

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### " ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΠΑΛΛΗ ΖΩΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 1993



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	973
----------------------	-----



### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Παπαδημητρίου, για τη βοήθεια και την καθοδήγησή της, κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας, ως υπεύθυνη καθηγήτρια. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστικής σημασίας για την ολοκλήρωση του έργου αυτού.

Επίσης ευχαριστώ τον κ. Γ. Λιούτα, γυναικολόγο του Π.Π.Ν.Ρ., για τα πολύτιμα στοιχεία που μου παρέισε και για το χρόνο που μου διέθεσε.

# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

Πρόλογος

## Γ Ε Ν Ι Κ Ο   Μ Ε Ρ Ο Σ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Ανατομία . . . . .	1
Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας . . . . .	8

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Επιδημιολογικά στοιχεία . . . . .	11
1. Συχνότητα . . . . .	11
2. Αιτιολογία . . . . .	12

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Μορφές καρκίνου τραχήλου της μήτρας . . . . .	19
Στάδια του καρκίνου . . . . .	21
Συμπτωματολογία . . . . .	24
Μεταστάσεις . . . . .	27

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Διάγνωση . . . . .	29
- Επισκόπηση . . . . .	29
- Ψηλάφηση . . . . .	30
- Κυτταρολογική εξέταση (test Παπανικολάου) . . . . .	30
- Κολποσκόπηση . . . . .	41
- Μικροκολποϋστεροσκόπηση . . . . .	45
- Δοκιμασία Schiller . . . . .	47
- Ιστοληψία τραχήλου . . . . .	48
- Αξονική τομογραφία . . . . .	48

- Υπέρηχοι . . . . .	50
- Βιοψία τραχήλου . . . . .	51
- Τραχηλογραφία . . . . .	53
Θεραπεία . . . . .	56
- Χειρουργική θεραπεία . . . . .	57
- Ακτινοθεραπεία . . . . .	65
- Χημειοθεραπεία . . . . .	69

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Καρίνος του τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνη . . . . .	71
Καρίνος τραχηλικού κολοβώματος . . . . .	73

### Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Νοσηλευτική διεργασία . . . . .	74
Η ασθενής στο νοσηλευτικό τμήμα . . . . .	78
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα . . . . .	80
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα . . . . .	93
Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο - διδασκαλία . . . . .	106
Νοσηλ. φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	108
Νοσηλ. φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ραδιοθεραπεία	113
Νοσηλ. φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	121

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

1ο Περιστατικό . . . . .	123
2ο Περιστατικό . . . . .	131

ΕΠΙΛΟΓΟΣ . . . . .	140
--------------------	-----

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος είναι η αρρώστια που ακόμη και σήμερα, εποχή της ραγδαίας και αλματώδους αναπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, εξακολουθεί να φοβίζει πολύ κόσμο, να θεωρείται σαν ανίατη ασθένεια και σαν ένα στίγμα από τα μεγαλύτερα στο χώρο της ιατρικής.

Και όμως σήμερα που η μάχη κατά του καρκίνου δίνεται σε πολλά επίπεδα, μπορούμε να πούμε πως είναι θεραπεύσιμη ασθένεια, αν αυτή διαγνωσθεί εγκαίρως.

Αν έχουμε να παρατάξουμε στην ύπουλη αυτή και χρόνια αρρώστια, την προσοχή στη φροντίδα της υγείας μας με τις έγκαιρες και συχνές εξετάσεις, με την υποψία για κάποιο σύμπτωμα από πριν γνωστό, που γίνεται λαβή για να τρέξουμε στο γιατρό και όχι να το αναβάλλουμε, γιατί στην ουσία είναι σαν να επισπεύδουμε με την αναβολή αυτή το θάνατο, αν τηρούμε τους κανόνες υγιεινής ζωής και διαβίωσης και αν προ παντός είμαστε ψυχολογικά προετοιμασμένοι για όλα, ο καρκίνος είναι τότε μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.

