

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "Καρκίνος τραχήλου μήτρας
και Νοσηλευτική Φροντίδα"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. Παπαδημητρίου Μαρία

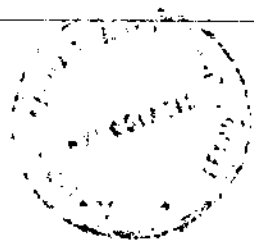


ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Παπουτσή Αναστασία

ΠΑΤΡΑ: 8/9/1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	774
----------------------	-----



Αυτή η εργασία είναι αφιερωμένη
στην Κατερίνα Αναγνωστοπούλου,
αγαπημένη φίλη και σπουδάστρια που
δεν υπάρχει πια σ'αυτόν τον κόσμο.

Ένα μεγάλο Ευχαριστώ,

θα ήταν παράλειψή μου αν στην αρχή της εργασίας αυτής δεν ευχαριστούσα κάποιους ανθρώπους που με βοήθησαν με διάφορους τρόπους στην πραγματοποίηση της.

Ευχαριστώ λοιπόν την καθηγήτρια μου κ. Παπαδημητρίου Μαρία που με την σωστή της καθοδήγηση και βοήθεια δημιούργησα αυτή την εργασία.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει επίσης και στους γονείς μου, που με στήριξαν με διάφορους τρόπους σ'ολόκληρη την διάρκεια της ζωής μου ώστε να φθάσω σήμερα στην πραγμάτωση αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος: Ένα μεγάλο ευχαριστώ	1
Λίγα λόγια για μια μάλιστα: καρκίνος	2
Επιδημιολογία του καρκίνου	6
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
Καρκίνος τραχήλου μήτρας	13
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u>	
α. Ανατομία-Φυσιολογία μήτρας-τραχήλου	15
β. Επιδημιολογία καρκίνου τραχήλου μήτρας	18
Πίνακας 1	
Πίνακας 2	
γ. Ιστογένεση	22
δ. Μορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u>	
α. Αιτιολογικοί παράγοντες	27
β. Βιολογικοί παράγοντες	31
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u>	
Συμπτώματα - Ευρύματα	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	
Διαγνωστικές εξετάσεις	35
Διαφορική διάγνωση	46
Μεταστάσεις του καρκίνου τραχήλου μήτρας	
Στάδια	48
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI</u>	
Θεραπεία	50
Παρακολούθηση μετά την θεραπεία	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	ΣΕΛ.
Πρόγνωση	70
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνη	73
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
Κεφάλαιο VIII	
Νοσηλευτική Φροντίδα καρκινοπαθούς	75
Κεφάλαιο IX	79
Κεφάλαιο X	81
Διαγνωστικός έλεγχος και νοσηλευτική παρέμβαση	81
Α. Κυτταρολογική εξέταση - TEST Παπανικολάου	82
Β. Δοκιμασία Ιωδίου κατά SHILER	84
Γ. Κολποσκόπηση	85
Δ. Βιοψία τραχήλου - καυτηρίαση	85
Ε. Σπινθηρογράφημα	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI	88
Η Νοσηλευτική στη θεραπεία καρκινοπαθούς	88
Α. Φαρμακευτική αγωγή	91
Β. Χημειοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση	92
Γ. Ακτινοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση	94
Δ. Χειρουργική και Νοσηλευτική παρέμβαση-θεραπεία	96
1. Νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικής φάσης	98
2. Νοσηλευτική φροντίδα διεγχειρητικής φάσης	102
3. Νοσηλευτική φροντίδα μετεγχειρητικής φάσης	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII	107
Παρακολούθηση και διδασκαλία της αρρώστου μετά την χειρουργική επέμβαση	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII	109

	ΣΕΛ.
ΙΣΤΟΡΙΚΟ Α.	109
Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας	109
Α. Νοσηλευτική διεργασία	111
Β. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	115
Β. Νοσηλευτική διεργασία	116
Συμπεράσματα και προσωπικές προτάσεις	120
Ευρωπαϊκός κώδικας κατα του καρκίνου	122
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	125

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ενας σοφός Κινέζος είπε: "Αν παραστήσουμε την υγεία με μια μονάδα και κάποιος είναι υγιής, τότε αυτός έχει μια μονάδα. Εάν ο πλούτος αντιπροσωπευθεί με 0 και είναι και πλούσιος τότε έχει 10 μονάδες. Εάν συγχρόνως είναι και έξυπνος και ωραίος, ευγενής, κ.ο.κ. θα μπορούσε να έχει 100, 1000 και 10.000 κ.ο.κ. μονάδες. Εάν όμως χάσει την υγεία του, δηλαδή την μονάδα όλα μηδενίζονται".

Αυτό γίνεται πραγματικά αντιληπτό στο καθένα μας, όταν αρρωστήσουμε, πολύ δε μάλλον όταν η αρρώστια είναι ανίατη. Και ο καρκίνος είναι κατά ένα μεγάλο ποσοστό ανίατη αρρώστια. Η αγάπη μου και η συμπάθεια για τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο με ώθησαν στην δημιουργία αυτής της εργασίας με θέμα αυτή την φοβερή αρρώστια και ιδιαίτερα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Αποφάσισα λοιπόν ν'ασχοληθώ μ'αυτό ιδιαίτερα τον καρκίνο για ένα ακόμη λόγο: γιατί έχω μια ιδιαίτερη ευαισθησία απέναντι στο γυναικείο φύλο αφού άλλωστε ανήκω σ'αυτό.

Εξάλλου ο Kahlil Gibran είχε πει: "Αυτό που είμαι τώρα το χρωστάω στις γυναίκες.

Αυτές άνοιξαν τα παράθυρα των ματιών μου και τις πόρτες της ψυχής μου".

ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΜΑΣΤΙΓΑ:

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ

Η γνωστή σ'όλο τον κόσμο σαν αγιάτρευτη αρρώστια . Αυτή που κάθε χρόνο στέλνει στον τάφο χιλιάδες ανθρώπους. Ακόμα και στις ημέρες μας παρόλη την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, δεν έχουν ανακαλυφθεί ολότελα τα αίτιά της. Στην αρχή παρουσιάζεται ένας μικρός όγκος. Ο όγκος αργότερα μεγαλώνει, προχωρεί στο γερό μέρος του σώματος, απορροφά τους ιστούς και επιφέρει τον θάνατο.

Στην αρχαία εποχή πρώτος μίλησε για καρκίνο και για τα καρκινώματα ο Ιπποκράτης. Αργότερα ο Ηρόφιλος και ο Ερασίστρατος. Γι'αυτούς καρκίνος ήταν ο όγκος που δεν θεραπεύονταν. Πρώτοι καρκινολόγοι μεγάλοι επιστήμονες στη νεώτερη εποχή (20ος αιώνας) είναι ο Μύλερ, ο Βίρχωβ και ο Ρεμάκ. Αργότερα ασχολήθηκαν με την ίδια υπόθεση ο Τίρς, ο Βαλδαίερ και ο Χάουζερ. Έτσι ανακαλύφθηκαν περισσότερες από 500 καρκινογόνες ουσίες (το κίτρινο του βουτύρου η αιθάλη, η χοληστερίνη, οι ακτίνες του ήλιου, του ραδίου, οι Ραίντγκεν όταν χρησιμοποιηθούν περισσότερο προκαλούν καρκίνο).

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο καρκίνος εξελίσσεται γρήγορα. Αναπτύσσεται σε δύο, τρεις μήνες και "τρώει" γρήγορα τον οργανισμό. Στους ηλικιωμένους η αρρώστια προχωρεί κάπως αργά. Όταν ο όγκος είναι καλοήθης, η αύξηση του είναι τοπική. Όταν είναι κακοήθης τα κύτταρά του πολλαπλασιάζονται συνέχεια και καταστρέφουν τους ιστούς. ο καρκίνος στα νεύρα προκαλεί πόνο, στα σπλάχνα αιμορραγία. Η

διάγνωση γίνεται με ακτινογραφία και βιοψία.

Τα είδη του καρκίνου είναι πολλά: βρογχικός καρκίνος, καρκίνος του γαστρεντερικού σωλήνα, καρκίνος των οστών, καρκίνος του μαστού, της μήτρας, κλπ.

Σχετικά με την γένεση του καρκίνου διατυπώθηκαν κατά καιρούς πάμπολλες θεωρίες. Η πιο επικρατέστερη σήμερα βιολογική θεωρία είναι η της "μεταλλαγής" της κληρονομικής ουσίας των σωματικών κυττάρων.

Δηλαδή, κληρονομικοί παράγοντες προδιαθέτουν τον άνθρωπο στο καρκίνο. Άλλη θεωρία, που μάλιστα επικροτείται από την πιο νέα καρκινολογική έρευνα, είναι η "θεωρία της χημικής απογύμνωσης των κυττάρων". Η βιοχημική απογύμνωση των κυττάρων γίνεται σιγά - σιγά και κατ'αρχήν δεσμεύονται από τα καρκινώματα πρωτεϊνικές ουσίες των κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά, επειδή στερούνται τις πρωτεϊνικές ουσίες, δεν μπορούν ν'ανταποκριθούν στη λειτουργία της ρύθμισης του πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ο μεγάλος και ακανόνιστος πολλαπλασιασμός παθολογικών κυττάρων. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε κάθε χώρα. Η αποτύπωση των μεγεθών τους και η εκτίμηση των διαχρονικών τους τάσεων συνιστούν κατά συνέπεια προϋποθέσεις για τον ορθολογικό προγραμματισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και την αξιολόγηση των λαμβανομένων μετρων.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει επανελλειμένες προσπάθειες για την διερεύνηση της αιτιολογίας και των περιγραφικών επιδημιολογικών χαρακτηριστικών διαφόρων κακοήθων

νεοπλασιών αλλά δεν είχε μέχρι σήμερα επιχειρηθεί η συνολική αξιολόγηση του προβλήματος με σύγχρονες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Είναι βέβαια γνωστό, ότι συγκριτικά προς τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες η θνησιμότητα από τις περισσότερες κακοήθειες νεοπλασίες είναι μικρή στην Ελλάδα αλλά δεν είχε μέχρι σήμερα καθοριστεί με ακρίβεια στη χώρα μας η δυναμική των διαχρονικών εξελίξεων των διαφόρων κακοήθων νεοπλασιών. Είναι προφανές ότι η υιοθέτηση εκτεταμένων προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής σε επίπεδο πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης μπορεί να δικαιωθεί μόνο στο βαθμό κατά τον οποίο τα συγκεκριμένα μέτρα επηρεάζουν με ευνοϊκό πηλίκο κόστους - αποτελεσματικότητας την υγεία του πληθυσμού. Εξάλλου, υπάρχουν συγκλίνουσες ενδείξεις ότι στην Ελλάδα ο πληθυσμός εκτίθεται προοδευτικά περισσότερο σε σειρά καρκινογόνων παραγόντων μεταξύ των οποίων δεσπόζουσες θέσεις κατέχουν το κάπνισμα, ορισμένες διατροφικές συνήθειες και άλλες παράμετροι του μακρο-και μικροπεριβάλλοντος. Δεδομένου ότι τα αποτελέσματα της δράσης των αιτιολογικών παραγόντων καθώς και των προληπτικών παρεμβάσεων στις διάφορες μορφές καρκίνου εκδηλώνεται με σημαντική καθυστέρηση, λόγω του μακρού λανθάνοντος χρόνου των νοσημάτων αυτών η ύπαρξη διαχρονικών σειρών ικανοποιητικής ποιότητας αποτελεί προϋποθέσεις για την κατοχύρωση της εγκυρότητας των αξιολογητικών κριτηρίων των προληπτικών και άλλων παρεμβάσεων.

Η Ελλάδα αποτελεί τη μόνη από τις χώρες της ΕΟΚ που

δεν διαθέτει αρχεία καταγραφής νεοπλασμάτων. Οι περιπτώσεις νοσηλείας καταγράφονται βέβαια στις νοσοκομειακές στατιστικές αλλά αυτές είναι ελλιπείς, υπόκεινται σε διπλοκαταγραφές, δεν έχουν συγκεκριμένες πλυθυσμικές αντιστοιχίες και η ποιότητά τους ποικίλει. Εναλλακτικά η μόνη εφικτή προσέγγιση για την αξιολόγηση του μεγέθους και των προοπτικών του προβλήματος "καρκίνος" στη χώρα μας είναι η χρησιμοποίηση των στατιστικών θνησιμότητας. Οι θάνατοι ενηλίκων καταγράφονται ανελλιπώς στη χώρα μας και μολονότι υπάρχουν προβλήματα διαγνωστικής αξιοπιστίας τα προβλήματα αυτά είναι σταθμιτά κατά την αξιολόγηση των διαχρονικών ροπών.

Με το θέμα αυτό της αποτύπωσης του μεγέθους και των χαρακτηριστικών της θνησιμότητας από κακοήθειες νεοπλασίες στη χώρα μας και τη δυναμική των διαχρονικών εξελίξεων, ασχολήθηκε η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία σε συνεργασία με το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας Καρκίνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το τμήμα Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Από βιοστατιστικά στοιχεία μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση είναι συνάρτηση επιδράσεως των πιο κάτω τριών παραγόντων και γεγονότων με διαφορετική βαρύτητα το καθένα.

1. Νεοφανείς, εξωγενείς περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

2. Αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας πάνω από 60-65 χρόνων, ηλικία στην οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα κυρίως τα νεοπλάσματα.

3. Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου που στο παρελθόν από αδυναμία διαγνώσεως, καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρεμένουν αδιάγνωστες.

Φαίνεται πως η αύξηση αυτή του καρκίνου αφορά περισσότερο τον άνδρα. Υπάρχουν ενδείξεις πως τις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες. Το θέμα μελετάται.

Η συνεχής αύξηση των κακοήθων νεοπλασμάτων στους άνδρες οφείλεται κυρίως στη συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα, που ουσιαστικά οφείλεται στο κάπνισμα. Γι' αυτό στις χώρες που και οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα και στις γυναίκες.

Τα στατιστικά στοιχεία της περιόδου 1969-1979, που μας

δίνει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ) σχετικά με τον καρκίνο αποκαλύπτουν την πιθανή στασιμότητα ή και πτώση των κρουσμάτων του καρκίνου στη χώρα μας. Φαίνεται πρόωρο να υποστηριχθεί με βεβαιότητα το εύρημα αυτό όταν μάλιστα γνωρίζουμε τις ατελίες που υπάρχουν στην καταγραφή νέων περιστατικών ώστε να μην υπάρχουν διαφυγές ή διπλοεγγραφές που πιθανόν να ήταν πολλές στο παρελθόν.

Η συχνότητα του καρκίνου έχει θετική συσχέτιση με το μέσο όρο ζωής, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβιώσεως τόσο μεγαλύτερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο π.χ. ενώ στην Ιαπωνία παρουσιάζεται το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβιώσεως ταυτόχρονα παρατηρείται μικρή συχνότητα θανάτων από καρκίνο.

Για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν πολλές επιδημιολογικές ερμηνείες.

Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου που ισχύουν γενικά σ'όλους τους πληθυσμούς είναι:

1. Η δημιουργία μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας .
2. Η συχνότητα των διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει
 - . από χώρα σε χώρα
 - . στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες
 - . ως προς το φύλο και την ηλικία
 - . στα διάφορα επαγγέλματα
 - . ανάλογα με τις ατομικές συνήθειες
 - . ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση

Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και στους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική

συχνότητα παίρνει δημογραφικό και φυλετικό χαρακτήρα .
 Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου του μαστού.
 Η εντόπιση του καρκίνου στο μαστό είναι πολύ συχνή στις
 ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, έχει ενδιάμεση
 συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη,
 μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και
 σπάνια στο γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας.
 Γενικά οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν τη
 συχνότητα καρκίνου μαστού. Ο καρκίνος στομάχου παρουσιάζει
 αντίθετη συχνότητα, είναι πολύ συχνός στη Νότια και Απω
 Ασία.

Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την
 ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50^ο και 55^ο έτος
 της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30=40 χρόνων είναι πολύ
 περιορισμένη. Για τη σχέση θνησιμότητας του καρκίνου με το
 φύλο ήδη έχουμε αναφερθεί.

Η μελέτη της σχέσεως που έχει το επάγγελμα στην
 εμφάνιση καρκίνου αποκάλυψε τους επαγγελματικούς κινδύνους
 καρκινογεννέσεως. Είναι γνωστό ότι το βινυλοχλωρίδιο
 προκαλεί καρκίνο του ήπατος, οι αζωτοχρωστικές και οι
 χρωστικές της απλίνης καρκίνο της ουροδόχου κύστης κ.α.

Η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί παράδειγμα
 συσχετίσεως της με το βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα.

Άμεσα επίσης επηρεάζει τη συχνότητα αναπτύξεως του
 καρκίνου η κοινωνική θέση και η οικονομική κατάσταση του
 ατομου π.χ. οι γυναίκες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό και
 πολιτιστικό επίπεδο παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα
 καρκίνο του μαστού. Εδώ η επίδραση είναι έμμεση. Συνήθως τα

άτομα αυτά αποκτούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες με χαμηλό κοινωνικό οικονομικό επίπεδο, παράγοντας (κύηση) που δρα προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Από αναλύσεις στοιχείων που έγιναν για τις πιθανότητες που έχει το κάθε άτομο στην Αγγλία να παρουσιάσει καρκίνο στη διάρκεια της ζωής του, διαπιστώνεται ότι οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά καρκίνο από τις γυναίκες. Στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει την πιο μεγάλη συχνότητα, ακολουθεί το δέρμα και τρίτο το στομάχι. Για την γυναίκα οι μαστοί έχουν την πρώτη θέση στη συχνότητα εντοπίσεως του καρκίνου.

Αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιδημιολογία της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Ευτυχώς η συχνότητα των περιστατικών με καρκίνο που θεραπεύεται αυξάνεται σε μεγαλύτερο αριθμό από τη συχνότητα νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι αρρώστοι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπεύταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφθασε στο 1 προς 3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν.

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβιώσεως οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως (1) η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στ' αρχικά στάδιά της πριν ακόμα γίνουν μεταστάσεις, (2) τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα, (3) οι

άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας, (4) οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα απ'ότι ήταν στο παρελθόν, και (5) υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αν και οι πρόοδοι, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώστηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστά.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ

ΕΤΟΣ	Ηλικία																Σύνολο		
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	85+
1966	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1967	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1968	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1969	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1972	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1973	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1974	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1977	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ΕΤΟΣ	Ηλικία																Σύνολο		
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	85+
1966	-	-	-	-	-	1	1	-	-	4	6	4	6	10	2	9	4	-	47
1967	-	-	-	1	-	-	2	2	4	2	5	8	7	8	7	10	6	1	63
1968	-	1	-	-	-	-	1	1	2	6	7	12	6	13	5	12	2	1	69
1969	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	7	7	10	10	12	8	7	1	67
1970	-	-	-	1	-	-	3	2	2	6	3	7	4	6	14	4	2	5	59
1971	-	-	-	-	-	-	-	2	4	10	3	7	3	10	3	6	5	2	55
1972	-	-	-	-	-	1	2	1	1	3	7	2	13	10	10	5	7	5	67
1973	-	-	-	1	-	-	2	2	3	6	6	7	13	10	9	12	11	7	89
1974	1	-	-	-	-	-	1	3	-	9	4	8	14	10	13	12	8	4	87
1975	-	-	-	-	-	-	-	2	6	4	5	5	7	12	11	7	5	8	72
1976	-	-	-	-	-	-	-	1	4	4	10	9	10	18	11	11	6	8	92
1977	1	-	1	-	-	-	-	3	4	2	12	8	13	12	18	16	12	11	113
1978	-	-	-	-	-	-	-	1	4	4	11	7	11	16	20	17	9	6	106
1979	-	-	-	1	-	-	-	4	5	6	5	6	14	10	18	14	6	11	100
1980	-	-	-	-	-	1	1	-	2	1	8	6	9	9	15	11	9	8	80
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	9	8	11	17	17	12	9	8	97
1982	-	-	-	1	-	-	-	2	2	4	5	10	6	12	18	13	9	6	88
1983	-	-	-	-	-	3	1	-	3	4	10	13	6	11	17	14	14	3	99
1984	-	-	-	-	-	1	-	1	3	1	3	10	9	13	25	20	11	8	105
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	11	10	17	22	21	13	10	109

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ

ΕΤΟΣ	Ηλικία																	Ανδρες	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Σύνολο
1961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1963	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1964	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1965	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1966	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1967	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1968	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1969	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1971	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1972	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1973	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1974	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1977	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ΕΤΟΣ	Ηλικία																	Γυναίκες	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Σύνολο
1961	-	-	2	-	-	1	9	13	25	45	42	50	58	29	36	26	23	10	369
1962	1	-	1	-	1	-	9	19	24	40	40	48	36	34	37	26	11	11	338
1963	-	-	1	-	1	8	5	7	26	33	50	40	44	41	31	24	10	12	333
1964	-	-	-	-	1	1	9	20	24	30	41	44	46	50	39	22	19	10	356
1965	-	-	-	1	-	4	26	23	35	32	43	49	56	30	29	19	13	6	360
1966	1	-	-	-	1	5	17	23	30	37	55	37	39	33	23	9	6	316	
1967	1	-	-	1	2	2	3	18	17	32	41	49	38	46	36	29	19	14	348
1968	1	-	-	-	-	3	8	17	18	25	25	60	37	49	51	26	21	8	349
1969	1	-	-	-	3	6	5	15	16	32	40	56	51	48	41	28	26	14	382
1970	-	-	1	-	-	-	1	9	10	21	39	51	56	42	33	22	25	12	322
1971	-	-	-	-	1	1	9	7	25	31	30	47	54	54	30	44	11	18	362
1972	-	-	-	-	1	2	3	9	31	21	40	53	50	57	55	31	20	16	389
1973	-	-	-	-	1	4	7	12	25	38	36	35	50	49	55	39	30	13	394
1974	-	-	1	-	-	1	6	12	18	44	43	38	57	51	41	39	20	19	390
1975	-	-	-	-	3	2	3	7	22	27	40	37	56	61	64	38	18	18	396
1976	-	-	-	-	-	5	2	9	24	28	49	47	56	58	54	51	24	20	427
1977	1	-	-	1	2	1	3	11	23	37	45	42	46	60	58	46	21	30	427
1978	-	-	-	-	1	1	8	10	20	40	57	47	54	69	53	54	29	19	462
1979	-	-	-	1	2	2	9	8	23	39	44	36	32	63	63	49	32	18	421
1980	-	-	-	-	1	2	8	6	20	31	52	36	42	54	46	40	31	19	388
1981	-	-	-	-	-	2	11	9	14	25	50	46	51	46	48	54	30	29	415
1982	-	-	-	-	-	2	4	11	16	26	33	40	26	35	51	37	14	20	335
1983	-	-	-	1	1	4	3	9	17	21	27	49	48	37	47	30	33	18	345
1984	-	-	-	1	-	4	5	13	14	25	39	51	45	48	63	46	46	22	422
1985	-	1	-	-	1	2	4	7	18	20	28	58	38	50	58	51	33	19	388

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Καρκίνος τραχήλου μήτρας

Κανένα όργανο δεν έχει ανοσία στις καρκινικές αλλοιώσεις. Κάθε χρόνο μόνο στις ΗΠΑ προσβάλλονται από καρκίνο των γεννητικών οργάνων 75.000 περίπου γυναίκες. Ανεξάρτητα όμως απ'το αν η νεοπλασία εμφανίζεται στον τράχηλο, στη μήτρα, στην ωοθήκη, στη σάλπιγγα, στον κόλπο, ή στο αιδοίο, ο καρκίνος θεραπεύεται και υπάρχουν χιλιάδες γυναίκες που μπορούν να το επιβεβαιώσουν.

