είτε από υστερεκτομή.

Όσον αφορά το είδος της χειρουργικής επεμβάσεως, αυτό διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση.

Αν το ινομύωμα είναι μικρό και η αιμορραγία είναι το προέχων σύμπτωμα, η απόξεση δυνατόν να αποδειχθεί απόλυτα αποτελεσματική. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αιμορραγία οφεί-

λεται σε υπερπλασία του ενδομητρίου ή ενδομήτριος πολύποδας. Αν η πάσχουσα πλησιάζει την κλιμακτήριο ηλικία η απόξεση όχι μόνο εξασφαλίζει την διάγνωση αλλά πιθανόν και να καταστήσει την περαιτέρω θεραπεία όχι αναγκαία.

Αν η αιμορραγία προκαλείται από ινομυωματώδη πολύποδα ο τελευταίος αυτός εξαιρείται από τον κόλπο είτε με την απλή σύλληψη και περιστροφή του μίσχου μετά διαστολή του τραχήλου, αν είναι αναγκαία, είτε με την κολπική υστεροτομή. Σε πάσχουσα που ο ινομυωματώδης πολύποδας είναι τελείως μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, η δια λαπαροτομίας υστερεκτομή είναι αναγκαία.

Σε ευμεγέθη, πολλαπλά ή ενδοσυνδεσμικά ινομύωματα ή επιπλεκόμενα από άλλες πυελικές αλλοιώσεις, όπου η λαπαροτομία είναι οπωσδήποτε ενδεδειγμένη, ανάλογα με την περίπτωση θα προβούμε είτε σε εκπυρήνιση, είτε σε ολική υστερεκτομή.

Η εκπυρήνιση ενδείκνυται σε γυναίκες (μέχρι των 40-42 ετών) και σε σχετικά ολιγάριθμα ινομύωματα. Είναι βασικά απλή επέμβαση, συνοδεύεται όμως επί το πλείστον από λιανή απώλεια αίματος. Η τομή του τοιχώματος της μήτρας αντίστοιχα προς το ινομύωμα γίνεται κατά του επιμήκη άξονα αυτής. Το διανοιγμένο τοίχωμα της μήτρας αποχωρίζεται από τον όγκο είτε με τον δείκτη του χειρός, είτε με ψαλίδι και βαθμηδόν ο όγκος αποκολλάται από αυτό. Τυχόν μεγάλα αιμορραγούντα αγγεία συλλαμβάνονται και απολίνονται και η κοίτη του όγκου συρράπτεται σε 2-3 αλληπάλληλα στρώματα με διακεκομμένες ραφές CAT-GUT No 2. Η εξωτερική στιβάδα του τοιχώματος της μήτρας συρράπτεται με συνεχείς ραφές με εμφάθυση των κυκμών

προς το εσωτερικό της τομής. Πολλαπλοί πυρήνες εξαιρούνται αν είναι δυνατόν με ενιαία τομή, αν όχι, όσο το δυνατόν λιγότεροι από αυτούς. Προσοχή χρειάζεται κατά τις τομές των πλαγίων τοιχωμάτων της μήτρας, μήπως κατά τυχόν επέκτασή των προς τα κάτω τραυματιστούν τα μητριαία αγγεία. Επίσης, πολλή προσοχή χρειάζεται κατά την προσπέλαση και εξαίρεση των ενδοσυνδεσμικών ινομυωμάτων, μην τυχόν παρεκτοπισθεί προς τα άνω ο ουρητήρας και διαχωριστεί. Αν κατά την εκπυρήνιση διανοιχθεί η κοιλότητα της μήτρας, δεν υπάρχει λόγος ιδιαίτερης ανησυχίας, αν στην συνέχεια το τοίχωμα της μήτρας συρραφεί προσεκτικά και η περίπτωση καλυφθεί με αντιβιοτικά. Σε μεγάλη απώλεια αίματος κατά την εκπυρήνιση, η μετάγγιση είναι αναγκαία, πάντοτε όμως πρέπει να είμαστε πριν την εγχείρηση εφοδιασμένοι με αίμα για την αντιμετώπιση αυτής. Τέλος σημειώνουμε ότι, λόγω της διάνοιξης πολλών αγγείων κατά την εκπυρήνιση, μάλιστα με την πολλαπλή διάνοιξη, και την επακόλουθο εκτεταμένη θρομβοπλαστική εξεργασία, η πιθανότητα θρομβώσεως και εμβολών είναι αυξημένη.

Σε νέες σχετικά, αλλά άτοκες γυναίκες, η εκπυρήνιση δεν εξασφαλίζει απόλυτα επιγενή σύλληψη και τεκνοποίηση (κατά στατιστική του BONNEY μόνο σε 3% την εξασφαλίζει) και επομένως δεν θα πρέπει να παρέχουμε ακριβείς σχετικά διαβεβαιώσεις και εγγυήσεις. Επίσης, δεν θα πρέπει στις πάσχουσες ν' αποκλείεται η επανεμφάνιση ινομυωμάτων βραδύτερα (BONNEY 4%).

Ο τοκετός μετά από την εκπυρήνιση είναι συνήθως ομαλός. Ρήξη της ουλής της ινομυωματεκτομής κατά την κύηση είναι εξαιρετικά σπάνια.

Η υστερεκτομή των ινομυωμάτων θα γίνει αναγκαία γενι

κά ναι μεν σε γυναίκες που πλησιάζουν ή υπερβαίνουν την κλιμακτήριο ηλικία, ή σε νεώτερες, η μήτρα των οποίων όμως είναι εδρα σημαντικού αριθμού ινομυωμάτων ή σε πολλούς τόπους αναπτυγμένα. Η αποφυγή εξαιρέσεως της μήτρας, επί αβεβαιότητας του χειρουργού ή της ίδιας της πάσχουσας, θα επιδιωχθεί μόνο στην περίπτωση που η πάσχουσα αποκλείσει κατηγορηματικά ότι το αντίθετο (η εξαίρεση δηλαδή του οργάνου) θα είναι καταστροφή.

Σε κύηση, η εκπυρήνιση ενδείκνυται κατά τους αρχικούς μήνες αυτής, εφ'όσον κρίνεται ότι δεν θα διαταράξει την διακράτηση του εμβρύου μέχρι τέρμα, όπως συμβαίνει συχνά. Η χορήγηση ικανών δόσεων προγεστερόνης και ηρεμιστικών μετά την εκπυρήνιση είναι αναγκαία για την πρόληψη συστολών της μήτρας διαφορετικά θα έχουμε έκτρωση.

Άλλοτε κατά την επί κυήσεως εκπυρήνιση, δυνατόν να διανοιγεί η κοιλότητα της μήτρας, οπότε θα χρειασθεί η ανάγκη για εκκένωση αυτής από το κύημα και στην συνέχεια απόξεση. Το ενδεχόμενο αυτό πρέπει να τονίζουμε εις τους ενδιαφερομένους, ώστε να είμαστε απηλλαγμένοι από μελλοντικά σχόλια, ή απαιτήσεις. Στην ερυθρά εκφύλιση ινομυώματος κατά την κύηση εκδηλουμένη με κοιλιακούς πόνους αντίστοιχα στην περιοχή του ινομυώματος, πυρετού και υπερλευκοκυττώσεως, συνήθως απέχουμε πάσης ενέργειας επεμβάσεως. Κατάκλιση, καταπραΰντικά, κύστεις πάγου στην κοιλιά και χορήγηση αντιβιοτικών, επιφέρουν ηρέμιση των συμπτωμάτων εντός 3-4 ημερών. Σπάνια το οξύ αυτό επεισόδιο έχει μεγαλύτερες συνέπειες. Πρέπει όμως να προβούμε σε λεπτομερή εξέταση της πάσχουσας, ώστε να αποκλείσουμε τυχόν οξεία σκωληκοειδίτιδα, ή περιστροφή της κύστης της ωο-

θήκης, αν η ενέδραση των συμπτωμάτων είνσι προς το δεξιό πλάγιο. Σε διαγνωστική αμφιβολία ενδείκνυται η λαπαροτομία, πριν να έχουμε ρήξη φλεγμονώσης σκωληκοειδίτιδας ή γάγγραινα αυτής που επιδεινώνουν την κατάσταση.

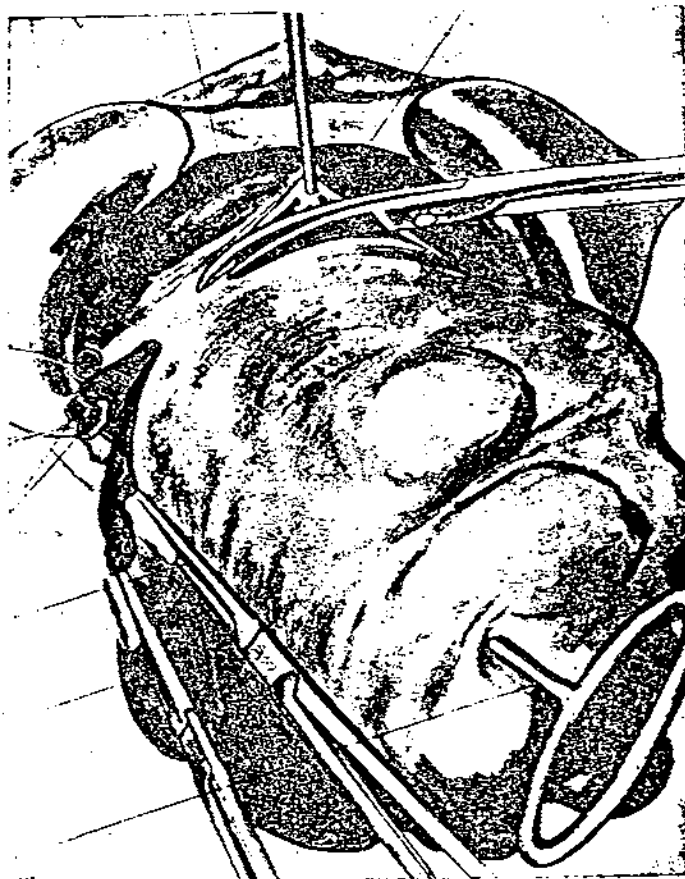
Πυελίτιδα, επίσης, είναι δυνατόν να συγχισθεί με το ινομύωμα. Επί μεγάλου όγκου, ο οποίος καθ'όλες τις πιθανότητες δεν ελπίζεται ότι θα επιτρέψει την συνέχιση της κύησης, η υστερεκτομή είναι ενδεδειγμένη.