Κάνοντας την αισιόδοξη αυτή πρόβλεψη σαν αρχή της πτυχιαικής μου εργασίας με θέμα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχω να πω ότι είναι ντροπή στη χώρα του Παπανικολάου να πεθαίνουν γυναίκες από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, λόγω άγνοιας και προκατάληψης.

Στη χώρα μας το pap-τεστ γίνεται σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, στα κέντρα υγείας, και στα ιατρεία του ΙΚΑ της πρωτεύουσας και της περιφέρειας. Επίσης με ειδικά φυλλάδια που διανέμονται στις γυναίκες τις κατατοπίζουν για τη νόσο, τις

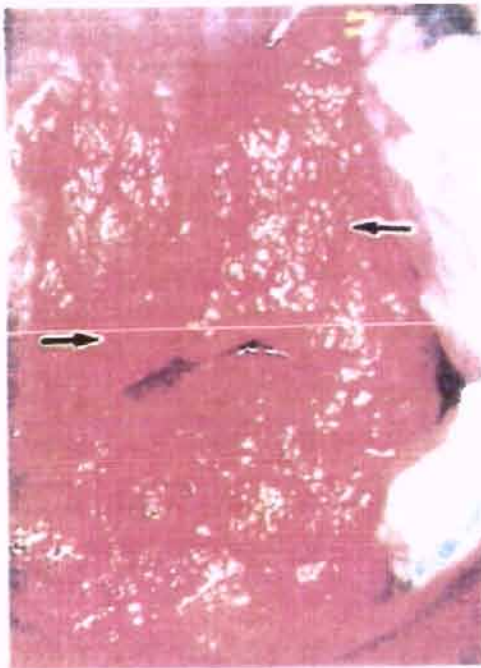
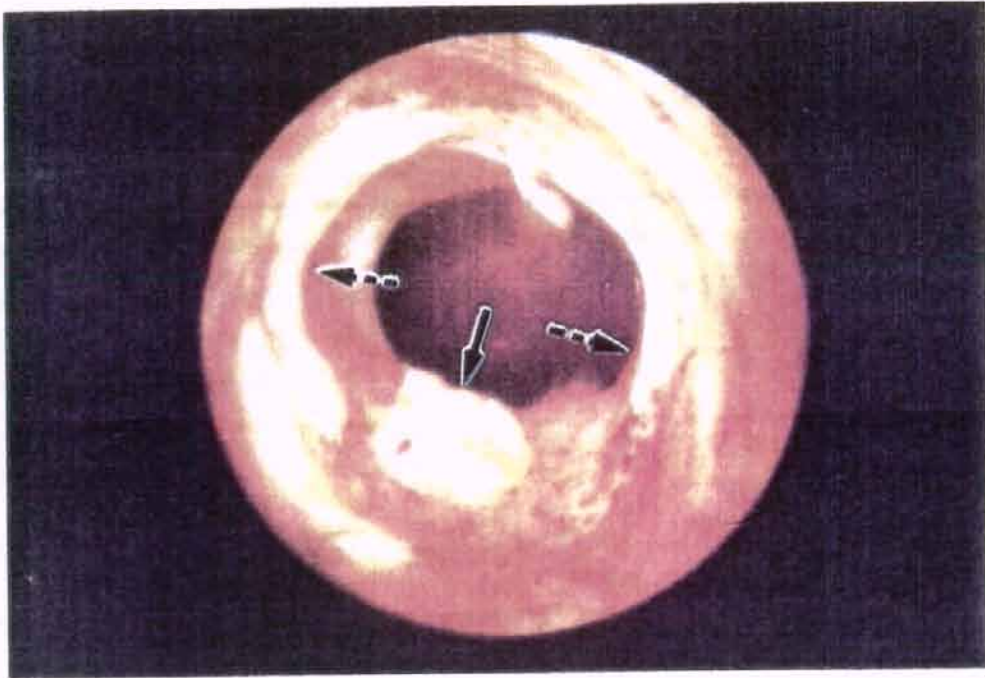
επιπτώσεις της, τα συμπτώματά της και την προληπτική εξέταση των κολπικών επιχρισμάτων.