Με τα φανταστικά άλματα που έγιναν τα τελευταία χρόνια για τον καρκίνο, μάθαμε περισσότερα πράγματα ως προς τα αίτια, τη θεραπεία και την πρόληψη του καρκίνου απ'ότι όλα τα προηγούμενα πενήντα χρόνια. Οι ειδήμονες προβλέπουν ότι μέχρι το τέλος του αιώνα θα χει ανακαλυφθεί το μυστήριο το πως απόλυτα φυσιολογικά κύττα γίνονται καρκινικά. Υπάρχουν κιόλας σοβαρές ενδείξεις ότι πολλοί από τους εκατό διαφορετικούς τύπους καρκίνου, που γνωρίζουμε σήμερα ότι προσβάλλουν τον άνθρωπο, οφείλονται σε ιώσεις. Και το ίδιο φυσικά μπορεί να ισχύει και για τον καρκίνο του τραχήλου, την πιο κοινή νεοπλασία της πυέλου.

Καθώς ο τράχηλος είναι τόσο εύκολο να εξεταστεί και όπως η εξέταση Παπανικολάου είναι μια απλή και αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση του καρκίνου σ'αυτό το σημείο είναι πραγματικό τραγικό να πεθαίνουν γυναίκες απ'αυτή την αρρώστια. Πάρα πολύ συχνά η απέχθεια της εξέτασης και η λαθεμένη αντιληψη ότι η ελλειψη συμπτωμάτων που σημαίνει πως δεν υπάρχει καρκίνος,

εμποδίζουν την έγκαιρη εντοπισή της νόσου. Και κατά περίεργη σύμπτωση, η γυναίκα που κινδυνεύει περισσότερο να προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου είναι εκείνη που συνήθως αποφεύγει τις περιοδικές εξετάσεις, ακόμα και όταν γίνονται δωρεάν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΗΤΡΑΣ - ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και την διαιώνιση του είδους. Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τα διακρίνουμε σε εξωτερικά και εσωτερικά. Οριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αίδοιο.

Το αίδοιο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinovius αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς υμένες.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος κολεός, η μήτρα και ο τράχηλός τους, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο σε σχημα αχλαδιού ελαφρά αποπλατισμένο από εμπρός προς τα πίσω και έχει μήκος 6-8 εκ. πάχος 2,5-3 εκ., πλάτος 4-5 εκ. και βάρος 42-70 γραμ. Στην κύηση, κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις έχει την ικανότητα να μεγαλώνει παρα πολύ ώστε η χωρητικότητά της αυξάνεται από 3-5 εκ. σε 5-8 χιλιογρ. ή και περισσότερο.

Περιγραφικά η μήτρα χωρίζεται σε 3 τμήματα: α) το ανώτερο, που ονομάζεται πυθμένας, β) το μεσαίο, που ονομάζεται σώμα και γ) το κατώτερο, που ονομάζεται τράχηλος.

Το σώμα της μήτρας περιγραφικά έχει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη αριστερό και δεξιό. Το σώμα και ο πυθμένας της μήτρας περικλείουν την ενδομητρική κοιλότητα που έχει σχήμα τριγωνικό με την βάση προς τον πυθμένα από την κορυφή προς τον τράχηλο. Στο μέρος που ενώνεται το σώμα με τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή στον ισθμό, σχηματίζεται γωνία 90° που βλέπει προς τα εμπρός.

Ο τράχηλος έχει κυλινδρική μορφολογία και χωρίζεται από την προσφυγή του κόλπου σε δύο ίσα περίπου μέρη, το ενδοκολπικό και υπερκολπικό. Το μήκος του τραχήλου αντιστοιχεί στο $1/3$ ολόκληρου του μήκους της μήτρας. Περικλείει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα την ενδοτραχηλική, που παριστάνει την προς τα κάτω συνέχεια της ενδομητρικής. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό, προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα κάτω, δηλαδή τον κόλπο. Στην άτοκη γυναίκα η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει μήκος 3 εκ. και διάμετρο 0,7 εκ. περίπου, ενώ σε γυναίκες, που έχουν γεννήσει, είναι μεγαλύτερη. Το εξωτερικό στόμιο είναι κυκλικό στις άτοκες, ενώ σε γυναίκες που γέννησαν είναι οριζόντιο.

Ο τράχηλος αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες που ο αριθμός τους ποικίλει από άτομο σε άτομο και αυξάνεται στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό επιθήλιο με σπάνια κροσωτά κύτταρα σ'ένα στοίχο. Μέσα στο στρώμα του τραχήλου υπάρχουν αδένες. Το πολύστοιβο πλακώδες

επιθήλιο του τραχήλου δεν κερατινοποιείται, όπως στον κόλπο και το επιθήλιο χωρίζεται από το στρώμα με την βασική μεμβράνη, που η ύπαρξή της αποδείχτηκε με ηλεκτρονική μικροσκόπηση.

β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο συχνότερος καρκίνος του γεννητικού συστήματος . Εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις υποανάπτυκτες χώρες και συχνότερα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Θα μπορούσε να τον χαρακτηρίσει κανείς σαν καρκίνο των πτωχών.

Βασικός παράγοντας για την αποφυγή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ο προληπτικός έλεγχος. Η ανάπτυξη του προληπτικού ελέγχου με την εξέταση Παπανικολάου είχε σαν αποτέλεσμα την θεαματική ελάττωσή του στις αναπτυγμένες χώρες για τις οποίες έπαψε ν'αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Ο σημαντικός ρόλος του κυτταρολογικού ελέγχου στην ελάττωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επιβεβαιώνεται από την διαπίστωση ότι σε πληθυσμό με τα ίδια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά διαπιστώνονται 4,5 περιπτώσεις/ 100.000 γυναίκες που ελέγχονται κυτταρολογικώς, σε αντίθεση με 29 περιπτώσεις/100.000 γυναίκες που δεν έχουν ποτέ προηγουμένως ελεγχθεί.

Ο Καναδάς είναι από τις λίγες χώρες του κόσμου που από την δεκαετία του '30 καταγράφεται ο καρκίνος του τραχήλου σαν ξεχωριστική αιτία θανάτου. Από τα στατιστικά του στοιχεία διαπιστώνει κανείς ότι από το 1932 ως το 1952 η θνησιμότητα από 4,67/100.000 γυναίκες αυξήθηκε στο 8,66 (αύξηση περίπου 85%) ενώ από τα μέσα της δεκαετίας η θνησιμότητα ελαττώθηκε μέχρι το 1984 στο 2,66/100.000 δηλαδή ελάττωση κατά 70%. Έτσι στις ΗΠΑ είναι 7ος σε συχνότητα στα νεοπλάσματα που εμφανίζονται στις γυναίκες

και θος σαν αιτία θανάτου. Παρ'όλα αυτά υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ μόνο ο ήμισυ των γυναικών πάνω από 20% έχουν ελεγχθεί κάποτε στη ζωή τους κυτταρολογικά.

Πάντως στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει πρώτος στη συχνότητα από τους γυναικολογικούς καρκίνους ενώ στην Αγγλία είναι ήδη 2ος και στις ΗΠΑ 3ος. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε γυναίκες από 17/90 ετών με μέση ηλικία τα 51,4 χρόνια, 15-23 χρόνια από την ηλικία που εμφανίζεται η CIN III και 8 χρόνια μετά την ηλικία που εμφανίζεται το μικρό διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου. Είναι το συχνότερο νεόπλασμα του γεννητικού συστήματος στις γυναίκες κάτω των 50 ετών.

Τα τελευταία χρόνια κυρίως στην Αγγλία, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, και στις ΗΠΑ έχει παρατηρηθεί αύξηση του καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες κατω των 35 ετών αν και υπάρχουν άλλες επιδημιολογικές μελέτες οι οποίες δεν επιβεβαιώνουν αυτή την διαπίστωση. Επίσης δεν έχουν επιβεβαιωθεί παλιότερες μελέτες που διαπίστωναν ότι οι νεώτερες γυναίκες με διηθητικό καρκίνο έχουν χειρότερη πρόγνωση γιατί δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην διαφοροποίηση του νεοπλασματος, το στάδιο και στην επιβίωση σε νέες γυναίκες και σε όσες είναι κοντά στην κλιμακτήριο.

Η πιθανότητα να εμφανίσει μια γυναίκα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά την διάρκεια της ζωής της έχει υπολογιστεί στην Αγγλία το 1,3% ενώ στις ΗΠΑ το 1,7%. Ο καρκίνος του τραχήλου αναφέρθηκε ήδη πως εμφανίζεται σε γυναίκες χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Είναι χαρακτηριστικές οι διαφορές που υπάρχουν στις ΗΠΑ μεταξύ

λευκών και μαύρων γυναικών.

Δεν έχει αποδειχθεί, παρά το ότι έχει συζητηθεί, ότι υπάρχουν διαφορές σε σχέση με την φυλή. Μετανάστες από την Ιαπωνία, που έχει χαμηλό δείκτη νοσηρότητας στην Καλιφόρνια και την Χαβάη όπως και οι απόγονοί τους τείνουν να έχουν την ίδια νοσηρότητα των ΗΠΑ παρά της Ιαπωνίας. Η χαμηλή νοσηρότητα των Ορθοδόξων Εβραίων έχει αποδοθεί στην περιτομή των ανδρών. Για το λόγο αυτό έχει κατηγορηθεί σαν πιθανός παράγων ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Στην Ινδία υπάρχουν κοινότητες Ινδονιστίων, Χριστιανών και Μουσουλμάνων, στις Μουσουλμανίδες η συχνότητα της νόσου είναι χαμηλή.

Αντίστοιχα στην Περσία που δεν γίνεται περιτομή αλλά οι Πέρσες είναι σχολαστικά καθαροί, ο καρκίνος του τραχήλου είναι σπάνιος. Γεγονός είναι ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχετίζεται σαφώς με την σεξουαλική δραστηριότητα έτσι ώστε να μπορεί να χαρακτηριστεί σαν αφροδίσιο νόσημα. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε μελέτη που έγινε σε 13.000 μοναχές ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτος.

Αντίθετα είναι συχνός σε πόρνες, σε παντρεμένες γυναίκες ιδιαίτερα σε όσες παντρεύτηκαν σε μικρή ηλικία, γυναίκες με πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής και με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους με κακή υγιεινή, με σύφιλη, με τριχομοναδική κολπίτιδα.

Γυναίκες με πρώτη σεξουαλική επαφή πριν τα 20 έχουν 2 ως 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο απ'όσες άρχισαν την σεξουαλική τους ζωή αργότερα. Η πιο

φιλελεύθερη σεξουαλική συμπεριφορά οδήγησε σε αύξηση της συχνότητας στις γυναίκες του Ισραήλ από 2.7/100.000 το 1960-66, στο 4,6/100.000 το 1972-76.

Επίσης το σπέρμα έχει κατηγορηθεί σαν παράγων που δρα σαν καρκινογόνο γιατί παρατηρήθηκε σε μεγάλη ομάδα γυναικών που είχαν παντρευτεί άντρες που προηγουμένως είχαν γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου ότι εμφάνισαν καρκίνο 14 από αυτές σε αντίθεση σε μόνο 4 από την ομάδα ελέγχου.

Ο ιός του απλού έρπητος και ιδίως ο ιός των κονδυλωμάτων (κυρίως στα στελέχη 16 και 18) φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου. Ο ιός των κονδυλωμάτων υπολογίζεται ότι προσβάλλει ετησίως 2.000.000 γυναίκες στις ΗΠΑ.

γ. ΙΣΤΟΓΕΝΕΣΗ

Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με την ιστογένεση και τον τρόπο ανάπτυξης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία (πολυκυτταρική) η CIN αναπτύσσεται σε μια προκαθορισμένη (προνεοπλασματική) περιοχή ή περιοχές της μεταβατικής ζώνης, η οποία περιέχει πληθυσμό ανωμάτων κυττάρων. Αυτή η πρωτοπαθής βλάβη, αποτελείται είτε από κύτταρα μεταπλασθέντος επιθηλίου είτε από εφεδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου και επεκτείνεται κατακόρυφα με την μετατροπή παρακειμένων φυσιολογικών κυττάρων σε νεοπλασματικά ή με την συνένωση πολλών πρωτοπαθών εστιών, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό μεγάλων βλαβών.

Στα πιο πάνω συμπεράσματα κατέληξαν οι προδρομικές κολποσκοπικές, κυτταρολογικές και ιστολογικές μελέτες των Corpleson και Reid σε γυναίκες με φυσιολογική και παθολογική μεταβατική ζώνη.

Σύμφωνα με την μονοκυτταρική θεωρία ή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία αρχίζει από ένα κύτταρο ή από μια πολύ μικρή ομάδα κυττάρων.

Υπέρ της μονοκυτταρικής θεωρίας συνηγορούν κολπομικροσκοπικές και ιστολογικές παρατηρήσεις καθώς και χρωματοσωματικές μελέτες.

Ο Richart βρήκε με το κολπομικροσκόπιο, ότι το 95% των αρχόμενων CIN (βαθμού 1) εντοπίζονται σε μια περιοχή και μερικές από αυτές τις εστίες είναι τόσο μικρές όσο και η διάμετρος 10 κυττάρων. Πολυεστιακές βλάβες ή συνένωση πολλών βλαβών σπάνια παρατηρήθηκαν. Παρακολούθηση ασθενών έδειξε ότι μικρές βλάβες επεκτείνονται κεντρόφυγα με

μηχανική εκτόπιση και τελική αντικατάσταση του παρακειμένου πλακώδους ή και του ενδοτραχηλικού επιθηλίου.

Σε ιστολογικές μελέτες κωνοειδούς εκτομής τραχήλου, οι ενδοεπιθηλιακές βλάβες βρέθηκαν να είναι σε ποσοστό 95% μονεστιακές και συρρέουσες. Η μελέτη έγινε με την εξέταση πολλών πολλών κατά βάθος τομών από παρασκευάσματα κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου.

Σε χρωματοσωμικές μελέτες αποδείχθηκε ότι η δυσπλασία, το *in situ* καρκίνωμα και το μικροδιηθητικό καρκίνωμα περιέχουν τον ίδιο νεοπλασματικό κλώνο, ο οποίος προφανώς προέρχεται από ένα κύτταρο.

Πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε το ένζυμο G-EPD, το οποίο συνδέεται με το X-χρωμάτωμα, για να υποστηριχθεί η μονοκυτταρική θεωρία.

Το σύστημα της G-EPD στηρίζεται στην υπόθεση της Lyon, σύμφωνα με την οποία ένα X-χρωμάτωμα σε κάθε σωματικό κύτταρο αδρανοποιείται στην αρχή της εμβρυογένεσης και στη συνέχεια όλα τα κύτταρα, που προέρχονται από αυτό το κύτταρο, έχουν το ίδιο ενεργό X χρωμάτωμα.

Η G-EPD είναι ένζυμο συνδεδεμένο με το X χρωμάτωμα στο 1/3 των Νέγρων Αμερικανίδων έχει δύο ηλεκτροφοριστικούς τύπους, το A (αργό) και το B (γρήγορο). Αυτές οι γυναίκες είναι ετεροζυγώτες για το ένζυμο και έχουν δύο είδη κυττάρων, αυτά με τον τύπο A και αυτά με τον τύπο B. Αν αναπτυχθούν νεοπλασματικά κύτταρα στις γυναίκες αυτές και περιέχουν μόνο ένα ηλεκτροφοριστικό τύπο A ή B τότε θα πρέπει να υποθέσουμε ότι προέρχονται από ένα κύτταρο. Αν τα κύτταρα περιέχουν δύο τύπους, A και B αυτό σημαίνει ότι η

βλάβη αναπτύσσεται από πολλά κύτταρα. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με την μονοκυτταρική θεωρία, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις τα νεοπλασματικά κύτταρα περιέχουν μόνο τον Α ή μόνο τον Β τύπο του ενζύμου.

Ποιά είναι τα κύτταρα από τα οποία αναπτύσσεται η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου; Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, η βλάβη αρχίζει στην μεταβατική ζώνη και ότι τα κύτταρα, από τα οποία αναπτύσσεται είναι τα βασικά ή τα εφεδρικά κύτταρα της μεταβατικής ζώνης. Επίσης μπορεί να αναπτυχθεί από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας του πλακώδους επιθηλίου κοντά στο τραχηλικό στόμιο.

δ. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ιστολογικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στις παρακάτω μορφές:

- Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία.

Σ'αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελφρά, μέτρια και βαριά ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα. Στην ελαφρά δυσπλασία ανήκει η πλακώδης μεταπλασία του τραχήλου και στη βαριά το προδιηθητικό, καρκίνωμα το *in situ* καρκίνωμα.

- Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα. Σ'αυτό υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω απ'αυτό, δεν έχει προσβληθεί. Μ'αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και είναι ασυμπτωματικός.

- Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ'αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν και σε μικρή έκταση ατυπίες στην ακύτταρη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με την μορφή βελόνων ή σταγόνων στον υποκείμενο χόριο.

- Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα. Σ'αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή με λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. Στο διηθητικό καρκίνωμα ανάλογα με τον βαθμό διαφοροποίησης του, διακρίνουμε τα κύτταρά του, σε:

1) Καλά διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα, που ανήκουν

στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάρια γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.

2) Μέτρια διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα, που ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

3) Χαμηλής διαφοροποίησης, δηλαδή κύτταρα, που ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και που είναι βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

Αδενοκαρκίνωμα. Αυτό αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από την βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

α. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε ότι αφορά την αιτιολογία των CIN αλλοιώσεων και κατά συνέπεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πλακώδους και αδενικού, πολλοί παράγοντες και συνεργοί που έχουν ενοχοποιηθεί. Σ'αυτούς περιλαμβάνονται οι τριχομονάδες, χρόνιες φλεγμονές, περιτομή, το σπέρμα και ο ιός του απλού έρπητος.

Ας δούμε όμως όλα τα αίτια που προκαλούν την γένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο πλέον συζητημένος για ογκογενετικός παράγων είναι ο HSV (Herpes Simplex Virus). Τα τελευταία δεδομένα όμως αμφισβητούν την ογκογενετική του δράση πιθανολογείται όμως ότι είναι ένας συνεργός παράγων. Το 1977 ο Zur Hausey και οι συνεργάτες του υπαινέχθηκαν ότι ο HPV (Human Papilloma Virus) μπορεί να είναι σπουδαίος αιτιολογικός παράγοντας για την νεοπλασία του τραχήλου. Ο Meisels και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν μια σειρά εργασιών που ανακοινώνουν ότι ο HPV βρισκόταν σε προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις και ότι μπορούν ν'αναγνωρίζουν κυτταρολογικά, ιστολογικά και κολποσκοπικά ευρήματα που αντιστοιχούν στην παρουσία του HPV. Από τότε οι αποδείξεις αυξάνονται και είναι κλινικές, επιδημιολογικές, μορφολογικές και βιολογικές. Τα δεδομένα είναι σύνθετα και τα πιο σπουδαία είναι τα παρακάτω:

1) Στο 95% των περιπτώσεων του καρκίνου από πλακώδη κύτταρα ανιχνεύεται ο HPV.

2) Οι περισσότερες καλλιέργειες των ιστών από

καρκίνους τραχήλου περιέχουν HPV.

3) Οι προκαρκινωματώδεις βλάβες περιέχουν HPV στο 90% των περιπτώσεων.

4) Οι HPV τύποι ανιχνεύονται στις πρόδρομες του διηθητικού καρκίνου αλλοιώσεις.

5) Οι αλλοιώσεις που δημιουργεί ο HPV είναι ανευπλοϊδικές και περιλαμβάνουν ανώμαλες μιτώσεις.

6) Οι ασθενείς με αλλοιώσεις στον τράχηλο λόγω μόλυνσης από τον HPV έχουν σχετικά μεγαλύτερο κίνδυνο από την κατάλληλα εκλεγμένη ομάδα σύγκρισης.

Είναι πολύ σπουδαίο να σημειωθεί ότι ο HPV/DNA ανιχνεύεται κλινικά, κυτταρολογικά και κολποσκοπικά σε φυσιολογικούς άνδρες και γυναίκες και ότι αυτές οι υποκλινικές ιογενείς λοιμώξεις δεν οδηγούν σε σοβαρή νόσο. Έτσι, πιστεύεται ότι αν και ο ιός είναι απαραίτητος για να γίνει η νεοπλασία χρειάζονται και άλλοι συνεργικοί παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου.

Σήμερα σαν επικρατέστεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θεωρούνται οι εξής

α) Σεξουαλική επαφή

Είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας. Για να εμφανισθεί σε μια γυναίκα καρκίνος τραχήλου της μήτρας, πρέπει να έχει σεξουαλικές ανάγκες.

Αυτό επιβεβαιώνεται από την σχεδόν απουσία του καρκίνου σε μοναχές, ενώ αντίθετα από την εμφάνισή του σε γυναίκες έγγαμες με κανονικό σεξουαλικό βίο. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να παρουσιασθεί και

σε γυναίκες παρθένας.

β) Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής

Η πρώιμη σεξουαλική επαφή δηλαδή πριν τα 17 χρόνια και ο πρώιμος γάμος, προδιαθέτουν θετικά την δημιουργία της νόσου.

Στην Ινδία όπου οι γυναίκες παντρεύονται πολύ νέες μεταξύ 14-15 ετών ο CA τραχήλου εμφανίζεται 10 χρόνια νωρίτερα.

γ) Συχνότητα σεξουαλικής επαφής

Συζητείται κατά πόσο συμβάλλει θετικά στη δημιουργία της νόσου.

δ) Εναλλαγή συντρόφων και πολλοί γάμοι

Φαίνεται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της νόσου. Μερικοί συγγραφείς βλέπουν τον καρκίνο του τραχήλου σαν αφροδίσιο νόσημα με την στενή έννοια ότι κάποιος καρκινογόνος παράγοντας μεταφέρεται από τον άντρα στη γυναίκα με την σεξουαλική επαφή.

ε) Ο αριθμός των τοκετών

Και ειδικά όταν συνδυάζεται με έναρξη κύησης κατά την εφηβική ηλικία είναι παράγοντας αύξησης της πιθανότητας για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ζ) Περιτομή

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι 9-18 φορές

συχνότερος στις Χριστιανές απ'ότι στις Ισραηλινές. Η διαφορά μεταξύ Ευρωπαίων και Ισραηλινών οφείλεται στην περιτομή που υποβάλλονται οι Ισραηλινοί.

η) Φυλετικοί παράγοντες

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου το 1970 ήταν δύο φορές μεγαλύτερη στις μαύρες γυναίκες, απ'ότι στις λευκές.

Οι διαφορές αυτές είναι δυνατόν ν'αποδοθούν στο σεξουαλικό παράγοντα, που συχνά συνοδεύεται με κακή υγιεινή και χαμηλό κοινωνικό επίπεδο.

θ) Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

Γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από εκείνης των υψηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων.

Στην προσπάθεια εξήγησης αυτής της διαφοράς πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί και ανάμεσά τους η κακή υγιεινή και η ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση.