Κατά το τέρμα της κύησης, αν οι όγκοι είναι αυτού του τύπου ή ενεδράσεως, ώστε να απαιτηθεί τοκετός με καισαρική τομή, η υστερεκτομία σε ικανές περιπτώσεις θα γίνει προτιμότερη από την εκκυρήνιση, η οποία έχει μεγάλο κίνδυνο αιμορραγίας ή πολλών άλλων επιπλοκών. Εξ άλλου πολλές έγκυες οι οποίες φέρουν ινομύματα ικανού μεγέθους και σημασίας, για να απαιτηθεί καισαρική τομή, πρέπει να είναι πέρα από την ηλικία και της κατάστασης, καθ'όλα αυτά η μελλοντική τεκνοποιία είναι ασφαλής. Πάντως αυστηροί και ενιαίοι κανόνες δεν υπάρχουν και κάθε περίπτωση θα κριθεί ιδιαίτερα. Αλλά ο μαιευτήρας οφείλει να συζητήσει όλα τα ενδεχόμενα με τους συζύγους πριν την επέμβαση, ώστε μέρος της ευθύνης εκλογής της θεραπευτικής αγωγής να το μοιραστεί με αυτούς.

Η τεχνική της κοιλιακής υστερεκτομής είναι η ακόλουθη: Μετά την διάνοιξη του περιτοναίου και την απομόνωση του κοιλιακού κύτους δια σπληνίων, συλλαμβάνεται η μήτρα από τον πυθμένα της με πολύπαγρα ή TITE-BOUCLION και έλκεται προς τα άνω και πλάγια, ώστε να γίνει ορατός και προσιτός ο κρεμαστήρας σύνδεσμος της ωοθήκης και ο στρογγυλός της μίας πλευράς, συλλαμβάνονται με λαβίδα KOCHER και διατέμνονται. Το ί-

διο γίνεται και κατά την ετέραν πλευρά. Μετά την διατομή των συνδέσμων διανοίγεται η κυστιομητρική πτυχή από το κολόβωμα του ενός στρογγυλού μέχρι του αυτού του ετέρου και απωθείται προς τα κάτω η κύστη, με τολύπιο προσηρμοσμένο εις λαβίδα COLLIN. Όταν έλκεται η μήτρα πολύ προς τα εμπρός ώστε να καταστεί εμφανής η οπίσθια επιφάνεια αυτής και διατέμνεται η ευθυμητρική πτυχή, απωθουμένη και αυτή προς τα κάτω. Κατά την ελευθέρωση της μήτρας, της συναπτομένης μόνο προς τον κόλπο, προσδιορίζεται η πορεία των προς έκαστον πλάγιον τοίχωμα οδεδόντων μητριαίων αγγείων και ενδεχομένως του διατρέχοντος ουρητήριος εκατέρωθεν. Τα αγγεία συλλαμβάνονται δια κυρτής, ισχυρής λαβίδας KOCHER οπίσθια του ουρητήρος και διατέμνονται. Ακολουθεί η κυκλική διατομή του κόλπου-κατά τα πλάγια, υπέρ τα συλληφθέντα δια της KOCHER αγγεία και η εξαίρεση της μήτρας και τα εξαρτήματα. Συγκλείεται το κολόβωμα του κόλπου δια πυκνών διακεκομένων ραφών CAT-GUT No 4 και απολινοούνται δια λεπτής μετάξης τα κολοβώματα των συνδέσμων και των αγγείων.

Μετά συρράπτεται η κυστιομητρική προς την ευθυμητρική πτυχή του περιτοναίου δια συνεχούς ραφής CAT-GUT No 3, αρχίζοντας από το κολόβωμα του ενός κρεμαστήρος μέχρι εκείνου του ετέρου. Και, μετά την αφαίρεση και καταμέτρηση των σπληνίων, η κοιλιά συγκλείεται δια συρραφής των τοιχωμάτων της κατά στρώματα.



Εικόνα 3: Φάσεις της υστερεκτομίας σε ινομυώματα της μήτρας (MARTIUS).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση των ινομυωμάτων είναι καλή. Πολύ σπάνια προκαλούν το θάνατο από εξαλλαγή τους, από σήψη τους ή από αιμορραγία και εντερική έμφραξη. Η αναιμία, που προκαλείται από την για πολλά χρόνια απώλεια αίματος κατά την εμμηνορροσία, όταν συνδυαστεί με φλεγμονή ή άλλη πάθηση, είναι δυνατόν να εκθέσει σε κίνδυνο την άρρωστη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Πρόκειται για ένα καλά περιγεγραμμένο, αλλά χωρίς κάψα καλοήθη όγκο της μήτρας που αποτελείται από μαλακό μυϊκό ιστό με λίγες ινώδεις ίνες.

Ο όγκος λέγεται επίσης μύωμα, και ινομύωμα. Ο όρος ινομύωμα έχει επικρατήσει περισσότερο στην ιατρική γλώσσα αν και το <<λειομύωμα>> είναι η περισσότερο ακριβής ονοματολογία.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σε πολλές περιπτώσεις η ύπαρξη ινομυωμάτων της μήτρας δεν είναι ασύμβατη προς την ομαλή επιτέλεση της αναπαραγωγικής λειτουργίας. Σύλληψη επέρχεται, η κύηση είναι φυσιολογική μέχρι το τέρμα και ο τοκετός γίνεται ομαλός. Σ' αυτές μάλιστα τις περιπτώσεις η ανακάλυψη των ινομυωμάτων είναι τυχαία.

Σε άλλες περιπτώσεις η ύπαρξη ινομυωμάτων κατά την μήτρα είτε εμποδίζει απόλυτα την σύλληψη, είτε επιδρά δυσμενώς σε τυχόν κύηση. Έκτρωση και πρῶϊμος ή πρόωρος τοκετός, όπως επίσης και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου είναι δυνατόν να αιτιολογηθούν από τα ινομύωματα. Η έκτρωση και οι πρῶϊμοι τοκετοί προκαλούνται προφανώς από ανώμαλες συστολές της μήτρας από τον ερεθισμό του ινομυώματος και της ανεπαρκούς αιμάτωσης, είτε της θέσεως ανάπτυξεως του κυήματος, είτε του πλακούντος. Ο τοκετός, τέλος, δυνατόν να επηρεασθεί με πολλούς τρόπους από τα ινομύωματα, τόσο ως προς την διάρ-

κεια του, όσον και ως προς τον τρόπο αποπερατώσεως του, όπως επίσης και ως προς τις ιδιοτυπίες που παρουσιάζει κατά τα στάδιά του. Γενικά, η σημασία των ινομυωμάτων κατά την κύηση εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση, την ταχύτητα ανάπτυξης και του τύπου αυτών, όπως και την ηλικία της πάσχουσας και τον βαθμό μεγέθυνσης της μήτρας, που προκαλείται από τον όγκο και την κύηση.

Το μέγεθος του ινομύωματος έχει βασική σημασία. Άλλοτε είναι απόλυτα σαφείς ότι δεν θα υπάρξει αρκετός χώρος στην κοιλιά για το ινομύωμα και την εγκύμονα μήτρα, επειδή αργότερα τα στοιχεία αυτά αυξάνουν κατά την κύηση.

Η θέση ενός ινομύωματος καθορίζει εάν και κατά πόσο τούτο θα αποκλείσει τον πυελογεννητικό σωλήνα και έτσι θα καταστήσει αδύνατον τον τοκετό προς τα κάτω. Και μικρού σχετικά μεγέθους όγκος, που εδράζει κατά τον τράχηλο ή το κατώτερο τμήμα, θα δημιουργεί προβλήματα κατά τον τοκετό. Ποτέ όμως δεν θα πρέπει σε περίπτωση διαγνώσεως κατά τους αρχικούς μήνες της κύησης χαμηλά προσφυσμένου ινομύωματος, να συνειδητοποιήσουμε αδύνατο τοκετό προς τα κάτω. Σε πολλές περιπτώσεις, κατά την πρόοδο της κύησης, των ινομυωμάτων αυτών είναι δυνατόν, να παρακολουθούνται στην προς τα πάνω αύξηση της μήτρας να ανέλθουν σημαντικά και τελικά να βρεθούν έξω από την μικρή πύελο, χωρίς να παρεμποδίζουν τον τοκετό.

Ινομύωμα που αυξάνεται κατά την κύηση πρέπει να παρακολουθείται. Κατά κανόνα τα ινομύωματα μεγενθύνονται κατά την κύηση, υποστρέφουν μετά τον τοκετό. Επίσης ταχεία αύξηση του όγκου επιβάλλει διαφορετική διάγνωση μεταξύ κύστεως της ωο-

θήκης ή καρμινικής εξεργασίας. Ο τύπος του όγκου παρέχει ενδιαφέρον.

Το μισχωτό, υπορρογόνιο ινομύωμα ως επί το πλείστον προκαλεί πόνο. Μπορεί επομένως να παρακινήσει την μήτρα σε συστολή και επί κύσεως να επιφέρει έκτρωση. Επίσης μπορεί να υποστεί περιστροφή του μίσχου του, με συνέπειες σοβαρότερες ώστε πιθανόν να καταστήσουν αναγκαία τη λαπαροτομία.

Το υποβλεννογόνιο ινομύωμα συνήθως παρακωλύει την σύλληψη. Άλλοτε, παρά την ύπαρξη αυτού του ινομύωματος και χωρίς να είναι ευμεγέθους, και σύλληψη πραγματοποιείται και η κύηση προχωρεί μέχρι τέρμα.

Εκφυλιστικές εξεργασίες κατά τα ινομύωματα είναι συχνές στην κύηση και δεν σημειώθηκαν η νέκρωση και η ερυθρά εκφύλιση, τότε είναι δυνατόν να προκαλέσουν ερεθισμό του περιτοναίου άλλες φορές άλλης εκτάσεως.

Η ηλικία της πάσχουσας έχει μεγάλη σημασία. Με την πάροδο των ετών επισυμβαίνουν κυκλοφοριακές διαταραχές κατά το τοίχωμα της μήτρας, ιδίως σε γυναίκες που έχουν κυκλοφοριακές διαταραχές επανειλημμένως. Οι κυκλοφοριακές αυτές διαταραχές προκαλούν εκφυλιστικές εξεργασίες στον μυ της μήτρας και προκύπτει μείωση της συσταλτικής ικανότητας αυτής. Αν στο μεταξύ υπάρχει αναπτυγμένο και ινομύωμα, πιθανότατα ο τοκετός να επιπλακεί με ατονία της μήτρας, με επακόλουθο τις εξής δυσμενείς συνέπειες: όπως παράταση των σταδίων του, δυσχέρεια αποκολλήσεως του πλακούντα ή αιμορραγία του τρίτου σταδίου, οι οποίες αντιμετωπίζονται μόνο με την υστερεκτομή.

Κατά την λοχεία δυνατόν να επισυμβεί νεκροβίωση των ινομυωμάτων, μάλιστα υποβλεννογόνιων εξωθούνται από την μή-

τρα και αποκολλώνται από την βάση αυτής. Είναι όμως δυνατόν να παραμείνουν σηπτόμενα, οπότε θα απαιτηθεί επέμβαση προς εξαίρεση αυτών μόνου ή και της μήτρας.

Επιπλοκή εξωμήτριας κυήσεως σε πάσχουσα με ινομυώματα είναι δυνατή, είναι όμως δύσκολο να διαγνωσθεί με την απλή γυναικολογική εξέταση. Σημεία και συμπτώματα κυήσεως υποδηλώνουν κύηση, χωρίς να διευκρινίζουν που εντοπίζεται αυτή. Όμοια και οι βιολογικές εξετάσεις διάγνωσης της κυήσεως έχουν γενική αξία. Περισσότερη σημασία έχει η διαπίστωση απουσίας χοριακών λαχνών σε περίπτωση αποβαλλομένων στοιχείων φθαρτού.