Και ενώ έχει μειωθεί το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο της μήτρας κατά 70%, όπως δείχνουν οι αριθμοί, αντιστοιχία δηλαδή 10 ανά 100.000, πράγμα θετικό, που αποδεικνύει τη σημασία και την ανάγκη της έγκαιρης προληπτικής εξέτασης, αναμένεται πως η αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των γυναικών και ειδικότερα σε νεαρή ηλικία, θα συνδυαστεί με μια αύξηση των κρουσμάτων από καρκίνο του τραχήλου.

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

Πρέπει κάποτε, επιτέλους, να εξαλείψουμε το ατυχές προνόμιο να ασχολούμαστε μόνο με τη θεραπεία και την παροχή νοσηλευτικών φροντίδων σε προχωρημένες μορφές καρκίνου αντί να εξετάζουμε προληπτικά και να διαγιγνώσκουμε τις αρχικές μορφές που είναι και οι πλέον θεραπεύσιμες.

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ





# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α

#### Γενικά

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα που, αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα, που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν:

- το εφηβαίο
- τα μεγάλα χείλη
- τα μικρά χείλη
- η κλειτορίδα
- ο πρόδρομος του κόλπου
- οι βολβοί του προδρόμου
- οι Bartholinovioi αδένες
- ο παρθενικός υμένας
- οι περιουρηθρικοί αδένες (του Skene)
- το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται όλα έξω από την πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που βρίσκονται μέσα στην πύελο, ανήκουν:

- ο κόλπος,
- η μήτρα, που χωρίζεται στο κυρίως σώμα και στον τράχηλο,
- οι σάλπιγγες
- οι ωοθήκες.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού, έχει μήκος 6-7,5 εκ., πλάτος 5 εκ., πάχος 2,5 εκ. και ζυγίζει 50-60 γρ.

Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της κυρίως δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό και τυχόν ρήξη του περιίνεου μπορεί να προκαλέσει και πρόπτωση της μήτρας. Διαιρείται σε τρία μέρη:

- (α) στον πυθμένα, το επάνω και πιο κοίλο τμήμα,
- (β) στο σώμα, το μέσο κύριο μέρος και
- (γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό.

Ο τράχηλος χωρίζεται από το σώμα της μήτρας με μια ινομυϊκή σύνδεση, το έσω τραχηλικό στόμιο. Έχει μήκος 2,5 - 3 εκ., είναι πιο στενός από το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία βρίσκεται μέσα στον κόλπο και περιβάλλεται από τον κολπικό θόλο και στην υπερκολπική μοίρα, η οποία χωρίζεται προς τα εμπρός από την κύστη με την

### 3

παρεμβολή κυτταροβριθούς συνδετικού ιστού, ο οποίος, επεκτεινόμενος προς τα πλάγια μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου, καλείται παραμήτριο.