ι) Ανοσολογικοί παράγοντες

Γυναίκες με χαμηλό ανοσολογικό μηχανισμό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μειωμένη άμυνα του οργανισμού έναντι των ογκογενών ιών ή στην πιθανή καρκινογόνο δράση που έχουν τ'ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

β. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

1) Το σμήγμα: Η κακή υγιεινή του πέους και η παραμονή σμίγματος σ' αυτό, αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

2) Τα σπερματοζωάρια: Τα τελευταία χρόνια η προσοχή έχει στραφεί στο DNA των σπερματοζωαρίων του άνδρα, που τα θέλουν υπεύθυνα στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου.

Σήμερα πιστεύουν ότι στο σπέρμα υπάρχει ακόμα ένας παράγοντας που παίρνει μέρος στην ανάπτυξη του καρκίνου.

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

3) Ο ιός του κονδυλώματος (ιός ΡΑΡΟΥΑ) Ενδέχεται ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας.

Τα κονδυλώματα της γεννητικής χώρας παρατηρούνται συχνότερα σε νέες, σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, το κάπνισμα και η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης είναι με την σεξουαλική επαφή και ο δείκτης μολυσματικότητας υπολογίζεται στο 65%. Σπανιότερα έχουν περιγραφεί και άλλοι τρόποι μετάδοσης που απαιτούν όμως πάντα άμεση επαφή με την βλάβη ή τα προϊόντα της, όπως μόλυνση κατά την διάρκεια του τοκετού.

Η συχνότητα μόλυνσης από τον ιό τα τελευταία χρόνια αυξάνει επικίνδυνα.

4) Ο ιός του έρπητα τύπου II (HSV - 2): Είναι πλέον φανερό ότι ο HSN ενέχεται στην καρκινογένεση του κατώτερου

γεννητικού συστήματος της γυναίκας, δεν είναι όμως ο αποκλειστικά υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης λοίμωξης από τον ιό, και της ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου είναι συνήθως δεκαετίες. Η προσβολή του γυναικείου πληθυσμού από τον ιό είναι συχνή, ενώ αντίθετα η επίπτωση του διηθητικού καρκίνου μικρή. Επιπλέον θεωρείται σχεδόν βέβαιο σήμερα ότι οι όγκοι είναι μονοκλωνικοί, προέρχονται δηλαδή από ένα μόνο κύτταρο. Αντίθετα ο HSV προσβάλλει πολλά κύτταρα, ένα από τα οποία ενδεχομένως να εξαλλαγεί και να πολλαπλασιασθεί ανεξέλεγκτα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Α. Συμπτώματα

Όμως τι είναι αυτό που θα κάνει μια γυναίκα ν' ανησυχεί και να τρέξει στο γυναικολόγο;

Από τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η έκκριση, που όταν μάλιστα, είναι υδαρής δεν προκαλεί το ενδιαφέρον της άρρωστης.

Η εμφάνιση κηλίδων αίματος, που παρουσιάζονται ανάμεσα από δύο εμμηνορυσίες ή ύστερα από συνουσία ή ύστερα από ενδοκολπική πλύση, είναι ένα άλλο σύμπτωμα. Επίσης εμφανίζεται έκτακτη αιμορραγία εκτός εμμήνου ρύσεως εκ των γεννητικών οργάνων. Στην αρχή μπορεί να είναι πολύ μικρή καθώς όμως η νόσος συνεχίζεται η αιμορραγία καθίσταται και αυξάνει σε ποσότητα.

Σταδιακά εμφανίζεται οσφυαλγία και δυσκοιλιότητα που δεν υπήρχαν νωρίτερα.

Πόνος υπάρχει μόνο σε προχωρημένα στάδια, όταν διηθούν το θυροειδές νεύρο, το ισχιακό νεύρο ή το ιερό πλέγμα. Σε προχωρημένα στάδια υπάρχει επίσης οίδημα από βλεβική και λεμφική απόφραξη ή ουραιμία από απόφραξη των ουρητήρων και σ' αυτή οφείλεται τις περισσότερες φορές, ο θάνατος της άρρωστης.

Εκτός όμως από τα τοπικά συμπτώματα έχουμε και τα γενικά. Έτσι εμφανίζεται καχεξία από απώλεια βάρους, ανορεξία, αναιμία. Συχνά υπάρχει και διαλείπων πυρετός που οφείλεται σε δευτεροπαθή μόλυνση, και σχηματισμό αποστημάτων στη μάζα του όγκου που έχει εξεικωθεί.

β. Ευρήματα

Τα ευρήματα που εμφανίζονται στα διάφορα στάδια του καρκίνου είναι τα εξής:

1) Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν υπάρχουν ευρήματα.

2) Στο διηθητικό καρκίνωμα η αλλοίωση παίρνει δύο μορφές: Την ελεκτική μορφή, υπό μορφή συνήθως κρατήρα και την εξωφυτική μορφή - την ανθρακραμβοειδής - που μοιάζει σαν κουνουπίδι.

3) Σε προχωρημένα στάδια η καρκινική διήθηση μπορεί να προκαλέσει πιεστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα (με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη) πνευμονοφρίτιδα, έμφραξη του ουρητήρα και υδρονέφρωση, στις οποίες οφείλεται, τις περισσότερες φορές, ο θάνατος.

Πρώτη μορφή προσβολής της ουροδόχου κύστης είναι το φυσαλώδες οίδημα που γίνεται αντιληπτό στη κυστεο-κόπηση, ενώ αργότερα, βέβαια, παρουσιάζεται και αιματοουρία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο I V

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται για την ανεύρεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι πολλές. Για να γίνει μια σωστή διάγνωση της ασθένειας λαμβάνονται υπόψη κάποιοι παράγοντες στους οποίους βασιζόμαστε. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- α) Ατομικοί παράγοντες
- β) Εργαστηριακές εξετάσεις
- γ) Διάγνωση μέσω μικρών επεμβάσεων.

Πριν όμως προβούμε στην ανάλυση των παραγόντων εξετάσεις που γίνονται για την ανίχνευση της ασθένειας. Οι εξετάσεις αυτές είναι η επισκόπηση και η ψηλάφηση.

Επισκόπηση. Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου δεν πρόκειται να βρεθεί γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνο *in situ*, ο τράχηλος είτε θα φαίνεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα, είτε ελαφρά διαβρωση, είτε λευκοπλαστική εστία. Γενικά σε πρώιμα στάδια ο καρκίνος του τραχήλου μοιάζει με τραχηλίδιδα. Σε προχωρημένα στάδια η βλάβη κάνει την εμφάνισή της με την μορφή της ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης, που μοιάζει με κριτήρια ή μάζας που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν όμως πρόκειται για ενδοφυτική, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και η εξωφυτική, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευτοδιάβρωση η εξέλκωση και η εξωφυτική μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθραυτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

Ψηλάφηση: Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή από το ορθό, θα ψηλαφίσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένα ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί καθηλώθηκε από την διήθηση.

A. Ατομικοί παράγοντες

1. **Ηλικία:** Το μεγαλύτερο ποσοστό κακοήθων νεοπλασμάτων είναι μεταξύ 30 και 40 ετών.

2. **Η σεξουαλική ζωή της γυναίκας:**

Ήδη είπαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο ότι είναι και η αιτία της ασθένειας. Ο σεξουαλικός βίος της κάθε γυναίκας μπορεί να προκαλέσει παρουσία ή απουσία του καρκίνου.

Επίσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων.

3. **Χρόνος εμφάνισης:**

Κάθε καθυστέρηση προσέλευσης της ασθενούς μετά από την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων μπορεί ν'αποβεί μοιραία για την ζωή τους. Αντίθετα η έγκαιρη προσέλευσή της σίγουρα θα έχει καλά αποτελέσματα.

B. Εργαστηριακές εξετάσεις

Απαραίτητος ο εργαστηριακός έλεγχος αφού η ασθενής προσέλθει για εξέταση. Οι εξετάσεις αυτές όταν όντως υπάρχει η συγκεκριμένη ασθένεια δείχνουν συνήθως τα εξής:

- Πιθανή αναιμία

- Προσδιορισμός ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- Αλλοιώσεις άμων ασβεστίου και φωσφόρου, οι οποίες υποδηλώνουν οστικές μεταστάσεις.
- Η ανεύρεση κακρινοεμβρυικού αντιγόνου, γιατί αυτό βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου, ανεξάρτητα απ' το στάδιο του. Τον ίδιο έλεγχο μπορούμε να κάνουμε για να ελέγξουμε τα θεραπευτικά μας αποτελέσματα, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται.
- Έλεγχος του νεοπλασματικού αντιγόνου TA4, που βρίσκεται ραδιοανοσολογικά στα καρκινικά κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου.
- Στον εργαστηριακό έλεγχο θα μπορούσαμε επίσης να κατατάξουμε και το σπινθηρογράφημα το οποίο μπορεί να μας δείξει τυχόν μεταστάσεις.

Γ. Διαγνωστικές επεμβάσεις.

Για να πετύχουμε καλύτερη διάγνωση απαιτείται να πραγματοποιηθούν και κάποιες μικροεπεμβάσεις. Αυτές είναι:

1. Κυτταρολογικός έλεγχος τραχήλου (PAP TEST)

Η συγκεκριμένη διαγνωστική μέθοδος στηρίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων της κολπικής μοίρας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου. Εκτελείται ύστερα από λήψη, χρώση και μελέτη των επιχρισμάτων για την διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου.

Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα:

Κολπικό: από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου με την βοήθεια πιπέτας.

Εξωτραχηλικό: από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο με τη βοήθεια ξύλινης σπάτουλας.

Ενδοτραχηλικό: από την ενδοτραχηλική κοιλότητα με την βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού.

Ενδομητρίαίο: από την μητρίαία κοιλότητα, με την βοήθεια ψήκτρας, ή με αναρρόφηση ή με έκπλυση.

Δουγλαστικό: από τον δουγλάστιο πυθμένα, με παρακέντηση στον οπίσθιο κολπικό θόλο.

Ο παραπάνω έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν εκτελείται μόνο σε περιπτώσεις βλάβης του αλλά και προληπτικά σε κάθε γυναίκα ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, που για χρόνια παραμένει σε ανιχνεύσιμο κυτταρολογικά στάδιο. Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο, αλλά ανιχνεύσιμη. Η διάγνωση θα μπει ύστερα από ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών κακρινωματοδών κυττάρων μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο του τραχήλου. Αλλά και τότε ο ιστολογικός του έλεγχος κρίνεται απαραίτητος.

Τις περισσότερες φορές οι απαντήσεις του κυτταρολόγου, αφορούν τις παρακάτω παθολογικές καταστάσεις.

Φλεγμονή: Τα φλεγμονώδη τραχηλικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από αλλοιώσεις του πρωτοπλάσματος (κενοτοπία, περιπυρηνική άλω, φαγοκυττάρωση) ή του πυρήνα (αύξηση, ανώμαλο σχήμα, πάχυνση δικτύου χρωματίνης, διαίρεσ

του, που δεν ακολουθείται από διαίρεση του κυττάρου).

Υπερκεράτωση: Σ' αυτή τα κύτταρα εμφανίζονται απύρνηνα και με πορτοκαλί πρωτόπλασμα.

Πλακώδης μεταπλασία: Σ' αυτή τα κύτταρα του κυλινδρικού επιθηλίου γίνονται πλακώδη.

Δυσκαρίωση: Σ' αυτή παρατηρείται διαταραχή του πυρήνα που ανάλογα με το βαθμό της διακρίνεται σε ελαφρά (αλλαγή μεγέθους, ελαφρά υπερχρωμία, πολυπυρήνωση) σε μέτρια περισσότερο προχωρημένες αλλοιώσεις και σε έντονη αλλαγή μεγέθους και σχήματος, έντονη υπερχρωμία, αδρό δίκτυο χρωματίνης.

Με διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα. Σ' αυτό παρατηρούνται αδιαφοροποίητα βασικά κύτταρα με ανώμαλο πυρήνα. Η σκβάδωση απουσιάζει, γιατί καλύπτουν όλο το πάχος του επιθηλίου.

Διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα. Σ' αυτό τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα με κερατίνη) σε μέτρια διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα, χωρίς κερατίνη και με μεγάλο πυρήνα) και σε αδιαφοροποίητα (μικρά ανώριμα κύτταρα με πυρήνα, που πιάνει ολόκληρο το κύτταρο).

Αδενοκαρκίνωμα. Σ' αυτό τα εκκριτικά κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα, ενώ σ' αυτά, που δεν είναι εκκριτικά, η σχέση πυρήνα - πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά.



Εικ. 1 Λήψη Τραχηλ. εκκριμ.

Εικ. 2 Λήψη ενδοτραχηλ. εκκρ.

Εικ. 3 Λήψη εκκρ. οπισθίου θόλου

Ταξινόμηση κατά Παπανικολάου. Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Παπανικολάου τα ταξινόμησε σε πέντε κατηγορίες:

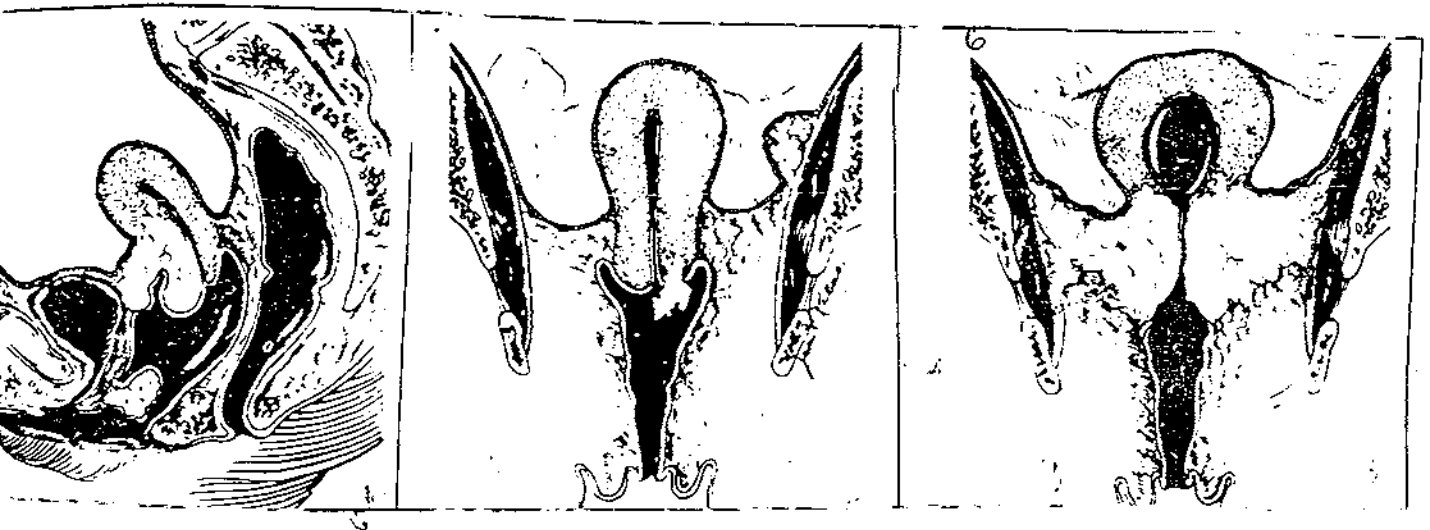
- I. Σ'αυτή τα κύτταρα είναι φυσιολογικά.
- II. Σ'αυτή τα κύτταρα είναι άτυπα, αλλά χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας (φλεγμονώδη).
- III. Σ'αυτή τα κύτταρα εμφανίζουν πυρηνική ατυπία ή ασαφείς χαρακτήρες, κακοήθειας.

Στη κατηγορία αυτή ανήκουν τα κύτταρα που περιγράψαμε στη δυσκαρίωση.

IV. Σ'αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και είναι σκόρπια.

V. Σ'αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτήρες κακοήθειας και βρίσκονται κατά καιρούς.

Επειδή όμως, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο, αλλά ανιχνευτική, σε περίπτωση που τα επιχρίσματα θα καταταγούν στις κατηγορίες III, IV, V, είμαστε υποχρεωμένοι να προβούμε σε ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής ύστερα από εντόπισή της με την δοκιμασία Schiller.



Εικ. 4. Στάδιο I

Εικ. 5 Στάδιο II

Εικ. 6 Στάδιο III



Εικ. 7 Στάδιο IV

Εικ. 8 Στάδιο V

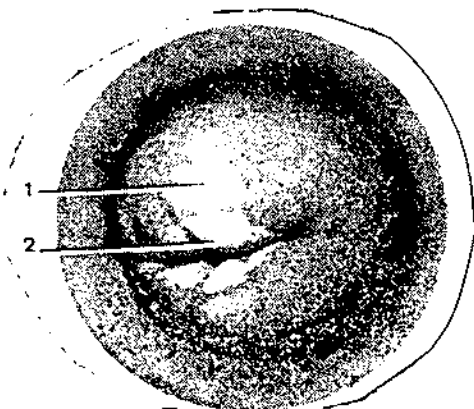
Εικ. 9 Στάδιο in situ

2. Δοκιμασία Schiller

Δοκιμασία Schiller είναι η διαγνωστική εκείνη μέθοδος, με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό του έλεγχο, και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Η δοκιμασία Schiller εκτελείται σε περιπτώσεις, που πρόκειται να προβούμε σε ιστοληψία του τραχήλου της μήτρας για να προσδιορίσουμε με ακρίβεια το σημείο που πάσχει.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, εκτοπίας, λευκοπλακίας παρουσίας ωρίων του Naboth κλπ. Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής που δεν βάφτηκε.



Εικ. 10 Δοκιμασία Schiller

3. Κολποτραχηλοσκόπηση

Με την μέθοδο αυτή ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά την διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μεγέθυνση. Η κολποτραχηλοσκόπηση εκτελείται με την βοήθεια κολποτραχηλοσκοπίου. Χρησιμοποιούμε και κολποδιαστολείς.

Ενδείξεις:

- 1) Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο, δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας και μάλιστα στη διάρκεια κύησης.
- 2) Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλπου και του τραχήλου.
- 3) Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και θέλουμε να ελέγξουμε το κολπικό κολόβημα.
- 4) Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγξουμε τ'αποτελέσματα της.
- 5) Όταν υπάρχει κολπική αδένωση στο σύνδρομο της διαιθυλοστυλβοιστρόλης
- 6) Όταν θέλουμε να εντοπίσουμε κολπική ή τραχηλική βλάβη, για να προβούμε σε ιστολογικό της έλεγχο ύστερα από ιστοληψία.
- 7) Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου, για ακριβέστερο έλεγχο της καταστάσεως του επιθηλίου τους.

Εικ. 11 Κολποτραχηλοσκόπηση.



4. Κολπο-τραχηλομικροσκόπηση

Με αυτή την μέθοδο ελέγχονται επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια ζωής της γυναίκας, κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση εκτελείται με κολπο-τραχηλομικροσκόπιο και οι ενδείξεις της είναι σχεδόν ίδιες με τη κολποτράχηλο, με την διαφορά, πως δεν μπορεί ν'αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης, αλλά ειδικότερη μέθοδο εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των κυτταρικών αλλοιώσεων.

5. Υπερηχογράφηση

Όπως καταλαβαίνουμε και απ'τον ίδιο τον ορο είναι η μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν'αντινακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

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

Με τους υπέρηχους διαπιστώνονται πάρα πολύ απλά πολλές διαταραχές του οργανισμού.

6. Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία

Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία ή αξονική

τομογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που συνίσταται στη λήψη πολλών εγκάρσιων και διαφόρου πάχους τομών του εξεταζομένου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Στο καρκίνο του τραχήλου η αξονική τομογραφία μπορεί να εκτιμήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

7. Λεμφάγγειο - λεμφαδενογραφία πυέλου

Μ' αυτή ελέγχονται ακτινολογικά τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες της πυέλου.

Για την εκτέλεσή της χρησιμοποιούνται ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες όπως είναι η λιπιδόλη, στις οποίες δυνατό να προσθέσουμε χλωροφύλλη, για να χρωματιστούν πράσινοι οι λεμφαδένες και να διακρίνονται καλύτερα μέσα στο χειρουργικό πεδίο.

Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται σε περίπτωση καρκίνου του γεννητικού συστήματος για να μας βοηθήσει:

- Να βρούμε αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες από την χαρακτηριστική όψη που παίρνουν αυτοί όταν διηθούν από καρκίνο.

- Να εκτιμήσουμε την έκταση των μεταστάσεων, για να κρίνουμε, αν είναι σκόπιμη ή όχι η εγχείρηση.

- Να εκτιμήσουμε πόσο πρέπει να προχωρήσουμε κατά τη διάρκεια της εγχείρησης δηλαδή το βαθμό της ριζικότητάς της.

- Να καθορίσουμε το πεδίο ακτινοβολίας όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο.

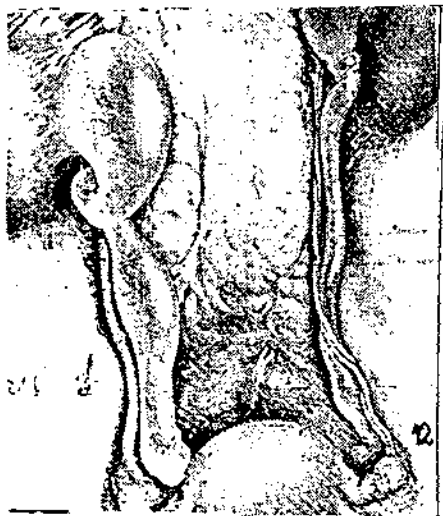
- Να παρακολουθήσουμε την αποτελεσματικότητα της

ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας γιατί η λιποδιόλη παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στους λεμφαδένες.

Η λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία της πυέλου δεν ανήκει στις συνηθισμένες διαγνωστικές μεθόδους του γυναικολόγου και απαιτεί πείρα για την εφαρμογή της και για την ανάγνωση των ακτινολογικών ευρημάτων της.

8. Κυστεοσκόπηση

Αν κάνουμε την συγκεκριμένη εξέταση, σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φυσαλιώδες οίδημα.



Εικ. 12. Ουρητήρας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο

9. Πρωκτοσκόπηση

Γίνεται όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.

10. Υστεροσαλπινγογραφία

Είναι η μέθοδος με την οποία ελέγχονται ακτινολογικά ο τραχηλικός αυλός και εκτός αυτού η ενδομήτρια κοιλότητα και οι αυλοί των σαλπίγγων με τη χρησιμοποίηση σκιαγραφικής ουσίας.

Για την συγκεκριμένη ασθένεια, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας η εξέταση αυτή ελέγχει τον τράχηλο και ονομάζεται υστερογραφία.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση γίνεται απ'την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, τραχηλικό ειστρόπιο, την τραχηλική φυματίωση τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, την αδενομύωση και το νεκρωμένο έμμισχο υποβλενογόνιο ινομύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Βασικά στοιχεία, για να θέσουμε την διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου, είναι επίσης η συχνά παρατηρούμενη μετάπλαση στο τράχηλο του κυλινδρικού σε πλακώδες επιθήλιο και η παρατηρούμενη επι φλεγμονής έντονης βλάστησης του επιθηλίου.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου είναι κλινική και γίνεται με εξέταση της ασθενούς σε νάρκωση. Το στάδιο δεν αλλάζει αργότερα, εάν τα χειρουργικά ευρήματα ή η πρόοδος της νόσου αποκαλύψουν και άλλες εστίες.