Παράβλεψη της δυνατότητας προέλευσης αιμορραγίας στην κύηση, ενδεχομένως να οδηγήσει σε ακατάλληλη θεραπεία, όπως η υστερεκτομή σε ινομυώματα, ενώ η πάσχουσα, εκτός αυτών, παρουσιάζει και απειλούμενη, αναπόφευκτη ή ατελή έκτρωση.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο συνδυασμός ινομυωμάτων και καρκίνου της μήτρας, σπάνια παρατηρείται σε γυναίκα κάτω των 40 ετών, δυνατόν να συμβεί σε δύο μορφές:

1. Ινομυώματος μετά καρκίνου του τραχήλου, και
2. Ινομυώματος μετά καρκίνου του σώματος.

Σε αυτές τις μορφές το ινομύωμα και ο καρκίνος είναι ανεξάρτητες παθήσεις, του καρκίνου αναπτυσσομένου σε ήδη μήτρα που φέρνει ινομυώματα.

Ευρέθηκε, ότι η συχνότητα καρκίνου του σώματος επί ινομυωμάτων είναι κάπως μεγαλύτερη της συχνότητας του καρκί-

νου του τραχήλου αυτών.

Πάντως, η μέση συχνότητα αυτών είναι 1,5%. Ανακοινώθηκαν και ικανές περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου, ο οποίος έμενε απαρατήρητος κατά υφολική υστερεκτομή σε ινομύωματα, είτε αναπτύχθηκε μετά αυτής επί του τραχηλικού κομβώματος. Επομένως είναι απαραίτητη η επισκόπηση του τραχήλου πριν από την εγχείρηση.

Η διάγνωση κακοήθους μεταπλασίας επί ινομυωμάτων ή της παράλληλης ανάπτυξης καρκίνου εις το μυωματοφόρο σώμα της μήτρας, σπάνια υπάρχει η δυνατότητα να τεθεί πριν από την εξαίρεση του όγκου ή της μήτρας. Η δυνατότητα κακοήθειας πρέπει εν τούτοις να γίνεται υποπτευτή από τις ακόλουθες περιστάσεις:

- 1) Όταν ο όγκος μεγενθύνεται παρά το ότι επήλθε η εμμηνόπαυση.
- 2) Όταν η αιμορραγία επανεμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση.
- 3) Όταν μετά τα 40 ο όγκος είναι μαλακός, στην σύσταση και αυξάνει ταχεία, και
- 4) Όταν συμβαίνει υποτροπή εξαιρεθέντος πολύποδος. Φυσικά οι εργαστηριακές εξετάσεις-κολποκυτταρολογική, ιστολογική του ενδομητρίου-θα βοηθήσουν εις την διάγνωση.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι στατιστικές αναφέρουν, ότι το ποσοστό των ινομυωμάτων της μήτρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνεται από 0,3% έως 7,2%. Οι όγκοι σχεδόν πάντοτε προϋπάρχουν, παρ'όλο που μπορεί να μην έχουν εκδηλωθεί πριν την εγκυμοσύνη. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τα ινομύωματα συνή-

θως αυξάνονται σε μέγεθος.

Η συχνότητα της αυτόματης έκτρωσης είναι αυξημένη σε ασθενείς με ινομυώματα της μήτρας. Καμιά θεραπεία δεν ενδείκνυται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πάντως είναι δύσκολο να πούμε, ποιές περιπτώσεις θα εξελιχθούν αισιώς. Ευτυχώς τα ινομυώματα δεν αποτελούν συχνό αίτιο αποβολής του κυήματος.

Κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η αύξηση του μεγέθους του όγκου δυνατόν να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα από πίεση. Η νέκρωση των ενδοτοιχωματικών όγκων, που οφείλεται σε διαταραχή της αιμάτωσης ή η συστολή των μισχωτών ινομυωμάτων προκαλεί την εκδήλωση οξύ πόνου, ή προοδευτικά εγκαθισταμένου, που συχνά συνοδεύεται από τοπική ευαισθησία. Αυτό είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες χειρουργικές παθήσεις, που προκαλούν οξεία κοιλιά ή από ενδοκοιλιακές φλεγμονές. Στις περιπτώσεις αυτές η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να καταστεί απαραίτητη. Πάντως στην πλειονότητα των ασθενών η εκφύλιση σπάνια αποτελεί ένδειξη χειρουργικής επέμβασης. Η ασθενής αντιμετωπίζεται καλύτερα με παραμονή στο κρεβάτι, ανακούφιση από τα συμπτώματα και προσεκτική παρακολούθηση.

Η ινομυωματεκτομία, που σπάνια έχει ένδειξη, συνοδεύεται από μεγάλο ποσοστό αυτόματης έκτρωσης. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό τα ινομυώματα δυνατόν να προκαλέσουν ανώμαλες θέσεις του εμβρύου, αδράνεια της μήτρας ή μηχανική δυστοκία, φαινόμενα που εξαρτώνται από το μέγεθος τον αριθμό και την εντόπιση των όγκων. Ένας μεγάλος όγκος στο κατώτερο τμήμα της μήτρας ή στον τράχηλο δυνατόν να πα-

ρεμποδίζει την είσοδο της κεφαλής του εμβρύου στην πύελο. Ευτυχώς οι περισσότεροι από τους όγκους αυτούς βρίσκονται έξω από την πύελο με την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Η δυστοκία είναι πιθανότερο να συμβεί σε ινομυώματα του τραχήλου της μήτρας. Τέτοιες καταστάσεις απαιτούν ειδική και προσεκτική μαιευτική παρακολούθηση και συνήθως καισαρική τομή. Εάν ενδείκνυται καισαρική τομή για άλλους λόγους, δεν συνιστάται κατά την διάρκεια της η σύγχρονη αφαίρεση των ινομυωμάτων. Αιμορραγία της λοχείας εμφανίζεται πιο συχνά σε ινομυωματώδη μήτρα. Η επιπλοκή αυτή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ώστε να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις, για να μην παρατηρηθεί απώλεια αίματος ή για να ελεγχθεί η αιμορραγία εφόσον εμφανιστεί. Εξ αιτίας της αιφνίδιας αλλαγής στο σχήμα και την θέση της μήτρας, η συστροφή ή οι διαταραχές της αιμάτωσης των όγκων δυνατόν να επιπλέξουν την περίοδο της λοχείας.

Η αντιμετώπιση της εγκύου με ινομυώματα θα πρέπει να διαφέρει από την αντιμετώπιση μίας φυσιολογικής περίπτωσης. Η στενή παρακολούθηση αυτής της εγκύου είναι απαραίτητη. Δυνατόν να χρειαστεί παραμονή στο Νοσοκομείο, συχνές εξετάσεις και σπάνια χειρουργική επέμβαση, αλλά συνήθως στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθεί ένας φυσιολογικός τοκετός.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν'αντανεκλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

Η υπερηχογράφηση στην εποχή μας αποτελεί την πολυτιμότερη διαγνωστική μέθοδο στην γυναικολογία.

ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΣΗ

Η φυσιολογική μήτρα αναγνωρίζεται εύκολα στο υπερηχογράφημα. Το σώμα της μοιάζει με ομοιογενή κοκκιώδη εικόνα, το περίγραμμα της περισσότερο πυκνό, η κοιλότητά της σαν γκρίζα κυρτή γραμμή και ο τράχηλός της εμφανίζεται με παχύτερες γραμμές.

Όταν γνωρίζουμε την φυσιολογική υπερηχογραφική εικόνα της μήτρας, εύκολα μπορούμε να διαγνώσουμε παθολογικές μεταβολές της, όπως είναι οι όγκοι της. Έτσι, εντοπίζεται η θέση τους, το μέγεθός τους, η υφή τους και οι σχέσεις τους με την μήτρα. Κάποτε, η διάγνωση των όγκων της μήτρας δυσκολεύεται, όταν αυτοί βρίσκονται δίπλα από το σώμα της, και δυνατόν να εκληφθούν για συμπαγείς όγκοι των ωοθηκών.

Στους όγκους της μήτρας παίρνουμε τις παρακάτω εικόνες:

-Η ινομυωματώδης μήτρας εμφανίζεται μεγαλύτερη σε εικόνα συμπαγούς υφής.

-Το τοιχωματικό ινομύωμα εμφανίζεται με εικόνα συμπαγούς όγκου με σαφή όρια. Το ίδιο και τα πολλαπλά ινομύωματα.

-Το υποβλεννογόνιο ινομύωμα και ο ενδομήτριος πολύποδας εμφανίζονται σαν συμπαγή μορφώματα μέσα στη μήτρα.

-Τα επασβεστωμένα και τα νεκρωμένα ινομύωματα εμφανίζονται σαν εικόνες μεικτών ή ψευδοκυστικών όγκων.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΙΝΟΜΥΩΜΑ

Τα ινομύωματα κάτω από την επίδραση ορμονικών παραγόντων μεγαλώνουν και μαλακώνουν. Κάποτε, ενώ πριν από την εγκυμοσύνη ήταν αδιάγνωστα, με την εγκυμοσύνη γίνονται ψηλαφητά και ευκολοδιάγνωστα. Μετά τον τοκετό μικραίνουν.

Με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης ινομύωμα που βρισκόταν στο κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί ψηλότερα. Γι' αυτό, η διάγνωση πρόδρομου ινομυώματος έχει σημασία μόνο στο τέλος της εγκυμοσύνης.

Τα ινομύωματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να εκφυλιστούν. Η περισσότερο συχνή εκφύλιση είναι η άσηπτη νεκροβίωση, δηλαδή παθαίνουν ερυθρή εκφύλιση, που στην περίοδο της λοχείας μπορεί να μεταπέσει σε σηπτική. Την άσηπτη νεκροβίωση δεν μπορούμε πάντοτε να την διαγνώσουμε εύκολα κλινικά. Άλλες φορές προκαλεί πόνο, περιτοναϊκή αντίδραση, ναυτία, εμετό, ταχυσφυγμία και πυρετό. Μακροσκοπικά το εκφυλισμένο ινομύωμα έχει την όψη του «ωμού μπιφτεκού» από τις αλλοιώσεις της νεκροβίωσης.

Σπάνια, τα ινομύωματα με εγκυμοσύνη προκαλούν αιμορραγίες μέσα στον αμνιακό σάκο ή μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή παθαίνουν συστροφές του μίσχου τους ή προκαλούν διαταραχές στην λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος.

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Σε περιπτώσεις κατά συνήθεια αυτόματων εκτρώσεων εκτελούμε εκπαρήνιση των ινομυωμάτων, για να πετύχουμε ομαλή εξέλιξη μιάς νέας εγκυμοσύνης.