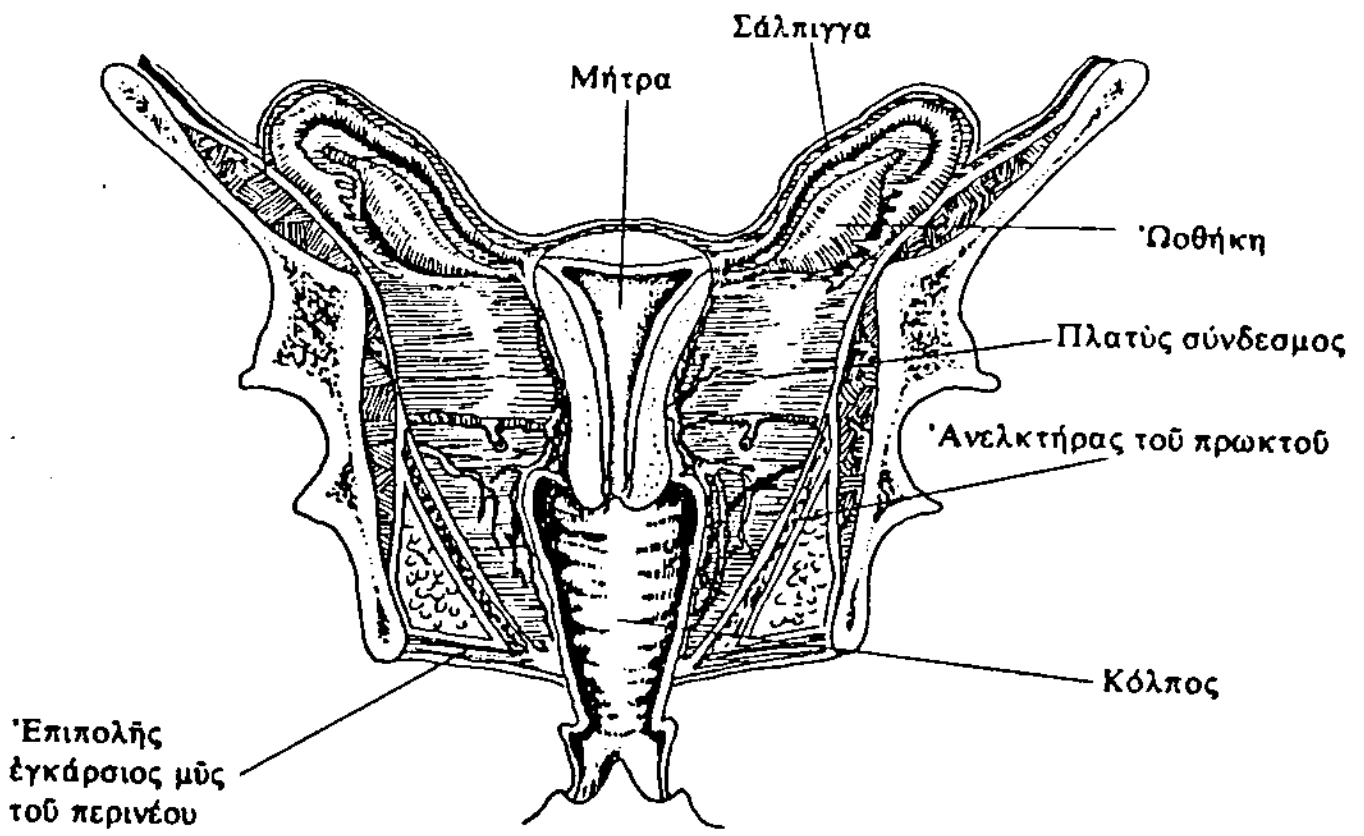
Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα τράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο. Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σ' αυτές που έχουν γεννήσει ή έχουν κάνει επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας, γιατί α) το μεγαλύτερο τμήμα του δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, β) έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και λιγότερες λείες μυϊκές ίνες, γ) δεν διαθέτει συσταλτικότητα.