Η σωστή σταδιοποίηση της νόσου έχει καταλυτική σημασία για τον σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπείας. Αντίστροφα είναι δυνατό να προσφερθούν κακές ιατρικές υπηρεσίες στην ασθενή, εάν το στάδιο της νόσου δεν εκτιμηθεί σωστά. Η σταδιοποίηση είναι επίσης πολύτιμη στην προσπάθεια βελτίωσης των θεραπευτικών μεθόδων, γιατί προσφέρει μέτρο σύγκρισης των αποτελεσμάτων στα διάφορα ιατρικά κέντρα. Εκτός από την κλινική εξέταση της ασθενούς, η σταδιοποίηση στηρίζεται σε πληροφορίες που λαμβάνονται από τον ακτινολογικό έλεγχο πνευμόνων, τις γενικές βιοχημικές εξετάσεις, την ενδοφλέβιο πνευμογραφία και την διάβαση του παχέος εντέρου ή την ορθοσκόπηση και την κυστεοσκόπηση. Άλλες εξετάσεις που συχνά εκτελούνται με σκοπό την εκτίμηση της έκτασης της νόσου, όπως η λεμφαγγειογραφία, η φλεβογραφία, η CT κλπ., δεν περιλαμβάνονται στις βασικές και απαραίτητες σύμφωνα με την F.I.G.O. για την σταδιοποίηση.

Πριν από λίγα χρόνια και μετά από χειρουργική εξαίρεση και ιστολογική εξέταση των παραορτικών λεμφαδένων πολλών ασθενών με καρκίνου τραχήλου, έγινε φανερό ότι ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων (18,2% στο στάδιο IIa και 33,3% στο στάδιο IVa), είχε μεταστάσεις εκτός πυέλου,

δηλαδή σε περιοχές εκτός του πεδίου ακτινοβολίας. Έτσι διαπιστώθηκε ότι η κλινική σταδιοποίηση υποεκτιμούσε την έκταση της νόσου σε σύγκριση με την χειρουργική σταδιοποίηση σε μεγάλο ποσοστό ασθενών.

Τα ευρήματα αυτά κινητοποίησαν μια προσπάθεια χειρουργικής διερεύνησης των παραορτικών λεμφαδένων και επέκτασης του πεδίου ακτινοβολίας στην ίδια περιοχή, με στόχο την βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, οι μέχρι τώρα στατιστικές δεν έχουν δικαιώσει την προσπάθεια αυτή, μια και η βελτίωση των ποσοστών 5ετούς επιβίωσης είναι πολύ μικρή για να αντισταθμίσει την νοσηρότητα και θνησιμότητα της εγχείρισης και της ακτινοβολίας της παραορτικής περιοχής.

Σ Τ Α Δ Ι Α

Προδιηθητικός καρκίνος

Στάδιο 0: Ο Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος ή καρκίνος *in situ*. Η νόσος εντοπίζεται στο επιθήλιο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν καταλάβει ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου, αλλά δεν διηθούν το στρώμα του τραχήλου.

Διηθητικός καρκίνος:

Στάδιο I: Ο καρκίνος διηθεί το στρώμα, αλλά περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας. Η διήθηση του σώματος της μήτρας δεν λαμβάνεται υπ'όψη.

Iα: Μικροδιηθητικός καρκίνος

Iβ: Εμφανής διήθηση του στρώματος. Εάν η νόσος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο δεν εκδηλώνεται

κλινικά.

Στάδιο II: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί περα απ' το τράχηλο.

Μπορεί να διηθεί τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριό του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μην φθάνει στο πνευλικό τοίχωμα.

IIa: Η νόσος δεν προσβάλλει το παραμήτριο.

IIb: Ψηλαφάται διήθηση του παραμητρίου.

Στάδιο III: Ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου, ή ολόκληρο το παραμήτριο. Στην εξέταση από το ορθό, δεν υπάρχει διάστημα ελεύθερο νόσου μεταξύ της διηθήσεως και του πνευλικού τοιχώματος.

IIIa: Προσβολή του κάτω τριτημορίου του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πλάγιο πνευλικό τοίχωμα.

IIIb: Επέκταση της νόσου μέχρι το πλάγιο πνευλικό τοίχωμα και υδρονέφρωση, ή ανενεργός νεφρός, λόγω απόφραξης του ουρητήρα.

Στάδιο IV: Ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτος της πυέλου ή έχει προσβάλλει το βλενογόνο της κύστεως ή του ορθού.

IVa: Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου.

IVb: Μεταστάσεις εκτός πυέλου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

A. Παρακολούθηση CIN χωρίς θεραπεία

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συμπεριφορά μιας τραχηλικής δυσπλασίας σε μια μακροχρόνια παρακολούθησή της. Σε ένα μεγάλο αριθμό γυναικών που είχαν μέτρια τραχηλική δυσπλασία και της οποίας δεν έγινε θεραπεία παρακολουθήθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από 6 χρόνια) βρέθηκε λοιπόν, ότι στις μισές απ'αυτές υπήρχε κυτταρολογική βελτίωση, στασιμότητα σε ένα μικρό ποσοστό και πρόοδος σε χειρότερη μορφή στο 30% περίπου των γυναικών. Σε περίπτωση που δεν έγινε βιοψία μετά την διάγνωση (κυτταρολογική) της μέτριας δυσπλασίας η πρόγνωση για τον κίνδυνο εξέλιξης σε χειρότερο στάδιο είναι 2.000 φορές μεγαλύτερη από μια γυναίκα χωρίς τραχηλική δυσπλασία.

B. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στη χειρουργική και στη συντηρητική. Η συντηρητική περιλαμβάνει την ακτινοβολία και τα κυτταροστατικά φάρμακα.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται και από την γενική κατάσταση της άρρωστης.

Επίμαχο θέμα των γυναικολόγων αποτελεί η διαφορά απόψεων στην προτίμηση της εγχείρησης ή της ακτινοβολίας.

Οι θιασώτες της εγχειρητικής αντιμετώπισης ισχυρίζονται πως:

- 1) Ορισμένοι καρκίνοι είναι ακτινάντοχοι
- 2) Μετά την ακτινοβολία εμφανίζονται υποτροπές
- 3) Η ακτινοβολία δεν θεραπεύει μεταστάσεις στους λεμφαδένες.
- 4) Με την εγχείρηση μπορούν να διατηρηθούν οι ωοθήκες σε νέες γυναίκες.
- 5) Με την ακτινοβολία διαταράσσεται η λειτουργικότητα του κόλπου και η συνουσία γίνεται δύσκολη.
- 6) Προκαλούνται ακτινικές βλάβες
- 7) Με την εγχείρηση η γυναίκα δεν γνωρίζει, τις περισσότερες φορές, το είδος της πάθησής της, ενώ η εκτέλεση ακτινοβολιών επιβεβαιώνει την κακοήθεια της.
Οι θιασώτες της ακτινοθεραπείας ισχυρίζονται πως:
 - 1) Το πρόβλημα της ακτινοαντοχής ξεπερνιέται με την χρησιμοποίηση ακτινοβολίας ψηλής ενέργειας.
 - 2) Οι υποτροπές οφείλονται σε ανάπτυξη νέων καρκίνων.
 - 3) Σε πολλές περιπτώσεις σήμερα ελέγχονται ακτινοθεραπευτικά και λεμφαδένες.
 - 4) Οι ακτινικές βλάβες εξαρτώνται απ'την πείρα του ακτινοθεραπευτή.
 - 5) Δεν υπάρχει άμεση θνησιμότητα, όπως μπορεί να συμβεί ύστερα από εγχείρηση.
 - 6) Μπορεί να εκτελεστεί σ'όλες τις περιπτώσεις, ενώ όλες οι άρρωστες δεν μπορούν να χειρουργηθούν.
 - 7) Ακτινοθεραπεία γίνεται και σε σηπτικές καταστάσεις.
 - 8) Λίγοι είναι οι γυναικολόγοι, που μπορούν να χειρουργήσουν όλους τους καρκίνους, ενώ πολλοί είναι οι ακτινοθεραπευτές, που μπορούν να τους

ακτινοβολήσουν.

Ανάμεσα στους θιασώτες των δύο απόψεων πιστεύουμε πως η σωστότερη είναι εκείνη που βλέπει την κάθε περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου διαφορετική. Δηλαδή η αντιμετώπισή του είναι εξατομικευμένη. Και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, γιατί, όπως ήδη αναφέρθηκε δεν έχει σχέση μόνο με την έκταση της βλάβης και την ηλικία της γυναίκας, αλλά και με την γενική κατάσταση του οργανισμού της, με την επιθυμία της να διατηρήσει όργανα του γεννητικού της συστήματος με τα οποία έχει συνδέσει τη θηλυκότητά της, με την πείρα και την εγχειρητική δεξιοτεχνία του γιατρού, που θα εκτελέσει την εγχείρηση, και με την οργάνωση του χώρου μέσα στον οποίο θα την αποφασίσει.

Προληπτική: Η προληπτική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου στις ημέρες μας αποτελεί βήμα προόδου στην αντιμετώπισή του. Αφού δεν υπάρχει τρόπος να προφυλακτούμε απ' αυτόν, προς το παρόν, θ' αρκεστούμε στην όσο γίνεται έγκαιρη διάγνωσή του.

Η συμβολή του μεγάλου Γ. Παπανικολάου, του θεμελιωτή της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση υπήρξε μεγάλη. Ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου κατέβασε αισθητά την συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδωτικής κυτταρολογίας. Και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός σε κάθε βαλάντιο. Απομένει η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης. Και αυτό δεν είναι μονάχα χρέος του

γιατρού, της μαίας, της νοσηλεύτριας, είναι χρέος και των αρμοδίων υπηρεσιών του κράτους.

Ο κάθε εξαμήνο έλεγχος των γυναικών, που πέρασαν τα τριάντα, και ιδιαίτερα όσων παντρεύτηκαν σε νεαρή ηλικία είχαν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι απαραίτητος. Περισσότερα όμως αναφέρονται στο κεφάλαιο πρόληψη - πρόγνωση.

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει:

1) Κωνοειδής εκτομή τραχήλου. Αυτή εκτελείται σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μην τις στερήσουμε απ'την μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Μετά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχό του.

Ανο ιστολογικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηση δεν πέρασε την βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια.

2) Laser (Λέιζερ) Επειδή η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες Laser γιατί μ'αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Η μέθοδος με ακτίνες λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα είναι η πιο καινούργια μέθοδος θεραπείας της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου. Οι λέιζερ ανακαλύφθηκαν το 1960-61

απ'τους Maimon - Johnson - Nassau και άρχισαν να εφαρμόζονται στη γυναικολογία το 1972-73.

Το λείζερ διοξειδίου του άνθρακα είναι ένα μίγμα από διοξείδιο του άνθρακα, άζωτο και ήλιο, με το διοξείδιο του άνθρακα σε ενεργό παράγοντα. Το μίγμα αυτό των αερίων περιέχεται σ'ένα ειδικό σωλήνα και διεγείρεται από μια ηλεκτρική εκφόρτιση ανάμεσα στα ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο τέλος του σωλήνα. Με τον τρόπο αυτό παράγεται ηλεκτρομαγνητική ενέργεια. Το λείζερ του διοξειδίου του άνθρακα είναι άορατο και για τον λόγο αυτό ένα μικρότερο λείζερ από ήλιο και νέο ενσωματώνεται στην κεφαλή του προηγούμενου.

Με ένα ειδικό σύστημα συνδυάζονται αυτές οι δύο ακτίνες από τις οποίες η λείζερ ηλίου και νέου ενεργεί σαν διευρευνητική ακτίνα.

Το κολλοσκόπιο χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το λείζερ για να βοηθήσει να βλέπουμε καλύτερα τους ιστούς που υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η διάρκεια της ακτινοβολίας ελέγχεται συνεχώς με ένα διακόπτη που χρησιμοποιείται με το πόδι και έτσι το βάθος των ιστών που καταστρέφεται ελέγχεται με απόλυτη ακρίβεια. Το αποτέλεσμα της ακτίνας λείζερ στους ιστούς σχετίζεται με τον βρασμό ατμού που διαδίδεται εκκρηκτικά καταστρέφοντας έτσι την αρχιτεκτονική των ιστών.

Το βάθος της θερμικής νέκρωσης είναι μικρότερο από 10 mm κάτι που δικαιολογεί την ελάχιστη κακοποίηση των ιστών μετά θεραπεία με λείζερ.

3) Κρυοπηξία. Αυτή προτιμάται στις ίδιες περιπτώσεις

όπου και η κωνοειδής εκτομή, δηλαδή στη βαριά δυσπλασία και στο καρκίνωμα, *in situ*, σε νέες γυναίκες, γιατί προξενεί λιγότερες βλάβες, δεν παραβλάπτει την αναπαραγωγή όσο η κωνοειδής εκτομή και δεν απαιτεί αναισθησία. Η κρυσπηξία πετυχαίνει την καταστροφή ζωντανών με τοπική κατάψυξη. Μειονέκτημά της αποτελεί το ό,τι δεν εξαιρείται με αυτή τεμάχιο ιστού για ιστολογικό έλεγχο, και πως πρέπει να γίνεται μόνο όταν είμαστε βέβαιοι ότι το καρκίνωμα είναι *in situ*. Η παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο είναι απαραίτητη.

Πλεονέκτημά της η δυνατότητα για εφαρμογή σε εξωτερικούς ασθενείς και οι μικρότερες επιπλοκές απ'την κωνοειδή εκτομή.

Η επιτυχία της κρυσπηξίας κυμαίνεται από 70-95%. Προυποθέσεις για την εφαρμογή της είναι να μην υπάρχει υποψία μικροδιήθησης, να μην υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ κυτταρολογικής και ιστολογικής διάγνωσης, και τέλος ορατή μεταβατική ζώνη στη κολποσκόπηση.

Αιτία αποτυχίας της είναι η μη καλή εφαρμογή της, μεγάλες βλάβες, προσβολή του ενδοτραχήλου και ανεπαρκής κολποσκόπηση.

Θεωρείται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της ειδοεπιθηλιακής νεοπλασίας τόσο και οι πιθανότητες για επιτυχία της είναι μικρότερες. Επιπλοκές της είναι η φλεγμονή και η αιμορραγία.

Σε διηθητικό καρκίνωμα δεν προσφέρει η κρυσπηξία θεραπευτικά. Μόνο σε ανεγχείρητες καταστάσεις μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε για να σταματήσουμε αιμορραγία και για

ν'ανακουφίσουμε την άρρωστη.

4) Απλή υστερεκτομία. Αυτή εκτελείται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Σε νέες γυναίκες, που γέννησαν στο καρκίνο *in situ* για το φόβο εγκαταλειψής μικρών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρση της μήτρας δεν προκαλεί σ'αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σ'όσες δεν γέννησαν ακόμη.

β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες, θα την εκτελέσουμε στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο Ια, πρώτα γιατί οι μεταστάσεις σπανίζουν, κι ύστερα για να τις απαλλάξουμε από το άγχος της συχνής παρακολούθησης. Επίσης εύκολα θα την αποφασίσουμε σ'αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση του κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάται η κολπική υστεροτομία.

Αν η γυναίκα είναι κάτω από 38 ετών μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες.

5) Ριζική υστερεοεκτομία. Αυτή εκτελείται στα στάδια Ι και ΙΙ, όταν η άρρωστη έχει ελεύθερη από μεταστάσεις την ουροδόχο κύστη, ελεύθερο το ορθό, ελεύθερους τους ουρητήρες και όταν η γενική της κατάσταση το επιτρέπει. Όταν όμως εμφανίζει επιβάρυνση από άλλη πάθηση (καρδιοπάθεια, διαβήτη) ή είναι παχύσαρκη τότε δεν συνιστάται και προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η ριζική υστερεοεκτομία είναι κοιλιακή (Wertheim) η κολπική (Schauta) και αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς, χωρίς όμως ευρύτερη λεμφαδενεκτομία. Σε νέες γυναίκες μπορούμε να

διατηρήσουμε τις ωοθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο I, και II. Επιπλοκές της επέμβασης αποτελούν το ουρητηροκολπικό συρίγγιο, αποτραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του.

6) Υπερριζική υστεροεκτομή Αυτή θα την εκτελέσουμε στο I και II στάδιο του καρκίνου με σκοπό , μαζί με τους ιστούς, που βρίσκονται στην περιοχή του θυροειδούς νεύρου και αυτών, που καλύπτουν τα τοιχώματα της πυέλου και του ανελίστηρα μυ, του πρωκτού, τους παρακυστικούς, παρακολπικούς και παραορθικούς ιστούς και την εξαίρεση, τουλάχιστο του ανώτερου τριτημορίου του κόλπου. Σ'εγχειρητικό παρασκεύασμα πρέπει ν'αναζητήσουμε την ύπαρξη τουλάχιστο 20 λεμφαδένων, για να πούμε, πως η εγχείρηση ήταν υπερριζική.

Αν και ο ακριβής ανατομικός καθορισμός της ριζικότητας της εγχείρησης δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί, η εγχείρηση προτιμάται απ'αυτούς, που πιστεύουν πως ύστερα από υπερριζική υστερεκτομή η επιβίωση μετά πενταετία είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση της συνηθισμένης ριζικής υστερεκτομίας (50% και 60% αντίστοιχα).

Η ριζική και περισσότερο η υπερριζική υστερεκτομή απαιτούν πείρα και εγχειρητική ικανότητα από μέρος του χειρουργού, γιατί οι επιπλοκές κατά και μετά την εγχείρηση είναι σοβαρές.

7) Εξεντέρωση. Αν ο όρος στα Ελληνικά δεν αποδίδει την πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση που εκτελείται στο III και IV στάδιο του καρκίνου του τραχήλου, για να πετύχουμε την εκκένωση της πυέλου απο

τα όργανά της με συναιξέρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, την δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύση έδρας.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Bruneschwing και που έχει άμεση θνησιμότητα 20%. Την διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας του κόλπου, και του απευθυμένου και κολοστομίας) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης και του απευθυνομένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία).

β) Ημισωματεκτομία. Εγχείρηση απαράδεκτη για την αναφορά της σε συγγράμματα γυναικολογίας, που εκτελείται σε απελπιστικές καταστάσεις και συνίσταται στον αποχωρισμό του σώματος από την πύελο και κάτω και την δημιουργία νέας ουροδόχου κύστης από εντερική έλικα και μόνιμης παρά φύση έδρας.

Τελειώνοντας την αναφορά στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου πρέπει ν'αναφερθεί πάλι αυτό που ήδη έχει ειπωθεί. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος. Πριν όμως από την εγχείρηση δεν γίνεται η πραγματική εκτίμηση του σταδίου, η οποία γίνεται μόνο κατά την διάρκεια της. Πρέπει όμως να γίνεται πάντα έλεγχος της γενικής κατάστασης της ασθενούς.

Τους υπερμάχους των μεγάλων εγχειρήσεων αντικρούουν οι συντηρητικότεροι με το επιχείρημα, πως εκθέτουν την άρρωστη σε εγχειρητικούς κινδύνους, χωρίς να είναι βέβαιη η ολοκληρωτική εξαίρεση των λεμφαδένων, που έχουν

μεταστάσεις.

Στην εποχή μας, οι μεγάλες εγχειρήσεις, όλο και παραχωρούν την θέση τους στις συντηρητικότερες.

A. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. Αυτή εφαρμόζεται μόνο όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις και συνίσταται στην ακτινοβολήση συνδυασμού υπερδυναμικής ακτινοβολίας και ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας.

Όταν η ακτινοβολία περνάει το σώμα με την μορφή ηλεκτρονίων και φωτονίων καταστρέφει τα καρκινωμάτωδη κύτταρα προκαλώντας στην αρχή υπεραιμία και ύστερα ενδοθηλήτιδα και ινοποίηση, μετά από τρεις μήνες περίπου. Όσο μεγαλύτερη ανοξογοναιμία έχει ένας όγκος, τόσο περισσότερο ακτινοάντοχος γίνεται.

Η ακτινοβολία διακρίνεται σε ενδοκοιλοτική, εξωτερική και συνδυασμένη και εφαρμόζεται προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

1) Ενδοκοιλοτική. Αυτή γίνεται με την εφαρμογή κυλίνδρων ή βελόνων ή σφαιριδίων από πλατίνη ή από κράμα Mouel, που περιέχουν ένα ραδιενεργό ισότοπο (ράδιο, κοβάλκο, κάισιο, κλπ) στον κόλπο, στο τράχηλο, ή στη μήτρα. Η τοποθέτηση γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

α) Μέθοδος Παρισίων. Σ' αυτή χρησιμοποιούνται πηγές μικρής έντασης, αλλά για περισσότερο χρόνο (120 συνεχείς ώρες). Σήμερα δεν προτιμάται.

β) Μέθοδος Στοκχόλμης. Σ' αυτή χρησιμοποιούμε πηγές μεγάλης έντασης, αλλά για μικρότερο χρονικό διάστημα (20 - 30 ώρες). Εκτελείται 2-3 φορές με μεσοδιαστήματα 1-2

εβδομάδων.

γ) Μέθοδος Manchester. Σ' αυτή καθορίζονται δύο σημεία αναφοράς μέσα στη μικρή πύελο. Το σημείο Α, που βρίσκεται σε απόσταση 2 εκ. πλάγια από τον άξονα του αυλού του τραχήλου και 2 εκ. πάνω από τον πλάγιο θόλο του κόλπου. Το σημείο Β, που βρίσκεται 3 εκ. πλάγια από το σημείο Α, δηλαδή 5 εκ. έξω από τον άξονα του αυλού του τραχήλου.

Η δόση, που χορηγείται στο σημείο Α ανέρχεται σε 7.000 - 8.000 rads στο σημείο Β 2.000 - 2.500 rads. Οι εφαρμογές ανέρχονται σε 2-3, η κάθε μία διαρκεί 72 περίπου ώρες και το χρονικό διάστημα, που περνάει από την μια ως την άλλη, είναι 3 ημέρες ως μια εβδομάδα. Rad είναι η δόση, που απορροφάται από τμήμα του ιστού και είναι ίση με 100 ergs ενέργειας ανά γραμμάτιο ιστού. Αντί για ράδιο χρησιμοποιούμε κοβάλτιο ή κάσσιο.

2. Εξωτερική. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συστήνεται, είτε για να συμπληρώσει την ενδοκολπική, είτε για να ν'αποτελέσει συνέχεια της εγχείρησης, είτε σε προχωρημένες καταστάσεις για την ανακούφιση της άρρωστης. Η ημερήσια δόση ανοχής των ιστών εμφανίζει ποικιλία από άτομο σε άτομο και κυμαίνεται σε 100-200-250 rads. Συνολική δόση 5.000 - 7.000 rads.

3. Ενδοκολποτική - Εξωτερική. Ο συνδυασμός αυτός της ακτινοθεραπείας αποτελεί μέθοδο εκλογής, όταν δεν έλαβε χώρα εγχείρηση, και ο τρόπος εκτέλεσής της εξαρτάται από τις προτιμήσεις του θεραπευτικού κέντρου.