Σε συνδυασμό ινομυώματος και εγκυμοσύνης αποφεύγουμε

την εκτέλεση επεμβάσεως γιατί και σε περίπτωση ακόμα πολλαπλών και μεγάλων ινομυωμάτων, είναι δυνατόν η εγκυμοσύνη να φτάσει ως το τέλος της , χωρίς επιπλοκές.

Σε περίπτωση άσηπτης νεκροβίωσης του ινομώματος θα ουστήσουμε κατάκλιση, εφαρμογή παγοκύστης στην κοιλιά, χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων και σε περίπτωση πυρετού, αντιβιοτικά. Μόνο σε περίπτωση μεγάλης περιτοναϊκής αντίδρασης θα προβούμε σε εκπυρήνιση του ινομώματος, χωρίς να διαταραχθεί τις περισσότερες φορές η εγκυμοσύνη.

Σε περίπτωση, που το ινομύωμα μεγάλωσε και προκαλεί συμπτώματα πίεσης σε παρακείμενα όργανα, θα προβούμε σε εκπυρήνισή του.

Σε περίπτωση εγκλωβισμού ινομώματος θα προβούμε στην εξαίρεσή του.

Σε περίπτωση αυτόματης έκτρωσης θα προσέξουμε για την καλή κένωση της μήτρας.

Σε περίπτωση, που το ινομύωμα εντοπίζεται στο ανώτερο τμήμα της μήτρας, θ' αφήσουμε τον τοκετό να εξελιχθεί αυτόματα και σε περίπτωση δευτεροπαθούς αδράνειας της μήτρας θα εκτελέσουμε σικουλικιακή εμβρυουλκία.

Σε περίπτωση που το ινομύωμα εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, επιβάλλεται η εκτέλεση καισαρικής τομής πριν από την έκλυση του τοκετού.

Σε περίπτωση που κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής το ινομύωμα βρίσκεται στην περιοχή της τομής της μήτρας, μπορούμε να το εκπυρηνίσουμε. Αν όχι, αφήνουμε την εκπυρήνιση για αργότερα.

Σε περίπτωση, που τα ινομύωματα είναι πολλαπλά, η

γυναίκα έχει παιδιά και είναι μεγαλύτερη από 38 ετών, μετά την έξοδο του εμβρύου ύστερα από καισαρική τομή, εκτελούμε ολική υστερεκτομή.

Σε περίπτωση που το ινομύωμα πάθει σηπτική νεκροβίωση στην διάρκεια της λοχείας, η χορήγηση αντιβιοτικών δεν επαρκεί γι' αυτό καταφεύγουμε σε ολική υστερεκτομή.

Συνιστάμε την γρήγορη έγερση της λεχωϊδας, γιατί τα θρομβοεμβολικά επεισόδια στην συνύπαρξη ινομυώματος και κύησης είναι συχνότερα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με ινομύωμα μήτρας συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Α.ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

-Περιλαμβάνει :

Την ψυχική προεγχειρητική ετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή.

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο Νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Ο ασθενής που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει περισσότερα έντονα αυτά τα συναισθήματα ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από την σοβαρότητα της εγχείρησης.

Ο φόβος και η ανησυχία του αρρώστου μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανοητά λόγια,

Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της <<υστερευτομής>>.

Η νοσοκόμος, με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματα του. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιότητα και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσοκόμου να ακούσει τον άρρωστο, όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στην διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στην νοσοκόμο από ό,τι στους συγγενείς τους.

Δυστυχώς η κάθε ασθενής δεν θα έχει την τύχη να εξετασθεί έγκαιρα από το γιατρό και να τύχει της ανάλογης θεραπείας από την αρχή. Η άρρωστη εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα που έχει, έχει και προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας κυρίως εάν δεν έχει παιδιά. Μερικές γυναίκες μπορεί να αποδεχτούν την υστερευτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και την ανάγκη τους σαν γυναίκες. Άλλες είναι αμφίβολες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντί-

ληψή τους για την επίπτωση της υστερευτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν μελαγχολία και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, εάν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

Η αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων και ανησυχιών του ασθενούς καθώς και η εξήγηση των προ και μετά την εγχείρηση νοσηλειών και του τρόπου βοήθειάς του θα βοηθήσουν σημαντικά στην μετεγχειρητική πορεία.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα φόβου, ανησυχίας ή καταθλίψεως, παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως SHOCK κ.λπ..

Την σωματική τόνωση

Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και την μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

Η τόνωση του οργανισμού επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (% λευκωμάτων, βιταμινών κ.λπ.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολύτες κ.λπ.).

Η ασθενής επειδή σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, του ιδρώτα και τους τυχόν εμμέτους χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού με υγρά. Με τον τρόπο αυτό βοηθείται η πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχε-

ρειών και επιπλοκών όπως SHOCK, ναυτία, δίψα κ.α..

Για τους αρρώστους που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης θα πρέπει να γίνεται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τους. Η νοσοκόμος πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωϊνών ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους, ακόμα και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τους.

Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδρική δίαιτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν η ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, της χορηγούνται παρεντερικώς.

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί (κλινική εξέταση).

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποια από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός για ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

Την φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις.

Η εξέταση αίματος είναι ο απαραίτητος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Ελέγχεται ο τύπος λευκών αιμοσφαιρίων

ο χρόνος ροής και πήξεως του αίματος, το σάκχαρο και η ουρία αιματος. Γίνεται γενική αίματος (λευκά-ερυθρά) και εξετάζεται η ομάδα και το RHESUS γιατί ο άρρωστος μπορεί να χρειαστεί αίμα. Αν υπάρχει ανάγκη, καθορίζονται ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και συμπληρωματικές εξετάσεις. Γενικά, όταν πρόκειται για μεγάλες λαπαροτομίες εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός καθετήρας. Όταν πρόκειται για επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο, γίνεται καθετηριασμός με μόνιμο καθετήρα, που μένει κατά την διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτήν. Εξάλλου επεμβάσεις στον κόλπο απαιτούν κολπικές πλύσεις.

Μετά από όλα αυτά, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λπ.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Την καθαριότητα του ασθενούς

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που επιτυγχάνεται με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων και με καθαρτικό υποκλυσμό. Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος την νύχτα.

β) Καθαρισμό του σώματος του ασθενούς: Η καθαριότητα του

σώματος επιτυγχάνεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι τρίφτη και νερό, αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων (όπως ομφαλού κ.α.).

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί άγχος, αγωνία και φόβους. Η αύπνία και η κόπωση από αυτή προδιαθέτουν στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην εμφάνιση επιπλοκών. Για το λόγο αυτό χορηγείται στην ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λπ. καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση.

Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Η ετοιμασία περιλαμβάνει την καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, για την αποφυγή μολύνσεων.

Αν κατά την αποτρίχωση δημιουργηθεί λύση της συνεχείας του δέρματος πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός πριν από την επέμβαση.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου, αρχίζει από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτω από την ηβική σύμφυση και περιλαμβάνει και τα γεννητικά όργανα της θήλειας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τον καθαρισμό του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση η νοσηλεύτρια παρατηρεί την τυχόν παρέκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Προσέχει επίσης την τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος. Φροντίζει επίσης μισή ώρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής να φορέσει την κατάλληλη ενδυμασία (ρόμπα του χειρουργείου, ποδονάρια και σκούφια). Πριν ντυθεί η ασθενής πρέπει να ουρήσει και να κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Αφαιρούνται όλα τα ρούχα πριν φορέσει η ασθενής τα ρούχα του χειρουργείου.

Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες κ.λπ.

και αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στην <<βέρα>> την οποία ασφαλίζει η νοσηλεύτρια με έναν επίδεσμο στον καρπό). Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Διαφορετικά τοποθετούνται σε εάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Τέλος γίνεται προνάρκωση, η οποία έχει καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Κατά την προνάρκωση η Νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την προκαθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες της τους βλέπει η ασθενής πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο θάλαμο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Ελέγχονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της αρρώστο πριν και μετά την προνάρκωση και τοποθετείται στο χέρι του ασθενή ταυτότητα με το ονοματεπώνυμο και την κλινική.

Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, που αναγράφονται όλες οι βασικές ενέργειες της Νοσηλεύτριας για την προετοιμασία. Η νοσηλεύτρια μένει κοντά

στον ασθενή κατά την τελευταία στιγμή πριν πάει στο χειρουργείο.

Τον ενθαρρύνει, του υπενθυμίζει τις μετεγχειρητικές ασκήσεις και τον διαβεβαιώνει ότι θα είναι στο πλευρά του όλες αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει στην μεταφορά του στο χειρουργείο ή παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή.

Όσο η ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο φροντίζει να ετοιμάσει τον θάλαμο κατάλληλα για να δεχτεί την χειρουργημένη ασθενή.

Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού που πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη ή μετεγχειρητική πνευμονία. Δεν έχει μαξιλάρι (για την καλύτερη αποβολή της νάρκωσης) και τοποθετείται μαξιλάρι στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού (για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως).

Το κρεβάτι είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές και με αδιάβροχο ή πετσέτα στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμέτους.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι και στο πλαϊνό μέρος του τοποθετείται χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα.

Η ετοιμασία του θαλάμου της ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, καθώς και με τον συνεχή αερισμό και την διατήρησή του σε δροσεό και σκοτεινό περιβάλλον.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση της ασθενούς.

Η μεταφορά της αρρώστου από το χειρουργείο στο θάλαμο θα πρέπει να γίνεται γρήγορα και την όσο καλύτερη προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα για την αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών και μετεγχειρητικού SHOCK.

Στο θάλαμο η νοσηλεύτρια φροντίζει για την σωστή τοποθέτηση της αρρώστου στο κρεβάτι.

Η θέση της αρρώστου στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχείρησης που έγινε.

Η πιο συνηθισμένη θέση της ασθενούς, αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η υπτία χωρίς μαξιλάρι, με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως. Με αυτή διευκολύνεται η αποβολή των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και η απελευθέρωση των αεραγωγών.

Η καλή τοποθέτηση της αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση των μυών και συμβάλλει στην πρόληψη επιπλοκών όπως: πνευμονικές, κυκλοφοριακές, ουροποιητικές, από το τραύμα κ.α.. Η άρρωστη μένει σε αυτή τη θέση μέχρι να ανανήψει

πλήρως ενώ αργότερα τοποθετείται σε ανάρροπη θέση. Στην συνέχεια γίνεται η μέτρηση ζωτικών σημείων και καθορίζεται η μέτρηση αυτή ανάλογα με την κατάσταση της αρρώστου.

Παρακολουθείται η άρρωστη μέχρι την αφύπνισή της και προφυλάσσεται από τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την σύνδεση των παρεχόμενων ή του καθετήρα και παρακολουθεί την λειτουργία τους.

Παρακολουθεί το τραύμα και παρακολουθεί για διαπίστωση αιμορραγίας, φροντίζει για την καθαριότητα της ασθενούς και την ανακούφισή της από τον πόνο και τις άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις 48 πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση.