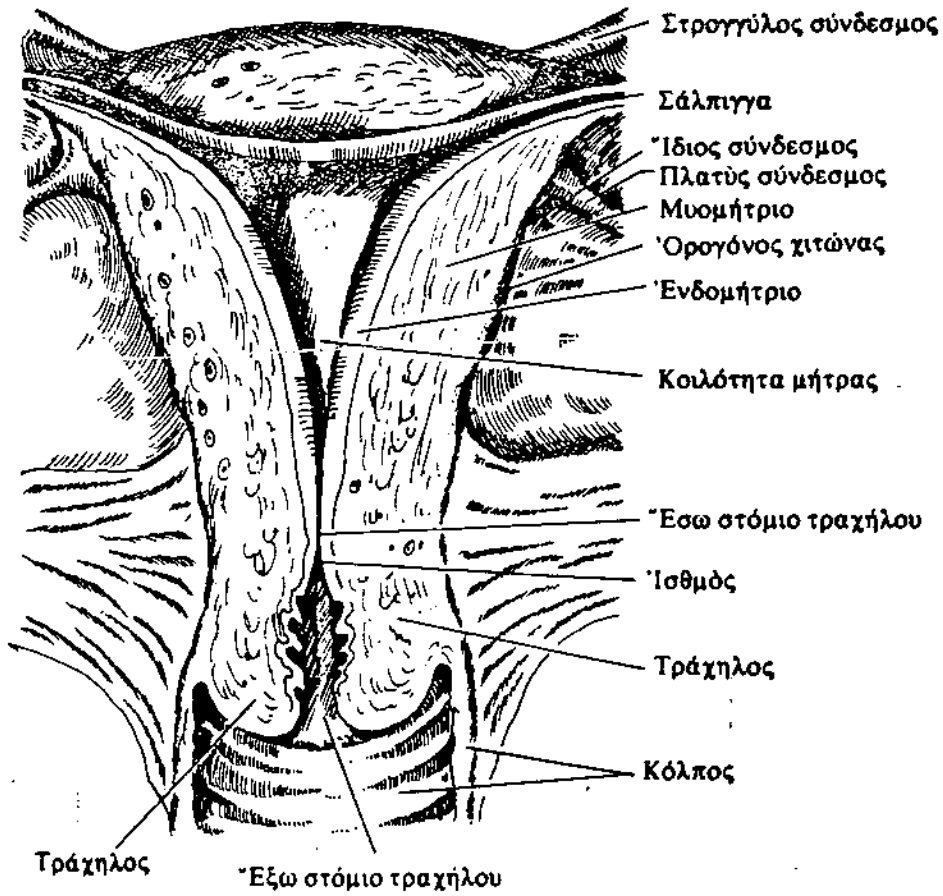
Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτράχηλος, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωθητικού κύκλου.

Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δυο ειδών. Αυτά που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου, υποβοηθώντας τη ροή της βλέννας προς τον κόλπο. Τα κύτταρα που δεν έχουν βλεφαρίδες παράγουν βλέννα και με τη ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτράχηλο.

Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο



Κάθετη μέση τομή των γεννητικών οργάνων της γυναίκας.



Τομή μήτρας.

είναι ανοικτό, οι φοινικοειδείς πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωθητική δραστηριότητα, όχι όμως όπως το κολπικό. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική μεμβράνη, που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυική στιβάδα του τραχήλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατό ν' ανευρεθούν αποφραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth.

#### Στήριξη της μήτρας

Η μήτρα δεν στηρίζεται σε κανένα μέρος του σκελετού, αλλά αιωρείται κατά κάποιον τρόπο στη θέση της από διάφορους συνδέσμους. Στη στήριξή της υποβοηθά και το πυελικό έδαφος.

Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι:

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

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

Μεταξύ των δυο πετάλων βρίσκεται άφθονος συνδετικός ιστός, το παραμήτριο. Το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου καλύπτει την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του πυθμένα και του σώματος της μήτρας και αποτελεί τον ορογόνο της. Ανακάμπει εμπρός και

οπίσθια προς την ουροδόχο κύστη και σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή, ενώ πίσω αντίστοιχα προς το ορθό σχηματίζει την ορθομητρική πτυχή ή δουγλάσειο χώρο.

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

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

ε) Παραμήτριο. Οι χιτώνες της μήτρας είναι ο ορογόνος, που καλύπτει εξωτερικά το σώμα της μήτρας, ο μυϊκός χιτώνας ή μυομήτριο, που αποτελείται από μυϊκές ίνες, που κατά τον τοκετό συστέλλονται με αποτέλεσμα τη διαστολή του τραχήλου, την εξώθηση του εμβρύου και των εξαρτημάτων του και εν συνεχεία τον έλεγχο της αιμορραγίας από τη θέση πρόσφυσης του πλακούντα στο φθαρτό.

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

### Αγγείωση της μήτρας

Η μήτρα διαθέτει διπλή αγγείωση γιατί, εκτός από τις μητριαίες αρτηρίες, δέχεται κλάδους και από τις ωθητικές αρτηρίες. Η μητριαία αρτηρία προέρχεται από την έσω λαγόνιο. Οι δυο μητριαίες αρτηρίες πορεύονται μέσα στον πλατύ σύνδεσμο και