4. Προεγχειρητική. Αυτή προτιμάται από ορισμένους γυναικολόγους, γιατί περιορίζει τη διήθηση και η εγχείρηση

γίνεται καλύτερα και γιατί είναι αποτελεσματικότερη, επειδή υπάρχει αιμάτωση του όγκου. Επίσης, γιατί μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης, όταν η βλάβη νεκρώθηκε, και γιατί περιορίζει την ικανότητα των νεοπλασματικών κυττάρων ν'αναπτυχθούν στο χειρουργικό πεδίο, όταν πέσουν τεμάχια καρκινικού ιστού.

Είναι όμως δυνατό η προεγχειρητική ακτινοβολία να επηρεάσει τους ιστούς και να δυσκολέψει την εγχείρηση και την επούλωση του τραύματος, γιατί αναπτύχθηκε ινώδης ιστός και να δημιουργήσει συρίγγια.

Πολλοί προτιμούν την ενδοκοιλιακή ακτινοβολία και μετά 4 εβδομάδες την εκτέλεση εγχείρησης.

5. Μετεγχειρητική. Αυτή συστήνεται με την σκέψη της καταστροφής των καρκινικών υπολειμμάτων, που δεν εξαιρέθηκαν με την εγχείρηση. Έτσι, το ποσοστό επιβίωσης ανεβαίνει.

Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Αυτές τις διακρίνουμε σε άμεσες και απώτερες.

Άμεσες: Εμφανίζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας είναι παροδικές και δεν οδηγούν σε μόνιμες βλάβες. Τέτοιες είναι ο πυρετός, οι δερματικές αντιδράσεις, οι κυστίτιδες, οι διάρροιες, η στείρωση.

Απώτερες: Εμφανίζονται μέσα σε 6-24 μήνες και αφορούν στη στένωση του κόλπου, σε βλάβες του λεπτού εντέρου και σε ορθοκολπικά συρίγγια. οι βελτιωμένες τεχνικές της εποχής μας προστατεύουν την ασθενή από τέτοιες επιπλοκές.

Γενικά συμπεράσματα από τις θεραπείες με ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοπηξία και Laser CO₂

Οι θεραπείες αυτές πρέπει να στηρίζονται στα κολποσκοπικά ευρήματα, στη βιοψία και στην ενδοτραχηλική απόξεση. Ορισμένοι αναφέρουν ότι η θεραπεία με κρυοπηξία υπερέχει ελαφρά των Laser όπου αναφέρονται 7% και 11% ποσοστά αντίστοιχα σε τραχηλίτιδες.

Η κρυοπηξία προκαλεί λιγότερο πόνο αλλά μεγαλύτερη υπερέκκριση.

Οι Laser προκαλούν ταχύτερη επούλωση των ιστών και σε διάστημα μιας εβδομάδας όλη η θεραπευθείσα περιοχή έχει καλυφθεί από πλακώδες επιθήλιο που σε τρεις εβδομάδες έχει ωριμάσει.

Οι Laser φθάνουν σε βάθος 5-7 mm ενώ το βάθος της κρυοπηξίας είναι 2-3 mm. Για το λόγο αυτό η κλασσική κωνοειδής εκτομή τείνει ν'αντικατασταθεί με εκτομή με Laser.

Τονίζεται ότι το CIN I πρέπει μετά μια τέτοια θεραπεία να παρακολουθείται το ίδιο προσεκτικά όπως το CIN II και το CIN III γιατί το ποσοστό υποτροπών κατανέμεται ισότοπα σε αυτές τις κατηγορίες. Οι υποτροπές δεν σχετίζονται με την ηλικία της γυναίκας, τον τόκο και το μέγεθος της βλάβης.

Οι περισσότερες υποτροπές συμβαίνουν στους 12 πρώτους μήνες αλλά ίσως πρόκειται για παραμένουσα νόσο λόγω μη καλής θεραπείας.

Οι Laser πιθανώς υπερτερούν της κρυοπηξίας στη θεραπεία του CIN όπου αναφέρεται ποσοστό 75% επιτυχίας μετά

μια εφαρμογή τους και σχεδόν 100% μετά από δύο εφαρμογές. Ο πόνος και η πιθανή αιμορραγία από τις Laser δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα. Σε 1% παρατηρούμε αιμορραγία αρκετό χρόνο μετά την εφαρμογή τους που ίσως απαιτήσει νοσοκομειακή περίθαλψη.

Τέλος σήμερα υπάρχουν και υποστηρικτές της ηλεκτροκαυτηρίασης στο CIN που υποστηρίζουν ότι οι φόβοι για επηρεασμό της γονιμότητας από βλάβες των αδένων είναι υπερβολικοί. Αναφέρονται μέχρι και 90% ποσοστά θεραπείας σε CIN III.

Απαραίτητη προϋπόθεση σ'αυτές τις θεραπείες είναι η βλάβη να είναι ορατή.

Γ. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στο καρκίνο τραχήλου της μήτρας λόγω του ότι υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της ασθένειας όπως είναι η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία. Αυτό συμπεραίνεται από την ύπαρξη μικρού μόνο αριθμού προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών, που αφορούν την χρήση της χημειοθεραπείας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η χημειοθεραπεία ενδείκνυται στον αρχικά προχωρημένο καρκίνο (στάδια III και IV), σε τοπική υποτροπή ενδοπυκλικά όταν η χειρουργική επέμβαση είναι αδύνατη και η ακτινοθεραπεία αποτελεσματική (π.χ. λόγω εξάντλησης της μέγιστης δυνατής δόσης, και τέλος σε πολλαπλές εξωπυελικές υποτροπές.

Η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας είναι μέτρια

και ο ρόλος της παραμένει παρηγορητικός. Τα ποσοστά και η διάρκεια των ανταποκρίσεων, είναι χαμηλά. Εντούτοις, υπάρχει σαφής διαφορά στην ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία της τοπικής ενδοπυελικής υποτροπής που είναι ασήμαντη, και των μακρινών μεταστάσεων - ιδίως των πνευμονικών - που παρουσιάζουν ποσοστά (πλήρως και μερικών) υφέσεων μέχρι και πάνω από 50%. Η διαφορά αυτή οφείλεται στη κακή αιμάτωση της ενδοπυελικής υποτροπής εξαιτίας της χειρουργικής και μετακτινικής ίνωσης και την αντίστοιχα χαμηλή συγκέντρωση των κυτταροστατικών φαρμάκων στον όγκο. Συχνά στις περιπτώσεις αυτές συνυπάρχει και μικρού ή μεγάλου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια, η οποία επιτρέπει τη χορήγηση μόνο μειωμένων δόσεων των κυτταροστατικών με ανάλογη μείωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Μια σειρά κυτταροστατικών φαρμάκων, έχει δείξει ορισμένη δραστηριότητα στον καρκίνο τραχήλου μήτρας, με πρώτο το *Geis-Platin* όπως φαίνεται στο πίνακα 1.

Στο πίνακα 2 φαίνονται διάφοροι συνδυασμοί κυτταροστατικών, οι οποίοι αποδεικνύονται δραστικότεροι της μονοθεραπείας τόσο ως προς το ποσοστό όσο και ως προς τη διάρκεια των υφέσεων.

Πάντως σε περιπτώσεις ενδοπυελικών υποτροπών πρέπει κανείς να σταθμίσει σοβαρά την τοξικότητα της χημειοθεραπείας και την - στην καλύτερη περίπτωση - χαμηλή και βραχείας διάρκειας ύφεση της νόσου. Επί υπάρξεως σοβαρών συμπτωμάτων από την ενδοπυελική εξάπλωση της νόσου συνίσταται η δοκιμαστική χορήγηση ενός χημειοθεραπευτικού συνδυασμού που να περιέχει *Platin*.

Όταν υπάρχει μικρή βλάβη της νεφρικής λειτουργίας καλύτερα είναι να χορηγείται το Carboplatin το οποίο στερείται νεφροτοξικότητας. Αν μετά την χορήγηση δύο κύκλων θεραπείας, δεν παρουσιαστεί ύφεση των συμπτωμάτων, θα πρέπει να διακόπτεται η θεραπεία.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η υιοθέτηση της χημειοθεραπείας ως μέσο για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατό να φέρει κάποιες παρενέργειες στην ασθενή.

Αυτές είναι:

- Ανορεξία
- Ναυτία - έμετος
- Διάρροια
- Δυσκοιλιότητα
- Στοματίτιδα
- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναιμία
- Τριχόπτωση (Αλωπεκία)
- Ευαισθησία στο φως
- Πρωσλήματα από το ουροποιητικό σύστημα (αλλαγή χρώματος και οσμής των ούρων)
- Πρόβλημα δέρματος (κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα)
- Προβλήματα από το νευροφυτικό σύστημα (μούδιασμα δακτύλων, μυρμήγκιασμα, κάψιμο).
- Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα (ελλειψη επιθυμίας

για σέξ)

Δ. ΠΑΡΗΓΩΡΗΤΙΚΗ

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν απ' αυτόν μπορούμε να ανακουφίσουμε αυτή από τους πόνους, που προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή, που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα.

Για την καταπολέμηση του πόνου:

- 1) Χορηγούμε παυσίπονα, που κάποτε γίνονται ανεκτά απ' τον οργανισμό της άρρωστης και όλο πρέπει να μεγαλώνουμε την δόση τους.
- 2) Χορηγούμε ενδοραχιαία φαινόλη
- 3) Εκτελούμε προσθιοπλάγια χορδοτομία στο ύψος του θ4 για κατάρτιση ετερόπλευρου πόνου
- 4) Εκτελούμε αμφοτερόπλευρη χορδοτομία σε αμφοτερόπλευρους πόνους, αλλά αυτή διαταράσσει τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου και προκαλεί ατονία των κάτω άκρων.
- 5) Εκτελούμε οπίσθια ριζοτομία που προκαλεί απώλεια της λειτουργικότητας των κάτω άκρων.

Η κατάργηση του πόνου ή απλά η ανακούφιση απ' αυτόν επιδιώκεται σε όλες τις κλινικές και σε όλες τις ασθένειες. Στις ημέρες όμως υπάρχουν ειδικές κλινικές που ονομάζονται "κλινικές του πόνου", που ανακουφίζουν αισθητά τον καρκινοπαθή.

Παρακολούθηση μετά από την θεραπεία

Μετά την αρχική θεραπεία, η ασθενής πρέπει να ελέγχεται τακτικά τόσο για την διαπίστωση, του θεραπευτικού αποτελέσματος, όσο και για την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών. Η σωστή παρακολούθηση εκτελείται από τους ίδιους ιατρούς, οι οποίοι εφάρμοσαν θεραπευτική αγωγή, και είναι μηνιαία τον πρώτο χρόνο, κάθε τρίμηνο τον τρίτο και κάθε εξάμηνο αργότερα. Κατ'αυτή γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθούν τα συμπτώματα της ασθενούς. Το οίδημα των σκελών και το άλγος της πύελου, που αντανακλά στους μηρούς θεωρούνται τα πιο ύποπτα απ'αυτά. Επίσης εξετάζονται προσεκτικά η πύελος και οι περιοχές πιθανών μεταστάσεων. Η κατάσταση του ουροποιητικού έχει ιδιαίτερη προγνωστική σημασία. Η ανάπτυξη υδρονεφρώσεως σημαίνει συνήθως υποτροπή της νόσου. Η στένωση του ουρητήρα από ακτινική ίνωση ευθύνεται μόνο στο 3% των περιπτώσεων. Η εξέταση περιλαμβάνει επίχρισμα κατά Παπανικολάου (μετα τους 3 μήνες από την ακτινοθεραπεία) και κατά διαστήματα ακτινολογικό έλεγχο πνευμόνων, σκελετού ή και άλλων οργάνων. Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να χρειασθεί έλεγχος ήπατος σπινθηρογραφήματα, αξονική τομογραφία και βιοψία με βελόνα αναρροφητικής παρακέντησης.

Εφόσον η νόσος επιμένει τοπικά, 6 μήνες μετά την θεραπεία, θεωρείται ότι δεν ανταποκρίθηκε στην αγωγή που έγινε. Εάν εμφανισθεί και πάλι με την πάροδο εξαμήνου, θεωρείται ως υποτροπή. Η διάγνωση των υποτροπών στηρίζεται πάντα σε υλικό βιοψίας και είναι δυνατό να απαιτήσει την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας.

Η πρόγνωση και η αντιμετώπιση των υποτροπών του καρκίνου του τραχήλου εξαρτώνται από την εντόπιση και την έκταση και από το είδος της θεραπείας η οποία έχει ήδη εφαρμοσθεί.

Τοπική υποτροπή. το είδος αυτό της υποτροπής παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς, οι οποίες έχουν υποβληθεί σε αμιγή ακτινοθεραπεία. Οι περιπτώσεις αυτές θεραπεύονται σε ποσοστό και 50% με πλήρη ακτινοθεραπεία. Εφ'όσον έχει προηγηθεί πλήρης ακτινοθεραπεία, η μόνη δυνατότητα ν'αντιμετωπισθεί η κατάσταση είναι η χειρουργική επέμβαση. Προηγουμένως, απαιτείται ιστολογική διάγνωση και αποκλεισμός της διασποράς της νόσου. Η παρουσία ανενεργούς νεφρού, λόγω αποφράξεως του ουρητήρα ελαττώνει κατα πολύ την επιτυχία της χειρουργικής επεμβάσεως στις περιπτώσεις αυτές.

Εφόσον η τοπική υποτροπή έχει μικρή έκταση, η ριζική υστερεκτομή και πυελική λεμφαδενεκτομία μπορούν να θεραπεύσουν το 55% των ασθενών αυτών. Συνήθως όμως η νόσος καταλαμβάνει, εκτός από τον τράχηλο και τους προσκείμενους ιστούς, οπότε, απαιτείται περισσότερο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. Η εγχείρηση που εκτελείται ονομάζεται εξεντέρωση και έχει περιγραφεί από τον Brunschwing (1948) και τροποποιηθεί από άλλους χειρουργούς. Πρόκειται για την εξαίρεση της νόσου μαζί με τα όργανα της πυέλου, τα οποία έχουν προσβληθεί απ'αυτή και περιλαμβάνει εκτός από ριζική υστερεκτομή και την πυελική λεμφαδενεκτομή, την εξαίρεση της ουροδοχου κύστης (πρόσθια εξεντέρωση) ή του ορθού (οπίσθια εξεντέρωση) ή και των δύο μαζί (ολική εξεντέρωση).

Η επέμβαση αυτή απαιτεί ειδική χειρουργική εμπειρία και παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό επιπλοκών. Η επιβίωση που προσφέρει είναι 20-30%. Θεωρείται ότι η προσεκτική επιλογή των ασθενών μπορεί να δώσει ακόμα καλύτερα αποτελέσματα και να ελαττώσει την συχνότητα και βαρύτητα των επιπλοκών (θνησιμότητα 7-15%). Η επέμβαση αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί και σε ασθενείς με νόσο σταδίου IVa, εφόσον η διήθηση των παραμητρίων δεν φθάνει μέχρι τα τοιχώματα της πυέλου.

Υποτροπή εκτός πυέλου: Στην περίπτωση αυτή, ελάχιστες είναι οι πιθανότητες θεραπείας της ασθενούς. Σε μερικές περιπτώσεις η εκδήλωση μονήρους μεταστάσεως αποτελεί κίνητρο θεραπευτικών προσπαθειών, οι οποίες όμως συνήθως αποτυγχάνουν, γιατί η νόσος έχει διασπαρεί και σε άλλα όργανα, ενώ ταυτόχρονα η ασθενής καταβάλλει το τίμημα των θεραπευτικών προσπαθειών, οι οποίες έχουν σοβαρές επιπλοκές. Μόνο η μονίρης, μικρή και με αργή εξέλιξη πνευμονική μετάσταση, που εκδηλώνεται χρόνια μετά την αρχική θεραπεία, αποτελεί ένδειξη χειρουργικής επέμβασης. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η μόνη κατάλληλη είναι η χημειοθεραπεία και η συμπτωματική αντιμετώπιση της νόσου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VII

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψη στην πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι οι πιο κάτω:

- α) Ηλικία της άρρωστης
- β) Γενική φυσική κατάσταση
- γ) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- δ) Μακροσκοπικοί χαρακτήρες του καρκίνου
- ε) Κυτταρολογική εικόνα
- στ) Ιστολογικοί χαρακτήρες
- ζ) Ικανότητα θεραπευτή
- η) Στάδιο στο οποίο έγινε η διάγνωση (έκταση της νόσου και προσβολή των λεμφαδένων).

Η ηλικία της άρρωστης είναι σημαντικός παράγοντας, διότι σε νέες γυναίκες παρουσιάζονται πιο συχνά αναπλαστικοί όγκοι με ταχύτερη εξέλιξη, ενώ αντίθετα σε ηλικιωμένες γυναίκες συναντώνται καρκινώματα καλώς διαφοροποιημένα και με βαρύτερη εξέλιξη.

Η γενική φυσική κατάσταση επηρεάζει την εξέλιξη της κακοήθειας και αυξάνει την θνησιμότητα και από άλλες χρόνιες αρρώστιες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και οι νεφροπάθειες. Η παχυσαρκία αποτελεί επίσης έναν επιβαρυντικό παράγοντα γιατί δυσκολεύει την εγχείρηση, αλλά και την ακτινοβολία. Επίσης συνυπάρχουσες πυελικές φλεγμονές χειροτερεύουν την πρόγνωση. Ασθενείς χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων βρίσκονται συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια της αρρώστιας, όταν τίθεται η αρχική διάγνωση και αυτό χειροτερεύει πολύ την πρόγνωση.

Εκβλαστικοί ή θηλωματώδεις όγκοι ανταποκρίνονται αρκετά καλύτερα στην ραδιοθεραπεία . Επίσης καλύτερη πρόγνωση έχουν όγκοι, που παρουσιάζουν μια γρήγορη υποχώρηση στον αριθμό των λεγόμενων εφεδρικών κυττάρων και στον αριθμό των πυρηνοκινησιών, ενώ παράλληλα γίνεται αύξηση των καλά διαφοροποιημένων και εκφυλιστικών κυττάρων.

Η ικανότητα των θεραπειών παίζει επίσης μεγάλο ρόλο και όσο περνάει ο καιρός αποδεικνύεται ότι τα μεγάλα ογκολογικά κέντρα παρουσιάζουν για τον λόγο αυτό, καλύτερες στατιστικές επιβιώσεως από τα μικρά νοσοκομεία. Η πείρα, η εξειδίκευση, η οργανωμένη διερεύνηση και η τήρηση των απαραίτητων κανόνων σημασίας παράγοντες του καρκίνου του τραχήλου , είναι βασικής σημασίας παράγοντες για την πρόγνωση. Χρειάζεται ακρίβεια και εξατομίκευση κάθε περίπτωσης προκειμένου ν'αντιμετωπισθεί με επιτυχία η νόσος.

Η προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων παίζει τέλος μεγάλο ρόλο στην πρόγνωση. Οι έξω λαγόνιοι λεμφαδένες προσβάλλονται πιο συχνά και στη συνέχεια έρχονται οι θυροειδείς οι κοινοί λαγόνιοι και οι υπογαστρικοί Μικρής εκτάσεως καρκίνοι, δηλαδή διαμέτρου μικρότερης του εκατοστού, σπάνια παρουσιάζουν λεμφικές μεταστάσεις. Εξωφυτικοί όγκοι παρουσιάζουν μεταστάσεις συχνότερα από τους ελκτικούς. Καλά διαφοροποιημένοι κακοήθεις όγκοι μιθίστανται συχνότερα από τους αδιαφοροποιητικούς.

Όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο επεκτάσεως, τόσο πιο συχνή προβολή των λεμφαδένων παρατηρείται. Στο στάδιο I υπάρχει προσβολή στο 15% των περιπτώσεων, στο στάδιο II

υπάρχει προσβολή στο 30% στο στάδιο III υπάρχει προσβολή στο 60% των περιπτώσεων.

Το ποσοστό ιάσεως στο στάδιο I με προβολή των λεμφαδένων είναι 40% λιγότερο από εκείνο που πετυχαίνεται, όταν δεν υπάρχει κανένας θετικός λεμφαδένας.

Παρά το ότι η κλινική σταδιοποίηση δεν είναι πάντα ακριβής εξακολουθεί να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα καθορισμού όχι μόνο της θεραπείας αλλά και της προγνώσεως.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και η εγκυμοσύνη είναι μια συνύπαρξη που εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%. Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του τραχήλου, δεν είναι τεκμηριωμένη. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται περισσότερο από την βιολογική συμπεριφορά του, παρά από την εγκυμοσύνη.

Η συνύπαρξη καρκίνου του τραχήλου και εγκυμοσύνης φέρνει σεδίλημμα το γυναικολόγο σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης. Αυτή θα εξαρτηθεί από τη μορφή του καρκίνου, την ηλικία της γυναίκας και την εγκυμοσύνη, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, από την επιθυμία της ν'αποκτήσει παιδιά, κλπ.

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν:

1) Στο καρκίνωμα *in situ*, την αναψυχή του τοκετού και μετά την λοχεία, την αντιμετώπισή του, όπως στις περιπτώσεις χωρίς εγκυμοσύνη.

2) Στο διηθητικό καρκίνωμα, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την ακτινοβολία κοβάλτιο, απόξεση της μήτρας μετά την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια ενδοκοιλοτική εφαρμογή ραδίου.

3) Στο διηθητικό καρκίνωμα, στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την ακτινοβολία με ράδιο, μικρή καισαρική τομή ύστερα από λίγες ημέρες, κοβαλτιοθεραπεία ύστερα από δύο εβδομάδες και νέα εφαρμογή ραδίου ύστερα από άλλες δύο εβδομάδες.

4) Στο διηθητικό, στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης,

την εκτέλεση καισαρικής τομής, ύστερα από λίγες ημέρες κοβαλτιοθεραπεία και ύστερα από δύο εβδομάδες εφαρμογή ραδίου. Άλλοι προτιμούν την εκτέλεση ριζικής υστερεκτομίας μετά την καισαρική τομή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον ασθενή που πάσχει από καρκίνο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, ν'ανεχθεί την θεραπεία και ν'αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την ασθένεια.

Η ικανότητα του καρκινοπαθή ν'αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και η υποβάσταξη που του προσφέρονται.

Βέβαια οι ανάγκες κάθε αρρώστου ποικίλουν ανάλογα με το είδος ακριβώς της αρρώστιας του καθενός. Το σίγουρο πάντως είναι ότι για όλους τους καρκινοπαθείς υπάρχουν κάποια κοινά προβλήματα εκτός απ'αυτά για τα οποία αντιμετωπίζονται απ'την γενική νοσηλευτική φροντίδα.

Ο καρκινοπαθής και στην περίπτωσή μας η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αντιμετωπισθεί με ιδιαίτερη προσοχή και με περισσότερη έμφαση στα εξής: Στη νοσηλευτική αλλά και στην ψυχολογική πλευρά του θέματος.

Έτσι η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίσει όσο αφορά το πρώτο μέρος για τα εξής:

- Να φροντίσει να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά την

νοσηλεία του.

- Να προσέξει πολύ την συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό.

- Να ενισχύσει με διάφορους τρόπους την αυτοπεποίθηση του αρρώστου γιατί είναι πάρα πολύ σημαντικό για την πορεία της κατάστασής του.

- Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να φροντίζει να γίνεται με απόλυτα σωστό τρόπο η νοσηλεία του.

- Κύριο μέλημα επίσης είναι η προσπάθεια για ανακούφιση από τον πόνο που είναι και ένα απ' τα σημαντικότερα προβλήματα του αρρώστου.