Παρακολουθεί την διανοητική, ψυχική και γενική κατάσταση της αρρώστου.

Τηρεί δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Καθησυχάζει την άρρωστη ενημερώνοντάς την για την υστερεκτομή ή τις παρεχόμενες.

Το πρώτο 24ωρο η ασθενής δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24ωρο η ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό της με την λειτουργία του εντέρου.

Όταν επιτραπεί η χορήγηση από το στόμα τροφών, ενθαρρύνεται η ασθενής να παίρνει τροφή που θα αναπληρώνει τις ανάγκες της και θα την βοηθήσει να αναρρώσει.

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζει την ασθενή από τον πόνο, που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με την τοποθέτηση αεροθαλάμου και την συχνή αλλαγή της θέσεώς της. Για την εύκολη μετακίνηση της ασθενούς, χωρίς την μετακίνηση του επι-

δεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως (T) ταφ.

Αργότερα γίνονται υδρόλουτρα για την καθαριότητα και την συντομότερη επούλωση του τραύματος.

Κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως, λόγω των χειρισμών επέρχεται εκτόπιση της ουροδόχου κύστεως από την συνηθισμένη θέση αυτής, για αυτό εντός της κύστεως εισάγεται καθετήρας FOLLEY για να παροχετεύει τα ούρα. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα τα ούρα που αποβάλλονται από την κύστη μετρώνται, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει υπόλλειμα ούρων.

Η αδελφή θα πρέπει να παρακολουθεί την ασθενή για κάθε σύμπτωμα που δηλώνει θρόμβωση ή εμβολή, γιατί οι επιπλοκές αυτές μπορεί να συμβούν μετά από επέμβαση στην ελλάσσονα πύελο. Η έγκαιρη και η χρήση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα, καθώς και η σταθερά επαγρύπνιση, είναι δυνατόν να μειώσουν τις πιθανότητες αυτού του κινδύνου.

Σε ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν αναιμία συνέπεια απώλεια αίματος προκληθείσα από όγκο, η ανάρρωση επιταχύνεται με την χορήγηση πλούσιας σε πρωτεΐνες δίαιτα και αλάτων σιδήρου. Αν ο όγκος ήταν αρκετά μεγάλος, ώστε να επιφέρει αξιοσημείωτη χάλαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, συμβουλεύει την ασθενή να φορέει ζώνη κοιλίας μετά από την εγχείρηση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α) Πόνος: Η ασθενής εφόσον ξυπνήσει τελείως αρχίζει ο μετεγχειρητικός πόνος. Βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει το

φυσιολογικό αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγούμε μορφίνη, ή παρόμοια ναρκοτικά με εντολή γιατρού. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει υπόψη του:

- Τα χαρακτηριστικά του πόνου και την εντόπισή του.
- Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στην ασθενή.
- Αν είναι συνεχής ή διαλείπων, οξύς ή αμβλύς.
- Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο. Ο πόνος γίνεται πιο ισχυρός όταν η άρρωστη βήχει ή κάνει έμετο.

Για την ανακούφισή του η νοσηλεύτρια δίνει στην άρρωστη την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, η οποία προκαλεί χαλάρωση των μυών. Κάνει εντριβή στα πιεζόμενά μέλη του σώματος, προστατεύει την ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

Η χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με εντολή από τον ιατρό. Το είδος και η δόση τους είναι προσεκτικά καθορισμένα γιατί μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία, κατακρατούνται οι εκκρίσεις με αποτέλεσμα την ατελεκτασία και πνευμονία.

Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείπει να ελέγχει το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο (σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις κ.λπ.).

β) Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από την γενική νάρκωση και δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στό-

ματος που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

γ) Έμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα από 24 ώρες από την απονάρκωση της ασθενούς.

Αν η ασθενής έχει εμέτους, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο (η παραμονή του κοντά στον ασθενή προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία ή έμετο).

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της ασθενούς να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Αν οι έμετοι συνεχίζονται δυνατόν να γίνει διασωλήνωση με σωλήνα LEVIN. Έτσι η ασθενής απαλλάσσεται από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάτου. Το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων πρέπει να αναγράφονται στην λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

Αιμορραγία

Προκαλείται από την μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και κυρίως των τριχοειδών, την μόλυνση του τραύματος καθώς και από τις βίαιες και απότομες κινήσεις της ασθενούς

και την μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Η νοσηλεύτρια σε περίπτωση αιμορραγίας θέτει την άρρωστη σε ακινησία και καλεί τον γιατρό συγχρόνως για την παροχή βοήθειας. Αν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο μέλος που αιμορραγεί, ενώ αν είναι εσωτερική δεν δίνει τίποτε στην ασθενή από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα.

Προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της ασθενούς και απομακρύνει κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

SHOCK ή κατάπληξία

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι: η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα.

Αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση της αρρώστου σε υπτία οριζοντιομένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα (ανάρροπη θέση) για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Εξασφάλιση ανοιχτού αεραγωγού και επαρκής οξυγόνωση με χορήγηση οξυγόνου.

Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.

Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

Περιορισμός των κινήσεων της ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.

Λήψη Η.Κ.Γ.

Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσεως.

Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων.

Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, αν η κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκοτικό στην ανακούφισή της από τον πόνο, την αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος και τέλος, στην τόνωση του ηθικού της ασθενούς.

Υποστατική πνευμονία

Αυτή οφείλεται στο μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα της ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις. Ακόμη οφείλεται σε μόλυνση της αεροφόρας οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη και άλλα.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Στενή παρακολούθηση της ασθενούς.

Υποδοχή της ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού. Προστασία της ασθενούς από ρεύματα αέρα.

Έγκαιρη τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση.

-Συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενούς στο κρεβάτι, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να

βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.

Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Κατακλίσεις

Είναι μία από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στην συνεχή πίεση των μελών του σώματος και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένηση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα. Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στην συχνή αλλαγή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέλη, στην αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων όταν βρέχονται και σε τροφή πλούσιας βιολογικής αξίας.

ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα ινομυώματα υφίστανται μια μεγάλη ποικιλία από εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Ορισμένες από αυτές παρουσιάζουν κλινική σημασία, αλλά στην πλειονότητα τα παθολογοανατομικά ευρήματα δεν έχουν σχέση με την κλινική εικόνα. Η απαρχή για αυτές τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις ξεκινάει από τις μεταβολές στην αιμάτωση του όγκου, που παρατηρείται κατά την ταχεία αύξηση του όγκου, την κύηση, τα μηχανικά εμπόδια ή την ατροφία της εμμηνόπαυσης. Ο πιο συνηθισμένος τύπος εκφύλισης είναι η υαλοειδής. Τα μεγάλα ινομυώματα και ένας μικρός αριθμός από τα μικρά, υφίστανται κάποιο βαθμό από υαλοειδή εκφύλιση. Μικροσκοπικά παρατηρούνται ζώνες από υαλοειδή συνδετικό ιστό, που έχουν αντικαταστήσει το μυϊκό. Λιγότερο συνήθης

είναι η κυστική εκφύλιση, όπου μικρές ή μεγαλύτερες περιοχές υφίστανται ρευστοποίηση και μυξωματώδη μεταβολή που οδηγεί σε κυστική εκφύλιση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η σύσταση του όγκου είναι μαλακή και κατά την διατομή του εμφανίζονται κυστικές περιοχές.

Η επασβέστωση των μυωμάτων αποτελεί μία ενδιαφέρουσα εκφυλιστική παραλλαγή που συμβαίνει κατά κανόνα στην μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία της γυναίκας. Οι περιοχές της επασβέστωσης μπορεί να είναι περιορισμένες ή διάχυτες. Όταν είναι διάχυτες το ινομύωμα είναι δυνατόν να γίνει ορατό με μια απλή ακτινογραφία. Σε ορισμένες περιπτώσεις τέτοιου είδους ινομύωματα ανακαλύπτονται τυχαία κατά την διάρκεια μιας ακτινογραφίας της κοιλιακής χώρας.

Η λιπώδης εκφύλιση των λειομυωμάτων παρατηρείται συνήθως σαν ένα τυχαίο μικροσκοπικό παθολογοανατομικό εύρημα. Η νέκρωση εξάλλου των ινομυωμάτων είναι κάτι, που συμβαίνει στους μισχωτούς όγκους μετά από περιστροφή τους γύρω από το μίσχο και εκδηλώνεται με πόνο στο υπογάστριο, ευαισθησία, πυρετό και λευκοκυττάρωση. Η παραπάνω κλινική εικόνα ανταποκρίνεται σε συμπτωματολογία οξείας κοιλίας.

Μία ειδική ποικιλία της νέκρωσης είναι η ερυθρά εκφύλιση. Αναφέρεται ότι παρατηρείται στα 8% των όγκων, που επιπλέκει την νέκρωση. Η μεταβολή αυτή οφείλεται σε άσηπτη νέκρωση μαζί με αιμορραγία μέσα στον όγκο και αιμόλυση αυτού του αίματος. Μακροσκοπικά αυτοί οι όγκοι παίρνουν βαθύ κόκκινο χρώμα, είναι μαλακοί στην σύσταση και κλινικά προκαλούν πόνο και ευαισθησία στα κοιλιακά τοιχώματα.

Η φλεγμονή του ινομύωματος μπορεί να συμβεί σε συνδυα-

σμό με μία φλεγμονή των παρακείμενων πυελικών οργάνων, αλλά είναι συχνότερη στα υπορογόνια μισχωτά ινομύματα, που υφίστανται πρώτα νέκρωση και κατόπιν φλεγμονή.

Οι εκφυλίσεις των ινομυμάτων έχουν ενδιαφέρον για δύο λόγους: α)μπορεί να δώσουν συμπτωματολογία και κλινικά σημεία, που να απαιτούν θεραπεία, στην οποία συμπεριλαμβάνονται και η άμεση χειρουργική τους εξαίρεση και β)είναι δυνατόν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με το σάρκωμα.

Η σαρκωματοδής εξαλλαγή ενός ινομώματος συμβαίνει σε ποσοστό μικρότερο από 1% και γενικά δεν επηρεάζει την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών με ινομύματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ III

Μεταβολές γειτονικών οργάνων από την πίεση που ασκούν τα ινομύματα

Παθολογικές καταστάσεις

- 1)Αγγειακή και λεμφική συμφόρηση-στάση
- 2)Ουρική στάση εκ πίεσεως των ουρητήρων
- 3)Μετατόπιση, της ουροδόχου κύστεως προς τα άνω
- 4)Ευστροφή της μήτρας, σπανία και βαθμιαία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε'

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΙΝΟΜΥΩΜΑ

Σημαντική στην αποκατάσταση της αρρώστου είναι η προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας για να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει, για να αντιμετωπίσει το αύριο με αισιοδοξία και θάρρος.

Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης όλα τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να δείξουν κατανόηση, σωστή επικοινωνία και συνεργασία με την άρρωστη.