## 6

αφού διασταυρωθούν με τους ουρητήρες, ακτεβαίνουν προς τα κάτω και έσω, φτάνουν στο ύψος του τραχήλου, όπου διχάζονται σε ανιόντες και κατιόντες κλάδους. Οι ανιόντες κλάδοι πορεύονται ελικοειδώς, δίνουν οριζόντια πρόσθιους και οπίσθιους κλαδους για το σώμα και τον τράχηλο της μήτρας και τέλος αναστομώνονται με τα ωθηκικά αγγεία στο μεσοσαλπύγγιο. Οι κατιόντες κλάδοι δίνουν μικρότερους κλάδους για τον κόλπο και αναστομώνονται με την κολπική αρτηρία. Ολοι αυτοί οι κλάδοι, καθώς εισέρχονται στο μυομήτριο, διακλαδίζονται σε μικροτερα αρτηρίδια, που στη μεσότητα του πάχους του μυομητρίου δίνουν σπειροειδή και ευθέα τριχοειδή αγγεία. Τα σπειροειδή ακολουθούν μια ελικοειδή πορεία μέσα στο ενδομήτριο και τέλος σχηματίζουν ένα επιφανειακό τριχοειδικό δίκτυο κάτω από την ελεύθερη επιθηλιακή επιφάνεια. Η αγγειακή αυτή διάταξη παρουσιάζει κυκλικές αλλαγές στις διάφορες φάσεις του γεννητικού κύκλου και στην εμμηνορρυσία. Η κύρια λειτουργία των ευθέων αρτηριών είναι η προσαγωγή αίματος στη βασική στιβάδα του ενδομητρίου, ενώ των σπειροειδών στην επιφανειακή. Οι μεγάλες φλέβες, τέλος, από το σώμα της μήτρας καταλήγουν σε δυο επιμήκεις κλάδους στα πλάγια της μήτρας. Ο πρόσθιος κλάδος συλλέγει αίμα από την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και ακταλήγει επίσης στην υπογαστρική φλέβα.

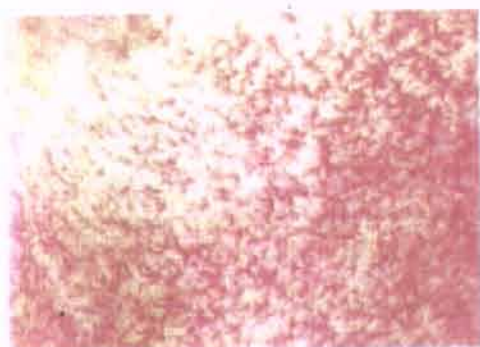
Τα λεμφαγγεία της μήτρας αποτελούνται από δυο ομάδες. Η μια βρίσκεται επιφανειακά αμέσως κάτω από το περιτόναιο και η άλλη βαθειά μέσα στο τοίχωμα της μήτρας. Τα λεμφαγγεία που έρχονται από τον τράχηλο καταλήγουν στους έξω λαγόνιους, στους έσω λαγόνιους και στους ιερούς λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία από το κατώτερο μέρος της μήτρας καταλήγουν όπως και εκείνα του τραχήλου στους έξω λαγονίους και τα λεμφαγγεία από το ανώτερο μέρος της

μήτρας προς τους παραορτικούς λεμφαδένες. Τέλος, τα κατά μήκος του στρογγύλου συνδέσμου λεμφαγγεία καταλήγουν στους βουβωνικούς λεμφαδένες.

### Νεύρωση μήτρας

Η νεύρωση της μήτρας προέρχεται από το ΚΝΣ, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Είναι κλάδοι του πρόσθιου ιερού πλέγματος και πολλά στελέχη τους ανερχόμενα προς τη μήτρα περνούν από τα πλάγια του άνω μέρους του τραχήλου. Εκεί όταν διηθηθούν με τοπικό αναισθητικό (παρατραχηλικό block) προκαλείται αναισθησία στα γεννητικά όργανα.