- Η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αλλά και οποιοσδήποτε ασθενής που πάσχει από καρκίνο και που πρέπει να αφαιρεθεί κάποιο μέλος, έχει και ένα πλήθος από ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Και σ' αυτό το σημείο η παρέμβαση της νοσηλευτικής είναι σωτήρια.

Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις (stress), που σχετίζονται με την αρρώστια και την θεραπεία τους. Υπάρχουν και άλλοι όμως που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επιδρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστιας αλλά και στην ποιότητα της ζωής του.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει ν' αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβασεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την

αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητες του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια. Επίσης κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και οι παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας.

Ας δούμε όμως μερικές απ'τις εμπειρίες που οι περισσότεροι άρρωστοι περιγράφουν ως αρνητικές και ψυχοπιεστικές.

- Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου. Έχει βρεθεί από έρευνες, ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερο ψυχικό stress από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιοι ότι έχουν καρκίνο.

- Η ζωή με τον καρκίνο. Οι άρρωστοι ανησυχούν καθώς συνεχίζουν να ζουν με τον καρκίνο. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Κι αυτοί ακόμη που θεραπεύονται, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο - αν βέβαια το ήξεραν - και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας ήτας μετάστασης.

- Το αίσθημα της μόνωσης. Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με αγαπημένα τους πρόσωπα και από το άλλο φοβούνται την απόρριψη. Το ίδιο δοκιμάζουν μόνωση και όταν δεν έχουν κοντά τους κατάλληλα πρόσωπα για να εξωτερικεύσουν τις μυστικές τους αγωνίες και το φόβο τους για τον ενδεχόμενο θάνατο. Ο φόβος της απομόνωσης και της απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από το φόβο του θανάτου.

Πλήθος λοιπόν τα προβλήματα του καρκινοπαθή και τόσο πιο απαραίτητο γίνεται το έργο της νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του νοσηλεύει και θεραπεύει :

- . Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία την νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για την βοήθειά του.

- . Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας προσαρμοσμένης στις μειωμένες ικανότητες του αρρώστου, ώστε να διατηρεί την ανεξαρτησία του.

- . Βοηθάει τον άρρωστο να εστιάζει την προσοχή στη σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τι είναι δυνατόν να γίνει μάλλον παρα τις δυνάμεις που χάθηκαν. Δηλαδή το μήνυμα είναι: κάνει το σήμερα να αξίζει.

- . Ελαττώνει ή εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης του αρρώστου.

- . Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο. Ενθαρρύνει το φοβισμένο καταπραύνει τον ταραγμένο. Προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

Αφού έχουν πραγματοποιηθεί όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις και έχει διαπιστωθεί ότι πρόκειται για καρκίνο τραχήλου μήτρας, αποφασίζεται από τον γιατρό και την ίδια την ασθενή ότι πρέπει να χειρουργηθεί.

Έτσι η ασθενής μετά τα εξωτερικά ιατρεία και αφού πάρει απ'το γραφείο κινήσεως το χαρτί "Εισαγωγή" της στην αντίστοιχη κλινική ετοιμάζεται για την κλινική. Προηγουμένως έχει γίνει συνενόηση του γιατρού που παρακολουθεί την ασθενή με την Προισταμένη του τμήματος που θα πάει. Η ασθενής πηγαίνει στην κλινική και αφού δώσει το χαρτί "Εισαγωγής" της στην Προισταμένη θα ενημερωθεί απ'αυτή για την παραμονή της στην κλινική.

Μετα απ'αυτό η ασθενής παραλαμβάνεται από μια νοσηλεύτρια η οποία θα γράψει σε μια ειδική καρτέλα όλα τα στοιχεία της ασθενούς, αν φέρει κάποιες εξετάσεις κτλ.

Έτσι η νοσηλεύτρια έχει μια πρώτη επαφή με την ασθενή. Ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει αυτή η πρώτη επαφή καθορίζει και την σχέση που θα έχει η ασθενής με την νοσηλεύτρια

Αφού λοιπόν καταγραφούν τα στοιχεία η νοσηλεύτρια θα οδηγήσει την ασθενή στο λουτρό για την καθαριότητα του σώματος, εκτός και αν η κατάσταση της δεν της το επιτρέπει. Της προσφέρεται καθαρό νυχτικό - εκτός και αν έχει η ίδια - και τοποθετείται στο θάλαμό της.

Βοηθά η νοσηλεύτρια της κλινικής την άρρωστη ακούγοντας τα προβλήματά της και προσπαθώντας να την βοηθήσει να βρεί λύσεις. Κι'αυτό γιατί η ασθενής με την

εισαγωγή της στο νοσοκομείο χάνει όχι μόνο τον ρυθμό της ζωής της αλλά κατακυριεύεται και από διάφορα συγκρουόμενα συναισθήματα και σκέψεις. Η συζήτηση λοιπόν με την νοσηλεύτρια είναι ότι καλύτερο για την ασθενή.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει ταυτόχρονα να πάρει και το ιστορικό της ασθενούς, τα ζωτικά της σημεία και να ενημερώσει το διάγραμμα που υπάρχει στο κρεβάτι της.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας της κλινικής είναι πάρα πολύ σημαντικός και συνοψίζεται στα παρακάτω στάδια:

1. Υποστήριξη και βοήθεια της ασθενούς κατά τον διαγνωστικό έλεγχο.

2. Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεων της ασθενούς.

3. Βοήθεια κατά την εφαρμογή της θεραπείας.

4. Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα.

5. Ψυχολογική υποστήριξη.

6. Αναγνώριση ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών.

Η ασθενής βρίσκεται πλέον στο Νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια είναι συνεχώς δίπλα της και πρέπει να οπλιστεί με αγάπη και υπομονή για να μπορέσει να διεκπεράσει με επιτυχία το δύσκολο έργο της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου είναι πάρα πολύ σημαντικός γιατί η σωστή θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου προϋποθέτει σωστή διάγνωση. Στο πλάι του γιατρού λοιπόν ο Νοσηλευτής για την πραγματοποίηση του ιερού αυτού σκοπού.

Πρέπει η νοσηλεύτρια να γνωρίζει για κάθε διαγνωστική εξέταση τα εξής:

- Τον σκοπό για τον οποίο γίνεται
- Τον τρόπο προετοιμασίας της ασθενούς
- Τον τύπο που θα γίνει η εξέταση
- Τα αντικείμενα που χρειάζονται
- Το μέτρο προφύλαξης της ασθενούς και του περιβάλλοντος σε περίπτωση που η εξέταση γίνει με την λήψη ραδιενεργών ουσιών.

Στη συνέχεια αναλύονται ο τρόπος με τον οποίο γίνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και ο τρόπος που ο Νοσηλευτής επεμβαίνει σ'αυτές.

A. Κυτταρολογική Εξέταση

TEST Παπανικολάου

Σκοπός της εξέτασης αυτής είναι η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου, παίρνοντας επίχρισμα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο από το έξω και έσω στόμιο του τραχήλου.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή στη διαφώτιση και ενημέρωση για την μέθοδο αυτή όπως σπουδαίες είναι επίσης και οι υπηρεσίες της κατά την εξέταση.

Απαραίτητα υλικά

1) Ξύλινη σπάτουλα: η συνηθισμένη που χρησιμοποιείται για την εξέταση της στοματικής κοιλότητας.

2) Ειδικός στυλεός: μπορεί να χρησιμοποιηθεί ξανά εφ'όσον καεί. Ακόμα χρησιμοποιούνται βαμβακοφόροι στυλεοί για μία χρήση ή πιπέτα.

3) Αντικειμενοφόρες πλάκες: πρέπει να είναι καθαρές. Η επιφάνεια τους δεν πρέπει να πιάνεται με τα δάκτυλα γιατί απομένει λίπος πάνω τους από το δέρμα.

Τα στοιχεία γράφονται με ειδικό διαμαντένιο μολύβι στην επάνω εξωτερική επιφάνεια ή με κωδικοποιημένο τον αριθμό που του δίνει το εργαστήριο μετά από συνενόηση.

4) Μονιμοποιητικό υγρό (HOFMAN): που αποτελείται από ίσα μέρη: οινόπνευμα 95% και καθαρό αέρα ή SPREI.

Πριν όμως από τη λήψη πρέπει να εκπληρωθούν οι εξής προϋποθέσεις δηλ. να μην έχουν προηγηθεί φυσικές, χημικές ή μηχανικές ενέργειες πάνω στον κάλπο.

. Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί κολπική πλύση.

- . Δεν πρέπει να έχει σκουπιστεί ο κόλπος.
- . Δεν πρέπει η γυναίκα να έχει εμμηνορυσία.
- . Οι κολποδιαστολείς πρέπει να είναι στεγνοί.
- . Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή τις τελευταίες 24 ώρες πριν την εξέταση.
- . Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί καυτηρίαση τραχήλου
- . Δεν πρέπει να έχει τοποθετηθεί αλοιφή ή υπόθετα για θεραπεία κολπίτιδος.
- . Μετά την λήψη πρέπει να ακολουθήσει γυναικολογική εξέταση γιατί υπάρχουν δύο κίνδυνοι:

- 1) Ο εξεταζόμενος δάκτυλος να καταστρέψει τα επιθηλιακά κύτταρα.
- 2) Μπορεί να προκληθεί αιμορραγία (αιματηρά επιχρίσματα).

Τεχνική της λήψης

Η άρρωστη τοποθετείται στην εξεταστική κλίνη και ο κόλπος ανοίγεται με τους κολποδιαστολείς. Αριστερά στέκεται η Νοσηλεύτρια που με το αριστερό της χέρι κρατά τη σπάτουλα, τον ειδικό στυλεό και την αντικειμενοφόρο πλάκα.

Το επίχρισμα παίρνεται από τρία μέρη:

α) Από το οπίσθιο θόλο του κόλπου, εκεί βρίσκονται όλα τα κύτταρα τα αποφλοιωμένα από όλο το γεννητικό σύστημα.

β) Από το εξω στόμιο του τραχήλου: σ' αυτή τη λήψη δεν πρέπει να πιεστεί η σπάτουλα.

Απλά παίρνεται το έκκριμα με ελαφρά πίεση της σπάτουλας και η Νοσηλεύτρια το απλώνει πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα.

γ) Από τον ενδοτράχηλο: το έκκριμα που λήφθηκε τοποθετείται πάρα πολύ γρήγορα στο δοχείο με το HOFMAN (που πρέπει να είναι εκ των πρωτέρων ανοικτό για να αποφύγουμε την καθυστέρηση). Αν το παρασκεύασμα στεγνώσει, τότε δεν έχει καμία αξία. Η σταθεροποίηση μπορεί να γίνει με σπρέι πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα. Τουλάχιστο πρέπει να μείνει μέσα στο HOFMAN όχι λιγότερο από 10 λεπτά. Βγάζουμε την αντικειμενοφόρο πλάκα, την αφήνουμε να στεγνώσει στον αέρα και ύστερα την τοποθετούμε σε μία ξύλινη θήκη που μεταφέρεται στο εργαστήριο.

Μετά την εξέταση του επιχρίσματος ακολουθεί η ταξινόμηση των κυτταρολογικών ευρημάτων κατά Παπανικολάου έχει ως εξής:

CLASS 1: απουσία άτυπων ή ανώμαλων κυττάρων.

CLASS 2: άτυπα κύτταρα χωρίς ένδειξη κακοήθειας.

CLASS 3: Κύτταρα ενδεικτικά αλλά όχι αποδεικτικά κακοήθειας (ύποπτα).

CLASS 4; Κύτταρα με ένδειξη κακοήθειας.

CLASS 5; κύτταρα αποδεικτικά κακοήθειας.

Η ανεύρεση παθολογικών κυττάρων δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η γυναίκα έχει καρκίνο. Για να αποδειχθεί αυτό πρέπει να γίνουν και άλλες εξετάσεις.

B. Δοκιμασία Ιωδίου κατά SHILER

γίνεται χρώση του τραχήλου με βάμμα ιωδίου 3% ή LUCOL με μακρύ βαμβάκοφόρο στυλεό.

Αν ο τράχηλος πάρει βαθύ καστανόχρωμο χρώμα θεωρείται η εξέταση αρνητική.

Αντίθετα αν υπάρχουν άκρα κύτταρα οι ιστοί δεν παίρνουν τέτοιο χρώμα η δοκιμασία θεωρείται θετική.

Η Νοσηλεύτρια στην εξέταση αυτή δεν λαμβάνει και πολύ ενεργό μέρος γιατί την κάνει ο γιατρός όπως και τις άλλες βέβαια, μόνο που σ'αυτή δεν υπάρχει πολύ υλικό γι'αυτήν.

Γ. Κολποσκόπηση

Η κολποσκόπηση είναι και αυτή μια πάρα πολύ σημαντική διαγνωστική εξέταση. Πραγματοποιείται με το κολποσκόπιο, ένα είδος οργάνου με το οποίο μπορούμε να διαπιστώσουμε καρκινικές αλλοιώσεις του τραχηλικού ιστού.

Η Νοσηλεύτρια στην εξέταση αυτή παρεμβαίνει ως εξής:

1) Φροντίζει την καθαριότητα του τραχήλου με στεγνό τολύπιο.

2) Καθαρίζει τον τράχηλο με 3% όξινο οξύ για την απομάκρυνση τραχηλικής βλένας.

Κατα την διάρκεια της περιόδου καθώς και 3-4 μέρες μετά απ'αυτή απαγορεύεται η εξέταση καλύτερες μέρες είναι από την 8η-12η μέρα όπου η βλέννα είναι αφθονη και διαψής και το τραχηλικό στόμιο ανοικτό.

Δ. Βιοψία Τραχήλου - Καυτηρίαση

Η κολποσκόπηση μας δείχνει από ποιά σημεία θα γίνει η βιοψία.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει στην άρρωστη ότι η εξέταση γίνεται σε γυναικολογική θέση χωρίς αναισθησία γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχέα πόνου.

Μπορεί να εμφανιστεί μικρή αιμορραγία η οποία

θ'αντιμετωπισθεί με τοποθέτηση ταμπόν.

Επίσης η Νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα γράψει τα στοιχεία της άρρωστης (ονοματεπώνυμο, ηλικία, ακριβής θέση, λήψη του υλικού).

Μετα την εξέταση και αφού περάσει λίγη ώρα ανάπαυσης η ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι της.

Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει και πάλι να είναι παρούσα γιατί πρέπει να δώσει ορισμένες οδηγίες:

- 1) να αναπαυθεί και να αποφύγει να σηκώσει βάρη.
- 2) να αναφέρει στο γιατρό για οποιοδήποτε σύμπτωμα.
- 3) να αφήσει το ταμπόν για όση ώρα της όρισε ο γιατρός.

Μετα την εξέταση μπορεί να εμφανισθούν δύσσομα υγρά που οφείλονται σε καταστροφή ιστών. Εξαφανίζονται μετα από λίγες μέρες μετά από κολπικές πλύσεις.

Ο γιατρός ενημερώνει την ασθενή για την επαναληψη της σεξουαλικής επαφής και για το πότε επιτρέπονται οι κολπικές πλύσεις.

Ε. Σπινθηρογράφημα

Στην εξέταση αυτή χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα τα οποία μπαίνοντας στον οργανισμό δημιουργούν χημικές αντιδράσεις και μεταβολικές διεργασίες με τα σταθερά στοιχεία.

Η όλη διαδικασία είναι ανώδυνη, έχει 3 φάσεις:

1η φάση: χορήγηση ραδιοισοτόπων

2η φάση: αναμονής

3η φάση: καταγραφής σπινθήρων: Σ'αυτή τη φάση η

αρρωστη εναλλάσσεται διάφορες θέσεις στο εξεταστικό κρεβάτι.

Η ευθύνη της Νοσηλεύτριας σ' αυτήν την εξέταση έρχεται στη σωστή προετοιμασία και διδασκαλία της ασθενούς για την εξέταση. Ενημερώνουμε την ασθενή για τον τρόπο και την διαδικασία που ακολουθείται και τα πιο πιθανά αποτελέσματα. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογική υποστήριξη κατά την διάρκεια της αναμονής τόσο πριν όσο και μετά με την αγωνία των αποτελεσμάτων.

Η Νοσηλεύτρια παρίσταται προσφέροντας την βοήθειά της στον Ιατρό φροντίζοντας να έχει όλα τα απαραίτητα εργαλεία. Τοποθετεί την ασθενή στη σωστή θέση και την συμβουλεύει όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Γενικά η Νοσηλεύτρια βρίσκεται πλάι στην ασθενή υποστηρίζοντας την ψυχολογικά έχοντας, υπ' όψη ότι ο φόβος και η αγνοία έχουν σοβαρές επιπτώσεις και στο άτομο το ίδιο και στην οικογένειά του.

Έτσι αφού έγινε πλήρη διάγνωση της νόσου το επόμενο βήμα είναι να προχωρήσουμε στη θεραπεία όπου και σ' αυτή το Νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει σπουδαία θέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η δικαίωση της υπαρξής μας σαν νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του νοσηλευομένου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ενεργητικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν'αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί την μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, ή να πεθάνει μ'αξιοπρέπεια.

Ο στόχος όμως της νοσηλευτικής φροντίδας καρκινοπαθή είναι ακόμα πιο μεγάλος. Πρέπει η νοσηλεύτρια να κάνει τον ασθενή να διατηρήσει την ισχύ και την ακεραιότητά του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν'αντέχει την θεραπεία και ν'αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια ενώ σκοπός της θεραπείας και αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξαρτησής του απ'το προσδόκιμο επιβίωσής του.

Ετσι και στην ασθενή με καρκίνο τραχήλου μήτρας, ο καρκίνος αδιάκριτος ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε την ζωή της και σαν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί της για κάποιο μικρο ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνή θα πρέπει να μαθε να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό της αγώνα.

Η 24ώρη θέση του νοσηλευτή-τριας δίπλα στην ασθενή αυτή και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει την θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και την

συμβολή της στο πρόγραμμα θεραπεία και αποκατάσταση αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει απ'την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και μπορεί να τελειώσει ή με την θεραπεία ή ακόμα και με τον θάνατο.

Εχοντας υπόψη λοιπόν, όλα αυτά προχωράμε στην πραγματοποίηση της θεραπείας η οποία μπορεί να είναι η εξής:

- Χειρουργική αντιμετώπιση
- Συντηρητική αντιμετώπιση η οποία μπορεί να περιλαμβάνει:
 - α. Τις εξειδικευμένες αντικαρκινικές θεραπείες όπως ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ορισμένες μικροεπεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοσθούν μόνο στα αρχικά στάδια της νόσου.
 - β. Συστηματική χρήση φαρμάκων, αναλγητικών και μη ψυχολογικές μεθόδους. Φυσικοθεραπεία, νευροδιέγερση. Έχουν εφαρμογή σ'όλα τα στάδια της νόσου.

Η σημαντικότητα του νοσηλευτικού έργου δεν χρειάζεται βέβαια να την υπενθυμίσουμε.

Η σύγχρονη Ιατρική και Νοσηλευτική πιστεύει ότι η ασθενής αμέσως μετά την διάγνωση πρέπει να μαθαίνει από τι πάσχει και έτσι με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη θα γίνει καλός βοηθός στο έργο της θεραπείας. Γιατί από το σημείο αυτό και μετά στα θα αναφέρεται η λέξη θεραπεία θα αναφερόμαστε όχι μόνο στα μέσα θεραπείας και στον τρόπο με τον οποίο αυτά πραγματοποιούνται αλλά και:

- 1) Την πρόληψη των επιπλοκών
- 2) Την ανακούφιση της άρρωστης από τα συμπτώματα.

3) Την εξασφάλιση καλής ποιότητας ζωής για μεγαλύτερο χρόνο.

Η νοσηλεύτρια -της σε κάθε ενέργεια για φροντίδα προς την πάσχουσα πρέπει να έχει υπόψη τα εξής:

- Να γνωρίζει τα πιθανά οδυνηρά στάδια εξέλιξης της νόσου.

- Να γνωρίζει ότι η ασθενής θα περάσει από πολλά ψυχολογικά προβλήματα που θα την επηρεάσουν σωματικά και ψυχολογικά.

- Να έχει υπόψη η ασθενής αισθάνεται ότι ίσως βρίσκεται στον προθάλαμο του θανάτου.

- Να μην αγνοεί ότι η συμπεριφορά της θα διαφοροποιηθεί στον οικογενειακό και κοινωνικό της χώρο.

- Βιώνει αναμεικτα αισθήματα φόβου - αγωνίας - απόγνωσης.

Ξέροντας όλα αυτά ο νοσηλευτής -τρια θα προχωρήσει στο μεγάλο αυτό έργο που ονομάζεται θεραπεία καρκινοπαθούς.

A. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ για την ανακούφιση του πόνου. Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και μη, με άλλα φάρμακα, συνιστά την πιο ευρέως διαδεδομένη και πιο πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Με σκοπό την πιο αποτελεσματική χρήση τους πρέπει η χορήγηση ν'ακολουθεί ορισμένους κανόνες τους οποίους η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά. Οι κανόνες αυτοί είναι οι εξής:

α. Σωστή επιλογή ανάλογα με το είδος, την ένταση και την διάρκεια του πόνου. Ηπιας έντασης πόνος^ς μπορεί ν'ανακουφιστεί με την ασπιρίνη ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη με συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά. Ενώ για πιο ισχυρό πόνο χρησιμοποιείται ναρκωτικό.

β. Οδός χορήγησης απ'το στομα εκτός και αν γαστρεντερικές διαταραχές την εμποδίζουν.

γ. Εξατομίκευση της δόσης ανάλογα με τις ανάγκες της ασθενούς.

δ. Χορήγηση σε τακτικά διαστήματα που προλαμβάνουν την εμφάνιση πόνου για όλο το 24ώρο.

ε. Προσεκτική αντιμετώπιση παρενεργειών με άλλα φάρμακα είτε αντικατάσταση από άλλο ναρκωτικό.

στ. Διακοπή όσων φαρμάκων στην πορεία της νόσου καθίστανται ανεπαρκή και αντικατάσταση με δραστικότερα.

ζ. Συνδυασμός των φαρμακευτικών μεθόδων με επεμβατικές όταν η ανακούφιση δεν είναι ικανοποιητική.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, για την ανακούφιση απ'τον πόνο είναι τα εξής: μη ναρκωτικά αναλγητικά, ψυχότροπα και στεροειδή και ναρκωτικά αναλγητικά.

B. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η χημειοθεραπεία είναι μια από τις τρεις βασικές θεραπείες του καρκίνου. Είναι βασικό να εφαρμόζεται μια αυστηρή διαδικασία ώστε να εξασφαλίζουμε ότι ο ασθενής λαμβάνει την σωστή δόση των σωστών φαρμάκων με τον σωστό τρόπο. Χρειάζεται λοιπόν ο νοσηλεύτης-τριας να προσέξει ιδιαίτερα, για την σωστή διάλυση και χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων, την προφύλαξη του ιδίου και τις παρενέργειες των φαρμάκων.

Ο νοσηλεύτης -τρια οφείλει να είναι ενημερωμένος ώστε να βοηθήσει όσο γίνεται την ασθενή και ν'αποφύγει πάλι όσο γίνεται κάποιες δυσάρεστες καταστάσεις.

Το προσωπικό που ασχολείται με την χημειοθεραπεία θα πρέπει να γνωρίζει όλους τους ασθενείς που διατρέχει κάνοντας την συγκεκριμένη ενέργεια και να κάνει τ'απαραίτητα για να τους αποφύγει.