Επειδή όμως στην φάση αυτή της αποκατάστασης της αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια της αρρώστου και το κοινωνικό της περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

Πρέπει δηλαδή να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, της αρρώστου την επηρεάζουν και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή της.

Επομένως ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι διπλός: να καταβάλλει προσπάθεια ώστε η επίδρασή τους να είναι για την άρρωστη θετική και να έχει υποστηρικτικό ρόλο και να υποστηρίζει τα ίδια τα μέλη της ομάδας αναγνωρίζοντας την ανάγκη τους αυτή για υποστήριξη και ενημέρωση.

Η προσπάθεια αυτή της αποκατάστασης της αρρώστου θα πρέπει να γίνεται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην Ινομυωματολογία και στην ψυχολογία της αρρώστου με Ινομύωμα και Υστερεκτομή.

Στην αποκατάσταση της αρρώστου βοηθά σημαντικά η λειτουργία μίας ομάδας υποστήριξης που αποτελείται από ψυχίατρο, κοινωνική λειτουργό και ειδικευμένη Νοσηλεύτρια.

Η ασθενής με την ομάδα αρχίζει να συζητά την κατάστασή της, προκειμένου να αποκτήσει τις γνώσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της όπου τελικά θα αποδεχθεί την ύπαρξη της Υστερεκτομής.

Τέλος, σημαντική βοήθεια προσφέρουν τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως της αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο Νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής της αρρώστου, στο σπίτι με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος της αρρώστου.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1. Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

2. Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, εάν η άρρωστη έχει κάνει ολική υστερεκτομή με ωθη-
μεκτομή-σαλπινγεκτομή.

3. Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:

* Να αποφεύγει κατά την περίοδο της αναρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή ανέβασμα σιάλας, για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων.

* Η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πο-

λύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών.

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

4. Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κολπική έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα θα μειωθεί σιγά-σιγά και τελικά θα σταματήσει.

5. Ενημέρωση της άρρωστης για την πιθανή εμφάνιση <<αισθήματος κόπωσης>> κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

6. Βοήθεια της άρρωστης στον σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

7. Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με εντολή του γιατρού. Θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες της εργασίας κ.λπ..

8. Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν για πολύ.

9. Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια.

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Η ασθενής Γ, 41 ετών έγγαμος από 20ετία, Μητέρα 3 κοριτσιών, προσήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική, για μικροενοχλήματα από την ελάσσονα πύελο (αναφέρει φουσκώματα, βάρος) και μητρορραγία προ διμήνου.

Μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν βρέθηκε ινομύωμα μήτρας και αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε ολική Κοιλιακή Υστερεκτομή με αφαίρεση του Ινομώματος της μήτρας.

Μετεγχειρητικά τα προβλήματα της αρρώστου ήταν:

ΕΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Μετεγχειρητικός πόνος.	Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα. Η αδελφή ενημερώνει τον ιατρό.	Κατόπιν εντολής ιατρού θα γίνει 1 AMP FETHIDINE ή ZIDERON IM κάθε δωρο.	Έγινε η παυσίπονη ένεση από την αδελφή IM & η ασθενής τοποθετήθηκε σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	Ο πόνος σταδιακά μειώθηκε μέχρι που εξαφανίστηκε.
Έμετος	Ο έμετος ωφείλεται στην συλλογή στο στομάχι υγρών ή στην λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλασης του γαστρεντερικού σωλήνα.	Μετά από εντολή ιατρού θα γίνει 1 AMP PRIMPERAN IM για τους εμέτους, και θα εφαρμοστεί ρινογαστρικός σωλήνας LEVIN.	Με την βοήθεια της αδελφής εφαρμόστηκε ρινογαστρικός καθετήρας LEVIN και έγινε 1 αντλιομετρική ένεση PRIMPERAN IM.	Η ασθενής δεν είχε άλλους εμέτους γιατί είχε το LEVIN.
Ανησυχία-Δυσφορία	Η ανησυχία και η δυσφορία ωφείλονται ή στο λερωμένο τραύμα, ή στην επίσχεση ούρων στον μετωρισμό και λόξυγκα ή στην αύπνια.	Μετά από εντολή ιατρού θα δοθεί 1 CAPS STEDON για την αύπνια.	Εδόθη 1 CAPS STEDON από την αδελφή.Μείωσε τους θορύβους στο ελάχιστο,αέρισε το δωμάτιο και χαμήλωσε τα φώτα.	
Η ασθενής έχει LEVIN στομάχου.	Η αδελφή ελέγχει και ενημερώνει τον ιατρό σε περίπτωση που το LEVIN δεν λειτουργεί κανονικά. Εφαρμόζει σύριγγα 60CC στην άκρη του ρινογαστρικού καθετήρα & κάνει αναρρόφηση.	Μετά από εντολή ιατρού θα γίνονται πλύσεις στο LEVIN ανά 4 ώρες.Και θα ελέγχεται το περιεχόμενο των αποβαλλομένων γαστρικών υγρών.	Έγιναν με την βοήθεια αδελφής οι πλύσεις στο LEVIN ανά 4 ώρες,και έγινε έλεγχος του περιεχομένου των αποβαλλομένων υγρών.	Μετά τις πλύσεις η λειτουργία του LEVIN ήταν καλή.Το ποσό των αποβαλλομένων υγρών το 24ωρο ήταν 200CC.

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Η ασθενής έχει FOLLEY στο στόμαχου.	Η αδελφή ελέγχει συχνά την λειτουργία του FOLLEY κύστεως για την πρόληψη τυχόν απόφραξης αυτού. Ενημερώνει τον ιατρό.	Μετά από εντολή ιατρού να γίνει αναρρόφηση με σύριγγα 60CC στην άκρη του καθετήρα FOLLEY και σε περίπτωση που δεν έχουμε αποτέλεσμα να γίνει εισαγωγή νέου καθετηρα FOLLEY κύστεως.	Έγινε αναρρόφηση με σύριγγα στον καθετήρα FOLLEY. Αλλά δεν ξεβούλωσε γι' αυτό η αδελφή εφάρμοσε καινούργιο καθετήρα FOLLEY.	Μετά τον καινούργιο καθετήρα FOLLEY η λειτουργία ήταν ικανοποιητική. Το ποσό των ούρων ήταν 1500 CC.
Ψυχολογικά προβλήματα.	Η άρρωστη έχει ψυχολογικά προβλήματα γιατί δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης. Η αδελφή παρακολουθεί συχνά την άρρωστη και όταν τα συμπτώματα αυτά είναι έντονα ενημερώνει αμέσως τον ψυχίατρο.	Αφού εξετάστηκε η άρρωστη από τον ψυχίατρο εδόθηκαν οδηγίες να δοθεί (1 CAPS STEDON) για να ηρεμήσει η άρρωστη και να υπάρχει διάλογος από το νοσηλευτικό προσωπικό.	Εδόθηκε η CAPS STEDON από την αδελφή σύμφωνα με τις οδηγίες του ψυχίατρου. Η αδελφή ήταν η άρρωστη έφτασε στην φάση της κατάθλιψης την βοήθησε σημαντικά με το να καθίσει κοντά της και να την αφήσει να εκφράσει μόνη της τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει.	Μετά αφού η άρρωστη πήρε ηρεμιστική κάψουλα ηρέμησε λίγο. Και μετά από την σημαντική βοήθεια της αδελφής η άρρωστη δεν είχε πλέον καμμία αμφιβολία.

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Άρνηση της ασθενούς να αποδεχτεί την υστεροκτομή.	Η άρνηση της ασθενούς ωφείλεται στην απώλεια της μήτρας. Η άρρωστη εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα έχει & προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας κυρίως εάν δεν έχει παιδιά. Η αδελφή ενημερώνει τον γιατρό για να την καθησυχάσει.	Μετά από τον διάλογο μεταξύ γιατρού και άρρωστης εδόθη οδηγία να γίνει παυσίπονη ένεση για να ηρεμήσει η άρρωστη. Επίσης η αδελφή να μένει τις περισσότερες ώρες κοντά της για να συζητάει μαζί της και να την απαλλάσει από τις αμφιβολίες της.	Έγινε η παυσίπονη ένεση στην άρρωστη σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού. Η αδελφή έμεινε πολλές ώρες κοντά της και της εξήγησε ότι η απώλεια μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου της και την ανάγκη της σαν γυναίκα.	Το αποτέλεσμα ήταν μετά από πολλές προσπάθειες τελικά η ασθενής αποδέχτηκε την υστεροκτομή και δεν είχε καμία αμφιβολία για την μετέπειτα ζωή της.
Παρέμβαση.	Η αδελφή ωφείλει να αξιολογήσει εάν η άρρωστη χρειάζεται γιατρό για να τις κάψει διδασκαλία για την μετέπειτα ζωή της. Η άρρωστη είναι δυνατόν να έχει πολλές αμφιβολίες να παρουσιάζει μελαγχολία ή να χρειάζεται ψυχιατρική βοήθεια.	Αφού εξετάστηκε η άρρωστη από τον γιατρό διαπιστώθηκε ότι η άρρωστη ήταν αμφίβολη & είχε μεγάλη μελαγχολία. Εδόθηκε εντολή η άρρωστη αυτή να παίρνει ηρεμιστικά χάπια στις φάσεις αυτές για να ηρεμεί.	Έγινε διδασκαλία της άρρωστης & της οικογένειάς της σχετικά με τον σκοπό & την εναλλακτική της επέμβαση, & εκτίμηση συγνηθισμένης σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.	Η άρρωστη αφού πήγε στο σπίτι με την φαρμακευτική αγωγή που έπαιρνε & με την ψυχολογική υποστήριξη που της έγινε στο νοσοκομείο πήγε πολύ καλά.
			Εδόθη & 1 CAPS υποστυντον.	

Η γενική κατάσταση της αρρώστο τις επόμενες ημέρες ήταν καλή. Αφαιρέθηκε το LEVIN στομάχου και ο καθετήρας FOLLEY κύστεως. Η ασθενής δεν είχε πυρετό και η λειτουργία του εντέρου ήταν καλή, καθώς και της κενώσεως. Η σίτησή της ήταν ικανοποιητική. Μετά από πολλές πλέον προσπάθειες του νοσηλευτικού προσωπικού είχε αποδεχθεί πλέον την υστερεκτομή.

Η ασθενής έφυγε από το Νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 15 ημερών. Δόθηκε σε αυτή οδηγίες για επανεξέταση μετά από 10 ημέρες.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Η ασθενής Ε 57 ετών, έγγαμος από 34ετία, μητέρα 2 αγοριών, προσήλθε στην Κρατική Μαιευτική κλινική για σταγονοειδή αιμόρροια προ διμήνου.

Μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν βρέθηκε ινομυωματώδη μήτρα και αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε ολική κοιλιακή υστερεκτομή με αφαίρεση του Ινομώματος της Μήτρας.