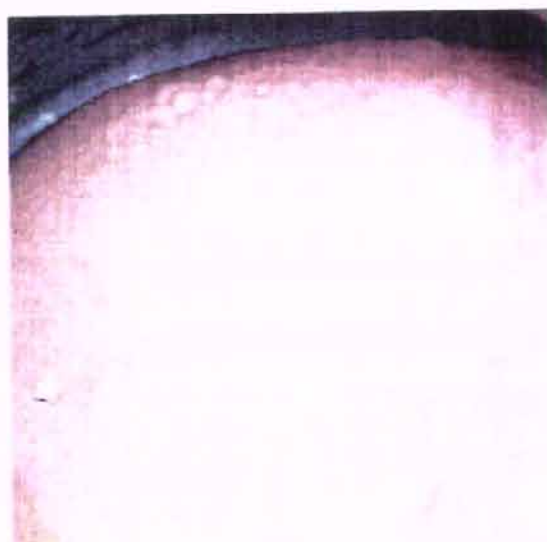
Εμμηνόπαυση: λεπτό, ομαλό αγγειακό δίκτυο ορατό δια μέσω ενός ατροφικού επιθηλίου.



Ατρεία του έξω στομίου σε εμμηνοπαυσιακή γυναίκα.



Τράχηλος μετά από αντισύληψη.



Τράχηλος μετά από κρυοπηξία. Παρατηρήστε τις χαρακτηριστικές γραμμώσεις.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος της μήτρας μοιάζει με μια βιολογική βαλβίδα που επιτρέπει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μητρική κοιλότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου. Παίζει δηλαδή και παθητικό και ενεργητικό ρόλο όσον αφορά τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων.

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου, που σκοπό έχει, όπως είναι ευνόητο, τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης της ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι, ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι τελείως κλειστό, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου του. Αυτό γίνεται γιατί, κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, ο μυϊκός τόνος στο έσω τραχηλικό στόμιο προοδευτικά ελαττώνεται.

Μεταβολές όμως εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας, τόσο ποσοτικές (αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλικών αδένων και της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννης), όσο και ποιοτικές. Πράγματι, όσο πλησιάζουμε προς τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας, αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά τη χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωσή της τη στιγμή της ρήξεως του ωοθυλακίου.

Φαίνεται ότι το φαινόμενο της κρυστάλλωσης της βλέννας οφείλεται σε ανόργανα στοιχεία και πιο ειδικά στο χλωριούχο νάτριο, η δε κρυστάλλωση γενικά θεωρείται φαινόμενο έντονης οιστρογονικής επίδρασης.

Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση, επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητα της τραχηλικής βλέννας, που φτάνει ακόμα και τα 20 έως 25 εκατοστά τη μέρα της ωοθυλακιορρηξίας.

Η μεταβολή αυτή την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας εξασφαλίζει τις ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα στη μητρική κοιλότητα.

Μετά τη 14η μέρα του κύκλου η βλέννα πεθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυσταλλώσεως, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα, σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητάς της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Το pH της τραχηλικής βλέννας από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι, στη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου, γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμα περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης.

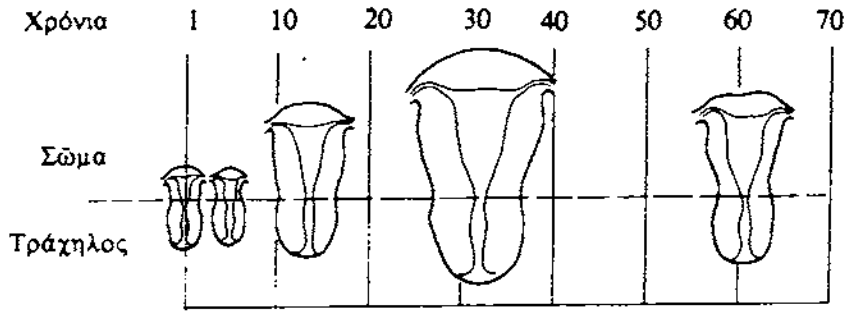
Στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες μικροκρύπτες και σχισμές του τραχήλου της μήτρας, παράγεται κάτω από την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα.