Η ασθενής ενημερωμένη απ'το νοσηλευτικό προσωπικό για το τι πρόκειται να της συμβεί αρχίζει την χημειοθεραπεία. Η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι στο πλάι της ασθενούς να την καθησυχάζει και είναι έτοιμη ν'αντιμετωπίσει οτιδήποτε συμβεί όπως είναι κάποιες επιπλοκές.

Οι επιπλοκές αυτές αντιμετωπίζονται απ'τον ιατρό μαζί με την νοσηλεύτρια και είναι:

1. Αλωπεκία: είναι απ'τις παρενέργειες που έχει τα περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τοποθετήσει κάσκα ψύξης στο τριχωτό της κεφαλής 15' πριν την χορήγηση του κυτταροστατικού και μισή ώρα μετά.

2. Τοξική επίδραση στο μυελό των οστών: συνηθισμένη διαταραχή είναι η λευκοπενία και η θρομβοπενία. Η ασθενής πρέπει να μεταφερθεί σε θάλαμο λευκοπενικών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να ρυθμίσει το διαιτολόγιο της ασθενούς που πρέπει να περιλαμβάνει μόνο βρασμένη τροφή.

3. Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα: Η πιο συχνή διαταραχή είναι η ναυτία και ο έμετος καθώς και η ουλίτιδα, στοματίτιδα, γαστρίτιδα και ελκωτική εντερίτιδα. Εδώ επιβάλλεται καθαριότητα.

4. Καρδιοτοξικότητα, πνευμονική τοξικότητα και νευροτοξικότητα. Παρακολούθηση του αρρώστου καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας αυστηρός έλεγχος ζωτικών σημείων.

5. Νεφροτοξικότητα: Σε ορισμένα φάρμακα πρέπει να έχουν προνοηθεί και ληφθεί μέτρα διούρησης γιατί υπάρχει αυτή η παρενέργεια.

Πέρα όμως απ'την ενημέρωση της ασθενούς πριν την χημειοθεραπεία και την προφύλαξή της κατά την διάρκεια αυτής η νοσηλεύτρια έχει σκοπό να ενημερώσει την ασθενή να μην διακόψει την επαφή της με το Νοσοκομείο μετά το τέλος της χημειοθεραπείας αλλά να συνεχίζει να παρακολουθείται.

Γ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ. _Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που πασχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει απ'την στιγμή που ο νοσηλευτής -τρια θα έρθει σε επαφή με την ασθενή. Από την στιγμή αυτή η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία, αναφέρεται :

1. Στην ενημέρωση της ασθενούς για την θεραπεία.
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια της ασθενούς για την θεραπεία .
3. Στην εφαρμογή προστευτικών μετρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
4. Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Η διαδικασία της ακτινοθεραπείας μπορεί να κυλήσει απόλυτα ομαλά, μπορεί να συμβούν όμως και κάποιες παρενέργειες που και αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίσει η νοσηλεύτρια και είναι :

α. Ακτινοδερματίτιδα: Σ'αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια πρέπει να κάνει τα εξής:

- Έλεγχος της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται.
- Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρισμός περιοχής με χλιαρό νερό.

- Τοποθέτηση αμυλούχων αλοιφών με ιατρική εντολή.
- Ενθάρυνση της ασθενούς να αποφεύγει τα στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη δερματίτιδα να διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοβολία.

β. Καταστολή του μυελού των οστών: Σ' αυτή ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς γι' αυτό και επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του ασθενούς για αιμορραγίες.

γ. Φαινόμενα γενικής αντίδρασης: Κατ' αυτά έχουμε καταβολή δυνάμεων, ναυτία, έμετος, ανορεξία, απώλεια βάρους και η νοσηλεύτρια πρέπει μετά από ιατρική εντολή να κάνει τα εξής:

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών φαρμάκων
- Φροντίζει για την καλή σίτηση και ενυδάτωση του αρρώστου.
- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του όταν αυτός είναι κλινήρης.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

δ. Διάρροια

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή γιατρού.
- Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν την διάρροια.
- Χορήγηση ειδικής διαίτας.

Δ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

α. Τύποι χειρουργικής παρέμβασης

Αν και έχουμε αναφερθεί σε κάποιο προηγούμενο σημείο για τους της χειρουργικής παρέμβασης σε ασθενή που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι σκόπιμο να αναφερθούμε και πάλι μιας και θα μιλήσουμε για τον τρόπο με τον οποίο ο νοσηλευτής -τρια παρεμβαίνει σ'αυτούς.

Οι τύποι λοιπόν χειρουργικής επέμβασης είναι η απλή υστερεκτομή όπου γίνεται η αφαίρεση της μήτρας και η ριζική υστερεκτομή ή ριζική εγχείρηση του WERTHEIM - ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματα, του παραμητρικού λίπους και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού.

Και οι δύο εγχειρήσεις προυποθέτουν πείρα και εγχειρητική ικανότητα. Η επιβίωση ύστερα από 5 χρόνια μετά την εκτέλεσή τους δεν ξεπερνά το 50%.

Ο χειρουργός έχει να επιλέξει δύο χειρουργικές προσπελάσεις την κοιλιακή και την κοιλιακή.

β. Γενικά στοιχεία για την παρέμβαση της νοσηλευτικής στο χειρουργείο.

Η νοσηλευτική του χειρουργείου είναι μέρος της χειρουργικής νοσηλευτικής. Έχει εκτός από την επιστημονική και τεχνική και μια ψυχοκοινωνική διάσταση ενδιαφέρουσα και μοναδική που την ολοκληρώνει μαζί με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, την κάνει προσωπική και απ'ευθείας υπεύθυνη προς το πρόσωπο του αρρώστου. Έτσι δίνει και

κερδίζει την μάχη ενάντια στην απροσωποποίηση και αντικειμενοποίηση του αρρώστου μέσα στο χείρουργείο.

Η ασθενής που πηγαίνει στο χείρουργείο για υστερεκτομή δεν πρέπει ν'αντιμετωπίζεται σαν μήτρα που έχει ανάγκη την επέμβαση αυτή αλλά σαν μια βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα, μοναδική και αδιαίρετη.

Η νοσηλεύτρια έχει καθήκον να βρίσκεται δίπλα στην ασθενή και σ'αυτή την φάση της θεραπείας και να τονώνει και να ενισχύει την ασθενή.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Η νοσηλευτική παρέμβαση κατά την προεγχειρητική φάση συγκεκριμενοποιείται σε τρία σημεία που είναι τα εξής:

A) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.

B) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.

Γ) Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

A) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

α) Τόνωση του ηθικού.

Η φάση αυτή αρχίζει απ' την ώρα που αποφασίζεται η εγχείρηση μέχρι την ώρα που η ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Η νοσηλεύτρια σ' αυτή τη φάση συζητεί με την ασθενή και το περιβάλλον της σε αυστηρά νοσηλευτικά όρια και δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των ειδικών αναγκών της.

Η νοσηλεύτρια συμπληρώνει την κάρτα πληροφοριών των αναγκών αυτών και σχεδιάζει την ειδική φροντίδα που απαιτείται στο χειρουργείο.

Διδάσκει επίσης την ασθενή και εξηγεί τις φάσεις της εγχείρησης, προειδοποιεί στο τι αναμένεται, πληροφορεί τους συγγενείς, και δίνει έμφαση στην ανάγκη για την συνεργασία της.

Η διδασκαλία θα πρέπει να γίνεται με απλά και κατανοητά λόγια, να αποφεύγονται όσο γίνεται οι επιστημονικοί όροι, προκειμένου να καταλάβει αυτά που της λέμε.

Για την συνέντευξη αυτή χρειάζεται κρίση, προσοχή και επιδεξιότητα. Η νοσηλεύτρια φροντίζει έτσι ώστε να μην

απαντά σε άμεσες ιατρικές ερωτήσεις, ενθαρρύνει όμως την ασθενή να ζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρηση από τον ιατρό και τον αναισθησιολόγο. Προσέχει έτσι ώστε και με τη διδασκαλία και τις απαντήσεις να μην τρομοκρατήσει την ασθενή.

Παρατηρείται ότι ο ασθενής πολλές φορές έχει ανάγκη να μιλήσει και να εξωτερικεύσει τους φόβους του. Την ίδια ανάγκη έχει και η άρρωστη που πάσχει απ'την ασθένεια για την οποία μιλάμε και η νοσηλεύτρια της δίνει αυτή την δυνατότητα.

β) Σωματική τόνωση.

Πέρα απ'την τόνωση του ηθικού όμως η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει και για την σωματική τόνωση της ασθενούς.

Η καλή θρέψη βοηθά την ασθενή ν'αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της.

Ετσι προεγχειρητικά ελέγχονται και γίνονται τα εξής:

- διόρθωση κάθε ηλεκτρολυτικής διαταραχής
- χορήγηση διαίτας υπερλευκωματούχου, υπερθερμιδικής εύπεπτης, μαζί με χορήγηση βιταμινών.
- μετάγγιση αίματος σε περίπτωση αναιμίας.

Επίσης πρέπει να ρυθμίζεται η λειτουργία του εντερου και να γίνεται κέντωση αφού δοθεί εντολή γιατρού.

Εκτός απ'αυτά μεγάλης σπουδαιότητας είναι και η πραγματοποίηση εξετάσεων που είναι: 1) Γενικές εξετάσεις αίματος: λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια, αιματοκρίτης, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα και Rhesus, καθώς και

διασταύρωση.

- 2) Γενική ούρων
- 3) ΗΚΓ
- 4) Ακτινογραφία θώρακος
- 5) Ενδοφλέβια πνευμογραφία (μπορεί να έχουν προσβληθεί οι ουρητήρες).
- 6) Διακοπή αντισυλληπτικών χαπιών αν παίρνει η ασθενής.

Β) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Στο στάδιο αυτό της προεγχειρητικής ετοιμασίας η Νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την άρρωστη να ηρεμήσει και να προσπαθήσει να κοιμηθεί όσο πιο πολύ μπορεί γιατί αυτό θα είναι ευεργητικό γι'αυτήν.

Επίσης γίνεται προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου που αποσκοπεί στην απαλλαγή του δέρματος απ'τα μικρόβια χωρίς να προκληθεί ερεθισμός. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται στεγνό και καθαρό και να αλλάζει συχνά ο ιματισμός.

Τέλος η σωστή νοσηλεύτρια φροντίζει να διδάξει την άρρωστη να μάθει κάποιες ασκήσεις π.χ. αναπνευστικές οι οποίες θα την βοηθήσουν ν'ανανήψει.

Γ) Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς
- λήψη ζωτικών σημείων και γενικός έλεγχος.
- Ενδυμασία κατάλληλη: μισή ώρα πριν το χειρουργείο η

**Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ασθενής θα φορέσει την καταλληλη ενδυμασία. Επειδή η ασθενής με την συγκεκριμένη πάθηση μπορεί, θα το κάνει μόνη της. Αφού αποχωρήσει η ασθενής απ'τον θάλαμο η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα πρέπει να προετοιμάσει τον θάλαμο για να την υποδεχθεί μετά την εγχείρηση. Έτσι λοιπόν αερίζει τον θάλαμο και ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι το οποίο πρέπει να είναι ζεστό για προφύλαξη από ψύξη ή πνευμονία, να 'ναι ανοικτό για την όσο πιο εύκολη και ανώδυνη τοποθέτηση της άρρωστης στο κρεβάτι, και να 'ναι χωρίς μαξιλάρι για την αποβολή ναρκωτικού όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

Παράλληλα ετοιμάζεται το κομοδίνο στο οποίο θα πρέπει να υπάρχει ένα ποτήρι με νερό, PORT - COTTON, κάψα με τολύπια και χαρτοβάμβακα και μια χάρτινη σακούλα για τ'άχρηστα.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Η στάση της νοσηλεύτριας στο χειρουργείο παίζει πλύ σημαντικό ρόλο στην όλη ψυχολογία της ασθενούς. Η άρρωστη σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την εμπειρία της στο χειρουργείο, από τον τρόπο που της γίνεται η υποδοχή, πρέπει δε, να πιστέψει ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται πραγματικά γι'αυτή.

Η αγωνία, η στενοχώρια και ο φόβος φθάνουν στο έπακρο τους σ'αυτή την φάση γι'αυτό και ένα χαμόγελο, μια ευγενική χειρονομία, γενικά, μια ανθρώπινη ζεστή παρουσία την ώρα αυτή, είναι ότι καλύτερο γι'αυτή.

Οι συνομιλίες και οι κινήσεις μέσα στο χειρουργείο πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, και η ασθενής πρέπει ν'αντιμετωπισθεί με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η ντροπή που νιώθει για το γυμνό της σώμα που εκτίθεται σε κοινή θέα, της προκαλεί μεγάλο stress. Θα πρέπει να είναι σκεπασμένη μέχρι να γίνει η νάρκωση.

Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά της κρατώντας της το χέρι, υποστηρίζοντάς την ψυχολογικά μέχρι να πάρει την νάρκωση, οπότε σίγουρα νιώθει ασφάλεια. Παράλληλα παρατηρεί και ελέγχει όσα γίνονται κατά την διάρκεια της επέμβασης, προκειμένου να αποφευχθούν λάθη.

Επίσης πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στο σημείο που πρόκειται να γίνει η εγχείρηση, μη τυχόν και απο λάθος γίνει σε κάποιο άλλο σημείο. Και αυτό θα πρέπει να το φροντίσει η νοσηλεύτρια που ξέρει την άρρωστή της.

Τέλος η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται στο πλάι της

ασθενούς και όταν αυτή πάει στην ανάνηψη για αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων π.χ. έμετος και για ψυχολογική υποστήριξη γιατί η ασθενής μετά την εγχείρηση θα βρίσκεται σε μια πολύ δύσκολη κατάσταση.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Η φροντίδα της νοσηλεύτριας μετεγχειρητικά αρχίζει από την στιγμή που η άρρωστη μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή της.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας αυτές τις στιγμές είναι τ'ακόλουθα:

- Προφυλάσσει την άρρωστη από τα ρεύματα κατά την μεταφορά της απ'το χειρουργείο στο θάλαμο.

- Τοποθετεί την ασθενή σε ύπτια θέση στο κρεβάτι, με το κεφάλι στραμμένο πλάγια, γιατί έτσι βοηθάται η χαλάρωση των μυών.

- Φροντίζει για την λήψη των ζωτικών της σημείων, κοιτάει αν υπάρχει κοιλιακή εκρόη, προσέχει την παροχέτευση του τραύματος και φροντίζει για την διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών.

- Ανακουφίζει με οποιοδήποτε τρόπο την ασθενή από τους πόνους.

- Παρακολουθεί το τραύμα και φροντίζει για την επούλωσή του.

- Προσέχει να μην κάνει εισρόφηση των εμεσμάτων λόγω των διεγέρσεων που θα έχει.

- Λόγω της διάτασης της κοιλιάς συνίσταται η εισαγωγή οινογαστρικού καθετήρα και η χορήγηση υγρής και μαλακής δίαιτας.

- Σημαντικό επίσης είναι η φροντίδα της νοσηλεύτριας για την καθαριότητα της ασθενούς για την αποφυγή λοίμωξης. Έτσι γίνεται καθημερινά μπάνιο ή τοπική καθαριότητα και αλλαγή ιματισμού. Επίσης χρησιμοποιούνται αλοιφές ή

υπόθετα.

- Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας για αποφυγή παρωτίτιδων.

- Ενθαρρύνεται η άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για να βγαίνουν οι εκκρίσεις.

Εκτός απ'όλα τα παραπάνω πρέπει να υπολογισθεί επίσης το αίμα που έχασε η άρρωστη γι'αυτό και ζυγίζονται οι γάζες που χρησιμοποιήθηκαν. Γίνεται σύγκριση στεγνών και βρεγμένων γαζών και υπολογίζεται η απώλεια αίματος.

Επίσης παρατηρείται η ασθενής για την τυχόν ύπαρξη κιρσών και παράλληλα τονώνεται η κυκλοφορία του αίματος με την χρήση ελαστικών καλτσών.

Γίνονται επίσης αλλαγές με άσηπτη τεχνική αν υπάρξει κοιλιακή απέκκριση.

Τέλος πρέπει η νοσηλεύτρια να έχει υπόψη της ότι επεμβάσεις που έχουν σχέση με άλλα όργανα μπορεί να μην επηρεάσουν τόσο ένα άτομο. Μια υστερεκτομή όμως σε γυναίκα οποιασδήποτε ηλικίας αλλά πιο πολύ αναπαραγωγικής δεν μπορεί παρά να επηρεασθεί πολύ.

Αυτός ο παράγοντας σπουδαιότητας της λειτουργικότητας κάποιου οργάνου που χει αφαιρεθεί, πρέπει ν'αποτιμηθεί από την νοσηλεύτρια για να εκτιμήσει τα ψυχολογικά αποτελέσματα από μια δεδομένη επέμβαση στην άρρωστή της.

Δεν είναι όμως λιγότερο σημαντική στο μυαλό της αρρώστου η υποτιθέμενη σπουδαία λειτουργία ενός οργάνου. Όπως για παράδειγμα μια γυναίκα που έχει γίνει μητέρα πολλές φορές, μπορεί να συμπεράνει ότι η υστερεκτομή μπορεί κατα ένα μυστήριο τρόπο, να επηρεάσει την γυναικεία της

φύση, κάνοντας την φυσικά και σεξουαλικά μη ελκυστική. Αυτό το ψεύτικο συμπέρασμα, που μπορεί να είναι η αρχική αιτία των ανησυχιών της, είναι πιο σημαντικό γι'αυτήν από την ίδια την εγχείρηση. Και σ'αυτό το σημείο και σ'αυτή την φάση, της μετεγχειρητικής πρέπει να επέμβει η νοσηλεύτρια και να προσπαθήσει να την καθησυχάσει και να την ηρεμήσει, με μερικά επεξηγηματικά λόγια σχετικά με την λειτουργικότητα της μήτρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙ

Παρακολούθηση και διδασκαλία της αρρώστου μετά
την χειρουργική επέμβαση

Σ' αυτό το σημείο επεμβαίνει και πάλι η νοσηλευτική και ο ρόλος της είναι κυρίως η πληροφόρηση. Η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μετά την εγχείρηση έχει ν' αντιμετωπίσει ένα πλήθος προβλημάτων διαφορετικών μεταξύ τους.

Η νοσηλεύτρια -της έχει καθήκον να επέμβει και να βοηθήσει την άρρωστη σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό. Η ασθενής έτσι ενημερώνεται πάνω στα εξής:

- Σχετικά με τις αλλαγές που έγιναν στο σωματικό-είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.

- Σχετικά με τις αλλαγές στην ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων.

- Σχετικά με το σε ποιο βαθμό υπάρχει η οικογενειακή υποστήριξη, οικονομική άνεση, οι ευκολίες και οι δυνατότητες για φροντίδα νοσηλευτική στο σπίτι.

Επίσης ενημέρωση σχετικά με τα εξής:

- Τακτική εξέταση της ασθενούς τόσο αμφίχειρη γυναικολογική όσο και άλλων εξετάσεων όπως βιοχημικές αιματολογικές, ακτινολογικές, άμεσων κολπικών επιχρισμάτων κλπ.

- Να της γίνει γνωστό σχετικά με το πόση σημασία έχει γι' αυτήν η μέτρηση και η καθημερινή καταγραφή του βάρους καθώς και η ενημέρωση του ιατρού της σχετικά μ' αυτό.

- Να ενημερωθεί επίσης για την σπουδαιότητα και ανάγκη

αναφοράς στον ιατρό για οποιοδήποτε "περίεργο" σύπτωμα παρατηρήσει.

Όλα αυτά όπως προαναφέραμε, η Νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα τα κάνει γνωστά στην ασθενή και θα της συμπαρασταθεί σε ότι χρειασθεί.

Υποτροπή

Υποτροπή θεωρείται η επανεμφάνιση της νόσου σε χρονικό διάστημα μετά από έξι μήνες μέχρι πέντε χρόνια από την θεραπεία. Μετά από πέντε χρόνια και εφόσον δεν έχει εμφανισθεί η νόσος η άρρωστη θεωρείται απαλλαγμένη απ'την αρρώστεια της. Συνήθως η υποτροπή παρουσιάζεται τον πρώτο ή δεύτερο χρόνο από την θεραπεία της.

Η Νοσηλεύτρια -ής θα πρέπει να τα γνωρίζει όλα αυτά και θα πρέπει να φροντίσει να είναι ενήμερη και η άρρωστη ώστε αν παρατηρήσει κάποια "ύποπτα" σημάδια να τρέχει το συντομότερο στον ιατρό της.

Η ασθενής λοιπόν θα πρέπει να ξέρει ότι σημεία που δείχνουν υποτροπή της ασθένειας είναι τα εξής:

- Θετική κυτταρολογική εξέταση
- Ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή τον κόλπο
- Μονόπλευρο χαμηλό οίδημα των άκρων
- Αιμορραγία από τον κόλπο
- Δύσοσμη απέκκριση
- Υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια
- Ασκίτης

Υποτροπή μετά πενταετίας θεωρείται αργοπορημένη υποτροπή, ενώ αν εμφανισθεί πριν τους έξι μήνες σημαίνει ατελή θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙΙ

Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας και
παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με την μέθοδο της
Νοσηλευτικής Διεργασίας

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Α.

Η κ. Διακοπούλου Μαρίνα 40 ετών, ιδιωτική υπάλληλος, μητέρα δύο παιδιών που γέννησε φυσιολογικά, προσήλθε στον ιατρό γυναικολόγο με έντονο άλγος στο υπογάστριο και μια απάντηση από εξέταση Παπανικολάου που έδειχνε μεγάλη αλλοίωση στα γεννητικά όργανα.

Απ'το ιστορικό της φάνηκε ότι και η μητέρα της γυναίκας αυτής έπασχε από καρκίνο των γεννητικών οργάνων και πέθανε σε ηλικία μόλις 58 ετών.

Η γυναίκα στην οποία αναφερόμαστε δεν είχε μέχρι τότε κανένα άλλο γυναικολογικό πρόβλημα, τουλάχιστον απ'όσο ήξερε. Η εμμηνορυσία της άρχισε κανονικά στα 13 της χρονια.

Αυτό που τόνισε η γυναίκα στην συζήτησή της με τον ιατρό είναι το έντονο άλγος που είχε κατά την επαφή.

Ο γυναικολόγος ιατρός της έκανε εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος αλλά και κάποιες ειδικές εξετάσεις.

Από την απλή γυναικολογική εξέταση ανευρέθη ότι η γυναίκα είχε φυσιολογικού μεγέθους μήτρα, μαλακή ευπίεστη κοιλιά και εντονη τραχηλίτιδα.

Όλα τα υπόλοιπα όργανα ήταν φυσιολογικά εκτός από τον τράχηλο που σύμφωνα με το Pap-test έδειχνε μεγάλη αλλοίωση.

Έτσι έγινε και μια βιοψία τραχήλου για να εξακριβωθεί τι ακριβώς είχε η ασθενής. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη Ca τραχήλου της μήτρας σε στάδιο *in situ*.