Μετεγχειρητικά τα προβλήματα της αρρώστου ήταν:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Μετεγχειρητικός πόνος.	Ο πόνος το πρώτο 24ωρο οφείλεται στο τραύμα. Η αδελφή οφείλει να εντοπίσει αν είναι συνεχής ή διαλεί-& να καταγράψει τις διαπιστώσεις της & να τις γνωστοποιήσει στον χειρουργό & τον αναισθησιολόγο.	Μετά από εντολή ιατρού και αναισθησιολόγου να χορηγηθούν αναλγητικά ($\frac{1}{2}$ AMP PETHIDINE + $\frac{1}{2}$ AMP ATROPINE IM για τον πόνο.	Έγινε από την αδελφή η παυσίπονη ένεση IM σύμφωνα με το είδος και τη δόση που έγραψε ο ιατρός. Και έγινε η διδασκαλία στην άρρωστη για την υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ή έχει τάση για έμετο.	Ο πόνος σιγά-σιγά μειώθηκε ώσπου μετά από 1 ώρα η άρρωστη δεν πονούσε καθόλου.
Τοποθέτηση της αρρώστου σε ημικαθιστή θέση.	Τοποθετεί την άρρωστη η αδελφή σε ημικαθιστική θέση για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας & την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ελέγχει & παρακολουθεί την άρρωστη η αδελφή μήπως παρουσιάσει βήχα, δυσφορία, δύσπνοια και ενημερώνει τον ιατρό.	Αφού εξετάστηκε η άρρωστη από τον ιατρό εδόθη οδηγία να χορηγηθεί οξυγόνο στα 6 λίτρα και να γίνει αναρρόφηση.	Χορηγήθηκε το οξυγόνο στην άρρωστη από την αδελφή και έγινε για 10 λεπτά αναρρόφηση.	Η άρρωστη μετά από την αναρρόφηση και την χορήγηση οξυγόνου για 1 ώρα δεν είχε καθόλου δύσπνοια.

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Πυρετός με ρίγος.	Ο πυρετός τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες οφείλεται σε μόλυνση ή φλεγμονή.	Μετά από εντολή ιατρού να γίνει 1 AMP APOTEL IM και να παρακολουθείται η θερμοκρασία ανά 3ωρο σε θερμομετρικό διάγραμμα.	Έγινε από την αδελφή η αντιπυρετική ένεση IM, & παρακολουθούσε την ασθενή ανά 3ωρο.	Η άρρωστη μετά από την ένεση είχε χαμηλό πυρετό (37,2%) ώσπου τελικά δεν έκανε καθόλου.
Αιμορραγία.	Η αιμορραγία οφείλεται σε ολίσθηση απολίωσης εξαιτίας φλεγμονής & στην διαβρωση του αγγείου από σωλήνα παροχέτευσης. Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος και κινείται συνεχώς, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρο. Ο σφυγμός συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές συχνές και βαθιές. Η αδελφή ενημερώνει αμέσως τον γιατρό.	Αφού εξετάστηκε η άρρωστη από τον γιατρό εδόθη οδηγία να χορηγηθεί μορφίνη για να ηρεμήσει η άρρωστη, να τοποθετηθεί το σημείο που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση και να καλυφθεί με γάζα και πιεστική επίδεση, και να χορηγηθεί 1 μονάδα πλάσμα αίματος IV.	Χορηγήθηκε η μορφίνη από τον γιατρό, τοποθετήθηκε το σημείο σε ανάρροπη θέση και καλύφθηκε με γάζα και πιεστική επίδεση. Και πήρε η άρρωστη 1 μονάδα αίμα.	Η άρρωστη ηρέμησε αρκετά και η αιμορραγία άρχισε σιγά-σιγά να υποχωρεί ώσπου μετά από λίγες ώρες σταμάτησε.

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Ψυχολογικά προβλήματα.	Η άρρωστη έχει ψυχολογικά προβλήματα γιατί δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως. Η αδελφή παρακολουθεί συχνά την άρρωστη και όταν αξιολογήσει ότι πρέπει να τη δει ψυχίατρος τον ενημερώνει.	Μετά από εντολή του ψυχιατρού εδόθησαν οδηγίες να δίνονται ηρεμιστικά στην άρρωστη (STEDON) για να ηρεμεί. Να αποφεύγονται οι επισκέψεις συγγενικών προσώπων και να παραμένει κοντά της πιο πολύ η αδελφή.	Εδόθησαν τα ηρεμιστικά από την αδελφή. Η αδελφή έμεινε πολλές ώρες κοντά της & μετά από συνεχή διδασκαλία ενίσχυσε την άρρωστη πάρα πολύ & την στήριξε ψυχολογικά ώπου η άρρωστη μπόρεσε να αποκτήσει αίσθημα εμπιστοσύνης, ελπίδας & αισιοδοξίας.	Μετά από πολλές προσπάθειες από την αδελφή η ασθενής απαλλάχτηκε από προβλήματα αυτά & το ηθικό της τονώθηκε πάρα πολύ.
Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.	Η αδελφή θα πρέπει να φροντίζει και για το οικονομικό πρόβλημα της άρρωστης. Σε περίπτωση που υπάρχει αξιολογεί εάν θα πρέπει να ενημερώσει την Κοινωνική Πρόνοια.	Ενημερώθηκε η κοινωνική λειτουργός και ανάλαβε την μετέπειτα φροντίδα της ασθενούς. Έγινε αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοδομειακή παρακολούθηση.	Ενημερώθηκε η άρρωστη από την αδελφή για την Κοινωνική Υπηρεσία & της δόθηκαν συμβουλές σχετικά με την σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.	Η άρρωστη δέχτηκε να την βοηθήσει η Κοινωνική λειτουργός και οι ανάλογες υπηρεσίες για την μετέπειτα παρακολούθηση.

Προβλήματα της αρρώστου	Αξιολόγηση των προβλημάτων	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Νοσηλευτικές δραστηριότητες ή εφαρμογή.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
Έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο.	<p>Η αδελφή αξιολογεί πως είναι η ψυχολογική και σωματική κατάσταση της αρρώστου.</p> <p>Η άρρωστη ίσως να αισθάνεται μοναξιά, απογοήτευση και ειδικά εάν είναι μόνη στην οικογένεια. Ίσως να αισθάνεται ντροπή, θυμό και απελπισία όταν γυρίσει στο σπίτι μήπως η οικογένεια δεν την αποδεχτεί καλά.</p>	<p>Θα πρέπει να γίνει διδασκαλία από τον γιατρό και τον ψυχίατρο σχετικά με τα θέματα αυτά για να αποκτήσει η άρρωστη αισιοδοξία και εμπιστοσύνη.</p> <p>Επίσης θα πρέπει να γίνει διάλογος μεταξύ αρρώστου και κοινωνικού λειτουργού για να ενισχυθεί ψυχολογικά η άρρωστη.</p>	<p>Με την βοήθεια της αδελφής έγινε διδασκαλία από τους γιατρούς και διάλογος από την κοινωνική λειτουργό.</p> <p>Έγινε διδασκαλία στην οικογένεια της άρρωστης να υπάρχει ενδιαφέρον, συμπόνια, και στενή παρακολούθηση της άρρωστης για διαπίστωση τυχόν επιπλοκών.</p>	<p>Το αποτέλεσμα ήταν από τις διδασκαλίες αυτές η άρρωστο να αποκτήσει θάρρος και αισιοδοξία και να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς αμφιβολίες και ψυχολογικά προβλήματα.</p>

Η γενική κατάσταση της αρρώστου τις επόμενες ημέρες ήταν καλή. Η ασθενής δεν είχε πυρετό, ούτε αιμορραγία και η λειτουργία του εντέρου ήταν καλή, καθώς και των κενώσεων. Η οίτησή της ήταν αρκετά καλή. Η άρρωστη έφυγε από το Νοσοκομείο ψυχολογικά ενισχυμένη με θάρρος, ελπίδα και αισιοδοξία.

Η ασθενής έφυγε από το Νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 18 ημερών. Δόθηκαν σε αυτήν οδηγίες για επανεξέταση μετά από 12 ημέρες.

ΕΡΕΥΝΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με θένα τα Ινομύωματα Μήτρας και ειδικότερα το ποσοστό των ατόμων που έκαναν υστερεκτομή πραγματοποίησα την έρευνα που ακολουθεί. Η έρευνα αυτή έγινε στην Πάτρα και στο Κρατικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο <<409>>. Στα έτη 1960-1991 έως τις 26.6.1991 και στην Κρατική Μαιευτική και Πανεπιστημιακή Μαιευτική ερευνήθηκε η παρουσία και η συχνότητα εντόπισης ινομυωμάτων μήτρας στα διάφορα τμήματα της μήτρας.

Αναλυτικότερα από τα στοιχεία που βρέθηκαν εντοπίστηκαν τα ινομύωματα μήτρας ανάλογα με το αν είναι παντρεμένα ή όχι και την ηλικία. Παρατηρούμε δηλαδή ότι η συχνότητα των ινομυωμάτων μήτρας είναι μεγαλύτερη σε ποσοστό στις παντρεμένες απ'ότι στις ανύπαντρες. Οι ηλικίες στις οποίες είναι περισσότερο συχνή η ύπαρξη ινομυωμάτων μήτρας είναι από 25-40 χρόνων. Τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι περισσότερο επικίνδυνα να παρουσιάσουν ινομύωμα στην μήτρα. Οι ημέρες νοσηλείας για τα άτομα που υποβάλλονται σε κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης είναι κατά μέσο όρο από 10-20 ημέρες.

Από τις χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθησαν τα διαγνωσμένα άτομα με ινομύωμα μήτρας, συχνότερη είναι η ολική κοιλιακή υστερεκτομή και ακολουθούν η ολική κολπική υστερεκτομή και η ινομυωματεκτομή ή εκπιρρήνιση. Από τα άτομα που διαγνώσθηκε ινομύωμα μήτρας και συνεστήθηκε χειρουργική επέμβαση λίγα σε αριθμό αρνήθηκαν να κάνουν υστερεκτομή και γενικά να χειρουργηθούν.