Έτσι αποφασίσθηκε χειρουργική επέμβαση η λεγόμενη κοιλιακή υστερεκτομή μετά λεμφαδενικού καθαρισμού. Η εγχείρηση εξελίχθηκε ομαλά και σύμφωνα με μαρτυρίες των ιατρών η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

Α. Νοσηλευτική Διεργασία

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Πόνος και οίδημα στην περιοχή του τραύματος	Σκοπός μου είναι να περιορίσω στο ελάχιστο τα προβλήματα της ασθενούς.	<p>Προγραμματίζω ενέργειες προκειμένου ν'απαλλάξω την ασθενή απ'αυτά τα συμπτώματα.</p> <p>I. <u>για τον πόνο:</u> αφού συμβουλευτήκα τον γιατρό πρέπει να της δώσω κάποιο αναλγητικό φάρμακο.</p> <p>II. <u>Για το οίδημα:</u> για αυτό το σύμπτωμα θα εφαρμόσω τις γνώσεις μου πάνω σ'αυτό. ^{Τοποθετώ} στην περιοχή του τραύματος πάγοκύστη</p>	<p>Χορηγώ στην ασθενή (PB LONARID) η οποία έχει ιδιότητα αναλγητική.</p> <p>Επίσης χρησιμοποιώ ειδικό SPRAY που έχει και αναλγητική αλλά και ανακουφιστική ιδιότητα.</p> <p>Επίσης τοποθετώ στην περιοχή του τραύματος παγοκύστη που έχει ανακουφιστικά αποτελέσματα.</p>	Μετά από χρονικό διάστημα δύο ωρών ο πόνος έχει και το οίδημα έχουν περιορισθεί στο ελάχιστο

2. Δυσφορία

Σκοπός μου είναι να απαλλάξω την ασθενή από το δυσάρεστο αυτό ενόχλημα.

Είναι φυσικό η ασθενής να νιώθει δυσφορία αφού έχει διάταση της κοιλιακής χώρας.
Μετά από συμβουλή του ιατρού της πρέπει να ρυθμισω κατάλληλα τον διαιτολόγιο της καθώς επίσης και το ισοζύγιο των υγρών.

Φροντίζω έτσι η ασθενής να πάρει πάρα πολύ ελαφριά διαίτα και διατηρώ το ισοζύγιο των υγρών τοποθετώντας ορό (DEXTROZE 5%) και παρακολουθώντας τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

Μετά από ένα 24ώρο η διάταση της κοιλιάς υποχωρεί και η ασθενής απαλλάσσεται από την δυσφορία.

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν.	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3.Αναπνευστικές δυσχέρειες	Η ασθενής δυσκολεύεται να αναπνεύσει και κυρίως να πάρει βαθειές αναπνοές.	<p>Προγραμματίζω ενέργειες για να βοηθήσω την ασθενή.</p> <p>I. Θα βοηθήσω την ασθενή ν'αλλάξει θέση κάθε 2 ώρες και θα την ενθαρρύνω να παίρνει βαθειές αναπνοές.</p> <p>II. Θ'αποφύγω την περίπτωση τοποθέτησης της ασθενούς σε υψηλή θέση.</p> <p>III. Θα ελέγξω τα κάτω άκρα για τυχόν παρουσία κίρσων και θα φροντίζω για τη παραγωγή της κυκλοφορίας του αίματος με ειδική ελαστική κάλτσα.</p> <p>IV. Θα προσπαθήσω να τονίσω την κυκλοφορία του αίματος με ειδικές ασκήσεις άκρων.</p>	<p>Έτσι τοποθετώ την ασθενή στην κατάλληλη θέση και της λέω να παίρνει βαθειές αναπνοές.</p> <p>Τοποθετώ σ'αυτήν ελαστικές κάλτσες και την βοηθάω να πραγματοποιήσει τις ειδικές ασκήσεις για τα άκρα.</p> <p>Μαζί με όλα αυτά τοποθετώ σ'αυτή και την μάσκα οξυγόνου για παροχή οξυγόνου για ακόμα καλύτερα αποτελέσματα.</p>	Μετά από χρονικό διάστημα μιας ώρας και ενώ επισκέπτομαι συχνά την ασθενή παρατηρώ ότι τα συμπτώματα υποχωρούν.

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
4. Εντονη ανησυχία	Σκοπός μου είναι να βοηθήσω την ασθενή να χαλαρώσει και να ηρεμήσει, γιατί μετά από μια τέτοια επέμβαση είναι φυσικό να έχει άγχος και ανησυχία.	<p>Προγραμματίζω ενέργειες κατάλληλες για την περίπτωση.</p> <p>I. Πρώτα απ'όλα προσπαθώ με όμορφα και καθησυχαστικά λόγια και με σωστά επιχειρήματα να την βοηθήσω να ηρεμήσει.</p> <p>II. Φροντίζω να πάρει ένα ζεστό ρόφημα που έχει καταπραυντική ιδιότητα.</p> <p>III. Αν αυτά δεν φέρουν αποτέλεσμα θα προβώ στην παροχή κάποιου ηρεμιστικού.</p>	<p>Εμψυχώνω την άρρωστη με τα λόγια μου και προσπαθώ να την κάνω να αισθανθεί εμπιστοσύνη απέναντί μου.</p> <p>Της δίνω ένα ζεστό γάλα και την ενθαρρύνω να προσπαθήσει να κοιμηθεί έστω και για λίγο.</p> <p>Μαζί με όλα αυτά της δίνω και 1/2 ηρεμιστικού χαπιού (TB TAVOR 0,5 MG).</p>	<p>Αφού μείνω για ένα μικρό χρονικό διάστημα μαζί της η ασθενής ηρεμεί και μετά από λίγο κοιμάται.</p>

B. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η κ. Κουτσού Χαρίκλεια, 40 ετών, νοικοκυρά, μητέρα δύο παιδιών που γεννήσε φυσιολογικά και χωρίς επιβαρυνόμενο ιστορικό προσήλθε στο γυναικολόγο παραπονούμενη για αιμόρροια.

Η ασθενής αναφέρει εμφάνιση σκούρου βλεννοαιματηρού εκκρίματος από τον κόλπο, μικρής ποσότητας, αμέσως μετά την εμμηνορυσία. Αναφέρει ότι παρατηρούσε αυτή την έκκριση για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς όμως συνοδά συμπτώματα.

Ετσι η ασθενής επισκέφθηκε γυναικολόγο ο οποίος της υπεδείξει την εξέταση Παπανικολάου και σύμφωνα με την απάντηση της εξέτασης της έδωσε θεραπεία που περιλαμβάνει αντιβίωση και κρέμα για τοπική επάλειψη στον κόλπο.

Η γυναίκα δεν απαλλάχθηκε από την αιμόρροια. Επισκέφθηκε και πάλι γυναικολόγο όπου αφού έκανε όλες τις εξετάσεις, έκανε και βιοψία τραχήλου. Ετσι διαπιστώθηκε ότι έπασχε από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας & μάλιστα διηθητικό.

Αφού έγινε ο απαραίτητος προεγχειρητικός εργαστηριακός και άλλος έλεγχος η γυναίκα μπήκε στο χειρουργείο. Σύμφωνα πάντα με τα όσα είπαν οι γιατροί η πρόγνωση για την περίπτωση αυτής της γυναίκας είναι ζωή για το χρονικό διάστημα μόλις δύο ετών.

Β. Νοσηλευτική Διεργασία

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Ναυτία, έμετοι	Με τις κατάλληλες ενέργειες σκοπός μου είναι να εξαλείψω ή να περιορίσω στο ελάχιστο τα συμπτώματα που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ναυτία και ο έμετος φυσιολογικά συμπτώματα αφού η ασθενής υπέστη αναισθησία.	Αφού τοποθετήσω την ασθενή σε θέση τέτοια έτσι ώστε να μην γίνει εισρόφηση των εμεσμάτων θα φροντίσω για την διακοπή του έμετου. Έτσι αφού συμβουλευτώ τον ιατρό της θα της δώσω κάποιο αντιεμετικό φάρμακο. Επειδή ο έμετος μπορεί να επηρεάσει το διατροφικό της καθεστώς θα φροντίσω να διατηρηθεί το ισοζύγιο των υγρών.	Μετά από συμβουλή του ιατρού δίνω στην ασθενή αντιεμετικό χάπι. Μετά από αυτό φροντίζω το διατροφικό της καθεστώς να περιέχει υγρά τροφή και σε ελάχιστη ποσότητα. Τέλος με την καταμέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ρυθμίζω το ισοζύγιο των υγρών.	Μετά από 24 ώρες τα συμπτώματα υποχωρούν.
2. Πόνος στην περιοχή του τραύματος	Σκοπός μου είναι να απαλλάξω την ασθενή από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου.	Προγραμματίζω ενέργειες για να βοηθήσω την ασθενή. I. φροντίζω να τοποθετήσω την ασθενή σε θέση τέτοια ώστε να είναι ανακουφιστική για αυτήν. II. Ενημερώνω την ασθενή να προσπαθήσει να μην έχει ο βήχας της ένταση γιατί αυτό επειδεινώνει την κατάσταση.	Πραγματοποιώ τις ενέργειες που είχα προγραμματίσει. Δηλαδή τοποθετώ την ασθενή στην κατάλληλη θέση και την συμβουλεύω να προσπαθεί να μην βήχει. Βλέπω όμως ότι αυτά δεν φέρνουν αποτέλεσμα η ασθενής συνεχίζει να	Ο πόνος μετά από διάστημα δύο ωρών έχει υποχωρήσει αισθητά.

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
--	--	--	---------------------------------	------------------------

III. Αν όλα αυτά δεν φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα απευθυνθώ στον ιατρό που παρακολουθεί την ασθενή για να μου δώσει την συμβουλή του για χορήγηση κάποιου αναλγητικού φαρμάκου.

πονά.
Ετσι μετά από εντολή του ιατρού της δίνω παυσίπονο (LONARID TB 500 MG).

3. Επίσχεση ούρων

Η ασθενής αισθάνεται πολύ άσχημα με το πρόβλημα της αυτό. Σκοπός μου είναι να την βοηθήσω απαλλάσσοντάς την απ' αυτό.

Προγραμματίζω ενέργειες κατάλληλες για την περίπτωση όπως:

I. Ανοίγω την βρύση και συκώνω την ασθενή όρθια.

II. Θα την παροτρύνω με καθησυχαστικά λόγια να ηρεμήσει γιατί αυτό θα την βοηθήσει στο πρόβλημά της.

III. Παράλληλα ετοιμάζω τα απαραίτητα για καθετηριασμό ουροδόχου κύστεως για να τα χρησιμοποιήσω σε περίπτωση που τα παραπάνω μέτρα δεν φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Σηκώνω την άρρωστη και ανοίγω την βρύση αλλά αυτό δεν φέρνει αποτέλεσμα και η ασθενής αντί να ηρεμήσει αγχώνεται περισσότερο. Μετά από εντολή του ιατρού της ετοιμάζω την ασθενή για την πραγματοποίηση καθετηριασμού ουροδόχου κύστεως έτσι με ωραία και ευγενικά λόγια παροτρύνω τους επισκέπτες.

Παρατηρώντας τον ουροσυλλέκτη βλέπω ότι τελικά η ασθενής έδωσε ούρα, και μετά από λίγο είναι αρκετά πιο ήρεμη.

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων.
------------------------------	--	--	---------------------------------	-------------------------

να φύγουν από τον θάλαμο.

Τοποθετώ παραβάν για την κάλυψη της ασθενούς έτσι ώστε να μην είναι στη θέα των άλλων ασθενών που βρίσκονται στον ίδιο θάλαμο.

Φροντίζω για την καθαριότητα και αντισηψία της περιοχής και ειδοποιώ τον ιατρό. Σερβίρω στον ιατρο όλα τα απαραίτητα για την πραγματοποίηση του καθετηριασμού. Μετά το τέλος του καθετηριασμού συγκεντρώνω όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για να τα στείλω στην αποστείρωση.

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
4. Ταχυσφυγμία χαμηλή πίεση , επίδρωση, Αδυναμία	Σκοπός μου είναι να ανακαλύψω γιατί η ασθενής έχει αυτά τα συμπτώματα και με τις κατάλληλες ενέργειες να προσπαθήσω να την βοηθήσω.	<p>I. Συμβουλεύω την ασθενή να παραμείνει ακίνητη στο κρεβάτι.</p> <p>II. Της απαγορεύω να πάρει οτιδήποτε από το στόμα.</p> <p>III. Επειδή υποψιάζομαι ότι έχει εσωτερική αιμορραγία ενημερώνω τον ιατρό και παράλληλα την Αιμοδοσία να είναι σε ετοιμότητα. Διαπιστώνεται και από τον ιατρό ότι πρόκειται για αιμορραγία εσωτερική. Έτσι πρέπει να προγραμματίσω ενέργειες κατάλληλες για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας. Οι ενέργειες που θα κάνω προκειμένου να διακοπεί η αιμορραγία είναι οι εξής:</p> <p>- Θ'απαλλάξω την ασθενή από οποιαδήποτε τυχόν περιφραξη στο σημείο της αιμορραγίας.</p>	<p>Πηγαίνω μαζί με τον ιατρό στην ασθενή αφού πάρω μαζί μου και το δίσκο με τα αιμοστατικά φάρμακα και όλα τα απαραίτητα. Προσπαθώ να καθησυχάσω την ασθενή που έχει πανικοβληθεί ενώ ο ιατρός της κάνει ενδοφλέβια αιμαστατικό φάρμακο. Αφού τελειώσω φέρνω απ'την Αιμοδοσία μια φιάλη αίμα και μαζί με τον ιατρό την τοποθετώ στην ασθενή.</p>	<p>Οι ενέργειες μου αυτές έφεραν αποτέλεσμα γιατί παρακολουθώντας τακτικά την ασθενή παρατηρώ ότι η αιμορραγία υποχωρεί σταδιακά.</p>

Συμπεράσματα και προσωπικές προτάσεις

Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας είναι ένας απ'τους λόγους θανάτου σε πάρα πολλές γυναίκες τόσο στην Ελλάδα όσο και σε ολόκληρο τον κόσμο. Πολλές γυναίκες όμως θα μπορούσαν να είχαν γλιτώσει απ'αυτόν τον εφιάλτη που τους παίρνει την ζωή αν είχαν κάνει έγκαιρα κάποια πράγματα.

Οι τακτικές επισκέψεις στον γυναικολόγο ιατρό και η πραγματοποίηση της εξέτασης Παπανικολάου (λήψη επιχρίσματος κολπικού - τραχηλικού - ενδοτραχηλικού) αποτελούν σίγουρα αιτίες αποφυγής απ'τον ίδιο τον θάνατο.

Η γυναίκα όμως για να προβεί σ'αυτές τις ενέργειες πρέπει κάποιος να την έχει ενημερώσει γι'αυτές. Πιο αρμόδιοι γι'αυτό δεν είναι άλλοι απ'το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ιατρός και η νοσηλεύτρια οφείλουν να κάνουν πολλά όχι μόνο για να θεραπευθεί μια γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αλλά και να κάνουν τα πάντα για να προληφθεί η γυναίκα απ'την μάστιγα αυτή.

Εξάλλου ο Fegerl κάποτε είπε: "Κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει τον άρρωστο πρέπει να θεωρηθεί σαν αποτυχία των υπευθύνων και μάλιστα για το επίπεδο του πολιτισμού".

Με την εργασία μου αυτή προσπάθησα να αγγίξω και να καλύψω το δύσκολο αυτό θέμα σε όσο γίνεται μεγαλύτερο βαθμό. Θέλω να πιστεύω ότι αν αυτή η εργασία όπως και κάθε παρόμοια, όπως και κάθε άλλο έντυπο που αναφέρεται στο συγκεκριμένο θέμα, "πέσει" στα χέρια οποιασδήποτε γυναίκας θα την ενδιέφερε πολύ να την διαβάσει και σίγουρα θα

μάθαινε πολλά που της είναι άγνωστα.

Βέβαια με την δική μου εργασία σαν ενημέρωση δεν υπάρχει καμμία πιθανότητα να σωθεί ο κόσμος. Αλοίμονο άλλωστε!!! Αν κάποιος πρέπει να κάνει ενέργειες για να προλάβει να σώσει πολλές γυναίκες απ'την κατάρα αυτή, είμαι βέβαια και εγώ αλλά χρειάζομαι την βοήθεια και πολλών άλλων πολύ πιο δυνατών από εμένα.

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Από στατιστικές των τελευταίων χρόνων, έχει αποδειχθεί, ότι ο καρκίνος έχει προοδευτική άνοδο. Σ' αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, εξωτερικοί ή εσωτερικοί όπως: το μολυσμένο περιβάλλον στο οποίο ως επί το πλείστον ζούμε και η κακή μας διατροφή.

Γι' αυτό όλα τα κράτη, της Ευρώπης, άρχισαν ένα γιγαντιαίο αγώνα κατά του καρκίνου, ο οποίος στηρίζεται σε δύο γεγονότα: 1ον στην πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου και 2ον: στην ίαση του καρκίνου κατόπιν έγκαιρης διάγνωσης.

Ανώτερος σκοπός των κρατών της Ευρώπης, είναι η μείωση των θανάτων, όσο το δυνατό περισσότερο.

Η επίτευξη τούτου θα γίνει με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπεία και την αποκατάσταση.'

Μια από τις θεραπείες στα πλαίσια των ανωτέρω, είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με διάφορα σεμινάρια.

Από επιδημιολογικές και άλλες μελέτες που έγιναν πάνω στον καρκίνο, διεπιστώθηκε έξαρση ή υποχώρησή του, ανάλογα με την αποφυγή ορισμένων και την λήψη προφυλακτικών μέτρων. Επίσης διαπιστώθηκε ότι τα 3/4 των περιπτώσεων του καρκίνου, αφορούν πνεύμονα, μαστό, πεπτικό δέρμα και γεννητικό σύστημα γυναικών.

Αυτά τα είδη καρκίνου, έχουν κοινά χαρακτηριστικά, δηλαδή: Ανιχνεύονται εύκολα και προλαμβάνονται με αποφυγή ορισμένων συνηθειών ή την βελτίωση συνθηκών διαβίωσης και διατροφής.

Για τον σκοπό αυτό, αναπτύχθηκε ο Ευρωπαϊκός Κώδικας

κατά του καρκίνου ή ο Δεκάλογος τη Ε.Ο.Κ., που υποστηρίζεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντίστοιχων Υπουργείων Υγείας και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Μη καπνίζετε και εάν καπνίζετε σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα.
- Μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας.
- Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.
- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- Κάνετε τέστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και - αν είναι δυνατόν - κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ένας γιατρός αποκάλεσε κάποτε τον καρκίνο κλέφτη.

Γιατί; Γιατί παίρνει μακριά όλα τα όνειρα. Όνειρα για το σχολείο, τη δουλειά, την σύνταξη, τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, τα παιδιά, τα εγγόνια. Διακόπτει προγράμματα, σχέδια, διακοπές, κλέβει την αυτοπεποίθηση, την εμπιστοσύνη, το σωματικό είδωλο, την ασφάλεια και την ελπίδα.

Ο άνθρωπος ο "χτυπημένος" απ'τα καρκινικά κύτταρα βρίσκεται σε μια πάρα πολύ άσχημη θέση τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Η αφαίρεση (μερική ή ολική) των γεννητικών οργάνων μπορεί να κάνει έναν ασθενή να νιώσει πιο αποδεκτός και από τον εαυτό του και απ'τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Ο πόνος της "παραμόρφωσης" μπορεί να αντικαταστήσει τον πόνο της αρρώστιας και γενικά τα προβλήματα διαδέχονται το ένα το άλλο. Ο αγώνας να επικυρώσει μια προσωπική ταυτότητα γίνεται σκληρότερος.

Η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν είναι εξαίρεση απ'τον κανόνα. Έχει και αυτή τα ίδια προβλήματα με όλους τους καρκινοπαθείς (ως και κάποια επιπλέον (π.χ. μετά από μία ολική υστερεκτομή αποκλείεται να νιώθει το ίδιο θηλυκή όπως πριν κτλ.).

Η Νοσηλευτική ομάδα έχει χρέος μαζί με την ιατρική ομάδα και το κοινωνικό σύνολο να υποστηρίξει, να βοηθήσει και να ενισχύσει την γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ώστε να μπορέσει να σταθεί σαν φυσιολογικό άτομο μέσα στην κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΘΑΝΑΣΙΑΤΗΣ ΧΡ.: Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκινοπαθή.
 Θέματα Παθολογίας- Ογκολογίας , Αθήνα 1989.
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.: "Παθολογία της γυναίκας". Επιστημονικές εκ-
 δόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- BAKER M. TEREZA: "Oncology nurse specialist" Boston 1991.
- ΒΑΡΓΕΜΕΖΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ: "Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με
 αλλαγή σωματικού ειδώλου - Αφαίρεση (μερική ή ολική)
 γεννητικών οργάνων" ΗΜΕΡΙΔΑ: Αλλαγή της σωματικής
 εικόνας: Μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον
 αρρώστο με καρκίνο, Αθήνα 1992.
- ΓΚΡΟΠΑΣ Γ.: "Γυναικολογικός καρκίνος" Επίτομος Έκδοση
 Νοσοκομείο: "Ο Άγιος Σάββας", Επιστημονικές εκδόσεις,
 Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1980.
- ΔΟΝΤΑΣ Ν. ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Κ., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ., Boyd Peter:
 "Θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα 1960
 - 1985", Αθήνα 1991.
- ΚΑΡΔΑΣΗ - ΣΑΧΙΝΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: "Παθολογική και
 χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2ος, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ",
 Αθήνα 1985.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ.Ε. : "Βασική Μαιευτική περιγεννητική ιατρική
 και γυναικολογία", Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ Α.: "Νοσηλευτική μέριμνα του αρρώστου στο
 χειρουργείο", Ελληνική αντικαρκινική Εταιρεία,
 Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του
 καρκίνου , Αθήνα 1991.

ΚΟΥΛΤΟΥΚΗ Φ.: "Ευρωπαϊκός κώδικας κατα του καρκίνου"
Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών
Κοινοτήτων, Ευρώπη κατα του καρκίνου, Αθήνα 1991.

ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ - ΠΑΤΗΡΑΚΗ Ρ.: "Νοσηλευτική συμβολή στην
ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής, αρρώστου
με καρκίνου" Ελληνική αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή
Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατα του καρκίνου, Αθήνα
1991.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. - ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑ.: "Νοσηλευτική-
Παθολογική- Χειρουργική;" Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις
"ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΑΤΟΥ - ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ Ε.: "Ο ρόλος της
Νοσηλεύτριας -τη στη χημειοθεραπεία, Εκπαίδευση του
αρρώστου", Ελληνική αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή
Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του καρκίνου, Αθήνα 1991.

ΜΑΡΚΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ: "Ο ρόλος της κυτταρολογίας στην πρόληψη και
διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου μήτρας", Αθήνα
1986.

ΜΑΝΤΕΛΑΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ; "Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας"
Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.: "Γυναικολογία", Β' έκδοση, Θεσσαλονίκη
1986.

ΡΑΓΙΑ ΧΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ: "Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση
αρρώστων με κακοήθη νοσήματα". Ελληνική αντικαρκινική
Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατα
του καρκίνου, Αθήνα 1992.

ΣΑΛΜΑΝΙΔΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ: "Καρκίνος τραχήλου μήτρας", περιοδικό
Hospital line (Νοσοκομειακή γραμμή), Τεύχος 11,
μηνιαία έκδοση, Εκδόσεις Ε.Π.Ε. ISSN 1105-8463, Αθήνα
1993.

SMITH B. DOROTHY: " Two faces have I", Oncology Nurse,
Boston 1991.