Στους πίνακες που ακολουθούν παραθέτω τα αναλυτικά στοιχεία και ποσοστά που βρέθηκαν στην έρευνα που πραγματοποιήσα τα έτη 1960-1991.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΕΤΟΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙΝΙΚΕΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΠΑΘΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
1960	2	2	2 ή 100%	-	38	7-8 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 7
1961	8	8	8 ή 160%	-	35-53 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 44	2-17 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 10
1962	1	1	1 ή 100%	-	33	8
1963	4	4	3 ή 75%	1 ή 25%	30-50 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 40	4-12 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 8
1964	5	5	4 ή 100%	1 ή 25%	36-63 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 49	8-16 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 12
1965	3	3	2 ή 66,6%	1 ή 33,3%	34-35 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 40	9-14 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 14
1966	4	4	2 ή 66,6%	2 ή 66,6%	36-50 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 43	1-22 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 11
1967	5	5	4 ή 13,3%	1 ή 33,3%	35-53 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 44	5-12 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 9
1968	19	19	17 ή 89,4%	2 ή 10,5%	22-80 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 51	1-42 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 22
1969	4	4	3 ή 75%	1 ή 25%	40-50 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 47	12-24 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 18
1970	7	7	7 ή 100%	-	24-48 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 36	9-37 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 23
1971	6	6	6 ή 100%	-	38-75 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 56	10-21 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 15
1972	4	4	4 ή 100%	-	35-52 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 44	5-24 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 15
1973	2	2	2 ή 100%	-	38-47 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 42	12-17 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 15
1974	8	8	8 ή 100%	-	41-56 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 49	2-31 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 16
1975	24	24	22 ή 100%	2 ή 10%	28-56 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 42	2-30 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 16
1976	4	4	4 ή 100%	-	32-62 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 46	11-20 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 15
1977	6	6	4 ή 66,6%	2 ή 33,3%	27-47 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 37	2-40 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 21
1978	3	3	3 ή 100%	-	36-49 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 42	3-30 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 12
1979	3	3	3 ή 100%	-	25-52 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 38	1-20 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 13
1980	9	9	9 ή 150%	-	38-66 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 52	1-20 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 10
1981	19	19	18 ή 13%	1 ή 7,1%	23-55 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 39	2-27 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 15
1982	36	36	20 ή 9,6%	7 ή 18,7%	24-71 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 48	2-37 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 20
1983	39	39	36 ή 9,7%	3 ή 8,1%	34-65 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 50	1-26 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 13
1984	32	32	29 ή 9,6%	3 ή 9,3%	27-60 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 43	1-12 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 7
1985	99	99	93 ή 9,5%	6 ή 6,1%	30-73 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 52	1-19 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 10
1986	58	58	55 ή 10,5%	3 ή 5,7%	25-67 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 46	1-15 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 8
1987	41	41	39 ή 11,1%	2 ή 5,7%	30-67 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 48	1-12 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 7
1988	11	11	11 ή 100%	-	35-60 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 48	6-9 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 8
1989	10	10	9 ή 113%	1 ή 12,5%	25-65 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 45	3-20 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 12
1990	11	11	8 ή 72,7%	3 ή 27,2%	24-59 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 42	6-16 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 11
1991	11	11	9 ή 113%	2 ή 25%	36-57 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 46	1-22 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 12

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΕΤΟΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΙ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΟΠΑΘΕΙΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ή ΦΑΡΜΑ- ΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ						
				ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ						
				ΟΛΙΚΗ ΚΟΙ- ΛΙΑΚΗ ΥΣΤΕ- ΡΕΚΤΟΜΗ	ΟΛΙΚΗ ΚΟΛ- ΠΙΚΗ ΥΣΤΕ- ΡΕΚΤΟΜΗ	ΑΛΠΑΡΟ- ΤΟΜΙΑ	ΥΦΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚ- ΤΟΜΗ	ΕΚΤΥΡΗΝΙΣΗ ή ΙΝΟΜΥΩ- ΜΑΤΕΚΤΟΜΗ	ΑΠΟΣΕΣΗ	ΕΠΙΟΜΙΑ
1960	2	1	1 ή 100%	1 ή 100%	-	-	-	-	-	-
1961	8	5	-	4 ή 80%	1 ή 20%	-	-	-	1 ή 20%	2 ή 40%
1962	1	1	-	-	-	-	-	1 ή 100%	-	-
1963	4	3	-	2 ή 66,6%	1 ή 33,3%	-	-	-	1 ή 33,3%	-
1964	5	4	-	3 ή 75%	1 ή 25%	-	-	-	1 ή 25%	-
1965	3	3	-	2 ή 66,6%	1 ή 33,3%	-	-	-	-	-
1966	4	2	-	2 ή 100%	-	-	-	-	2 ή 100%	-
1967	5	2	1 ή 50%	1 ή 50%	1 ή 50%	-	-	-	1 ή 50%	1 ή 50%
1968	19	13	1 ή 7,7%	11 ή 84,7%	-	1 ή 7,7%	-	1 ή 7,7%	3 ή 23%	2 ή 15,3%
1969	4	4	-	2 ή 50%	1 ή 25%	-	-	1 ή 25%	-	-
1970	7	5	-	4 ή 80%	1 ή 20%	-	-	-	1 ή 20%	-
1971	6	6	-	4 ή 66,6%	1 ή 16,6%	-	-	1 ή 16,6%	-	-
1972	4	4	-	3 ή 75%	1 ή 25%	-	-	-	-	-
1973	2	2	-	1 ή 50%	-	-	1 ή 50%	-	-	-
1974	8	5	-	2 ή 40%	2 ή 40%	-	1 ή 20%	-	1 ή 20%	1 ή 20%
1975	24	13	1 ή 7,7%	6 ή 46,1%	4 ή 30,7%	-	2 ή 15,3%	-	8 ή 61,5%	2 ή 15,3%
1976	4	3	-	2 ή 66,6%	1 ή 33,3%	-	-	-	-	1 ή 33,3%
1977	6	4	-	2 ή 50%	2 ή 50%	-	-	-	1 ή 25%	1 ή 25%
1978	3	2	-	2 ή 100%	-	-	-	-	1 ή 50%	-
1979	3	3	-	2 ή 66,6%	-	-	1 ή 33,3%	-	1 ή 50%	-
1980	9	6	-	5 ή 83,3%	1 ή 16,6%	-	-	-	2 ή 33,3%	1 ή 16,6%
1981	19	13	2 ή 15,3%	10 ή 77%	1 ή 7,7%	-	-	2 ή 15,3%	4 ή 30,7%	-
1982	36	31	1 ή 3,2%	20 ή 64,5%	7 ή 22,5%	1 ή 3,2%	-	3 ή 9,6%	2 ή 6,4%	1 ή 3,2%
1983	39	30	4 ή 13,3%	17 ή 56,6%	12 ή 40%	1 ή 3,3%	-	-	4 ή 13,3%	1 ή 3,3%
1984	32	24	2 ή 8,3%	12 ή 50%	12 ή 50%	-	-	-	5 ή 20,8%	1 ή 4,1%
1985	99	70	2 ή 2,8%	38 ή 54,2%	27 ή 38,5%	3 ή 4,2%	-	2 ή 2,8%	15 ή 21,4%	12 ή 17,1%
1986	58	41	5 ή 12,2%	21 ή 51,2%	18 ή 43,9%	-	-	2 ή 4,8%	10 ή 24,4%	2 ή 4,8%
1987	41	25	3 ή 12%	13 ή 52%	12 ή 48%	-	-	-	10 ή 40%	3 ή 12%
1988	11	7	1 ή 14,2%	4 ή 57,1%	3 ή 42,8%	-	-	-	2 ή 28,5%	1 ή 14,2%
1989	10	5	2 ή 40%	3 ή 60%	2 ή 40%	-	-	-	3 ή 60%	-
1990	11	9	-	4 ή 44,4%	3 ή 33,3%	1 ή 11,1%	-	1 ή 11,1%	2 ή 22,2%	-
1991	11	9	-	7 ή 77,7%	1 ή 11,1%	-	-	1 ή 11,1%	2 ή 22,2%	-

Κατοαρική τομή: 1
Απεβίωση: 1
Φυσιολογικός τοκετός: 1

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η Υστερεκτομή αποτελεί την κύρια θεραπευτική αγωγή για τα ινομυώματα της Μήτρας. Διαπιστώθηκαν οι συνθήκες και οι παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση ινομυώματος μήτρας.

Βασικό θέμα αποτελεί η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα στις άρρωστες με ινομύωμα μήτρας και προτείνεται η ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων για τον αγώνα των ινομυωμάτων σε κάθε Νοσοκομείο. Με την προσπάθεια αυτή θα ενημερώνεται το κοινό και θα υπάρχει ευαισθητοποίηση στο θέμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης Ινομυώματος της Μήτρας.

Επίσης προτείνεται να υπάρχει ειδικό προσωπικό για την ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών με υστερεκτομή γνωρίζοντας τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζονται.

Από όλα τα στοιχεία που παρατέθηκαν διαπιστώνεται η μεγάλη συχνότητα ινομυώματος μήτρας σε άτομα ηλικίας 25-45 ετών και ιδιαίτερα στις παντρεμένες γυναίκες. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η συχνή εξέταση των ατόμων που παρουσιάζουν έστω και κάποιο ακίνδυνο σύμπτωμα και η ιδιαίτερη προσοχή στην διάγνωση και μάλιστα στην έγκαιρη διάγνωση.

Τέλος προτείνεται η αναγκαιότητα για υποστήριξη του αγώνα κατά του ινομυώματος και η πίστη και αισιοδοξία για το μέλλον όσον αφορά το ινομύωμα. Αρκεί όλοι μας να υιοθετήσουμε δύο λέξεις: ΑΓΩΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑ.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ ΡΕΓΓΙΝΑ-ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ: <<Στοιχεία φυσιολογίας για αδελφές Νοσοκόμες και τους Σπουδαστές των Τ.Ε.Ι.>>
Έκδοση: Γ.Παρισιάνου, Αθήνα 1984
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: <<Φυσιολογία της Γυναίκας>>, Έκδοση: Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- ΓΟΥΤΟΝ Α., Μ.Δ.: <<Φυσιολογία του ανθρώπου>> Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Έκδοση Τρίτη, Τόμος Α', Έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
- ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Κ. και ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Σ.: <<Η λαπαροσκόπηση στην διάγνωση του πυελικού άλγους>>
Έκδοση: Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1981.
- ΚΑΤΡΟΤΣΗΣ Δ.-ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν.: <<Ανατομία του Ανθρώπου>>
Τόμος Α', Έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1982.
- ΛΟΥΡΟΣ Κ.Ν.: <<Μαιευτική και Γυναικολογία>>, Έκδοση Τρίτη, Έκδοση: Γ.Παρισιάνου, Αθήνα 1971.
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<Γενική Παθολογική-Χειρουργική>>, Τόμος Α' και Β', Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987.
- ΜΠΟΝΤΗΣ Ι.: <<Μικροχειρουργική αντιμετώπιση ινομυωμάτων μήτρας>>, Έκδοση: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Θεσσαλονίκη 1982.
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι.ΣΕΡΓΙΟΣ: <<Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας>>, Έκδοση: Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.ΝΙΚΟΥ: <<Γυναικολογική Ογκολογία>> Έκδοση: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1987

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.ΝΙΚΟΥ: <<Γυναικολογία>>, Έκδοση Δεύτερη,

Έκδοση:Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1986.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π.Π.:<<Γυναικολογία>>; Έκδοση:Επιστημονικές

εκδόσεις Γ.Παρισιάνου, Αθήνα 1972.

ΠΟΥΓΓΟΥΡΑ Θ.ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ: <<Μαιευτική-Γυναικολογία>>, Έκδοση:

Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1986.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝ. ΚΑΙ ΠΑΝΟΥ ΜΑΡ.:<<Παθολογική και Χειρουργική

Νοσηλευτική>>, Τόμος Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.

FRICK H. LEOUHARDT H. AND STARCK D.:<<Ειδική Ανατομία ΙΙ>>,

Μετάφραση Νικ.Δ.Νικηφόρος, Έκδοση: Γ.Παρισιάνου, Αθήνα 1985