Αλλοτε πιστευόταν ότι η βλέννα αυτή προερχόταν από έκκριση ενδοτραχηλικών αδένων, που όμως σήμερα αποδείχτηκε ότι δεν υπάρχουν. Αντίθετα, με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο βρέθηκαν πολλές μικροσχισμές, αύλακες και σήραγγες στην περιοχή αυτή, στην οποία και πρωτοεμφανίζεται η παραγωγή της βλέννας.

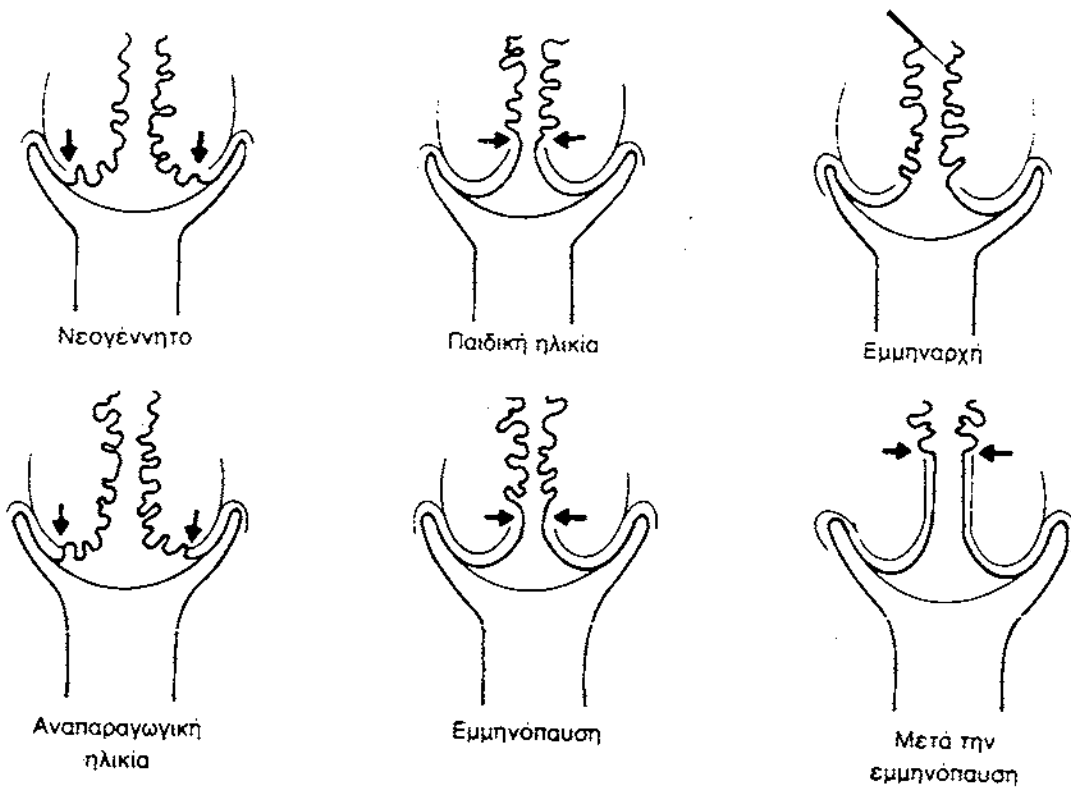
Η φυσιολογική ποσότητα της βλέννας που παράγεται κάθε μέρα υπολογίζεται κατά προσέγγιση σε 20-40 mg, αλλά με την οιστρογονική επίδραση μπορεί και να δεκαπλασιαστεί (τέλος πρώτης φάσης του κύκλου).

Η χημική σύσταση της βλέννας παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η βλέννα αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας (90-92%), ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή (85%) και στο τέλος (80%) του κύκλου. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας. Πριν από την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννα είναι παχυρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Τη στιγμή όμως της μεγαλύτερης οιστρογονικής παραγωγής, η βλέννα γίνεται λεπτόρρευστη, πιο υδαρή, αλκαλικότερη και χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της.

Οι μεταβολές της σύστασης της τραχηλικής βλέννας είναι τόσο χαρακτηριστικές, ώστε χρησιμοποιούνται και σαν δείκτης για τη διαπίστωση της ωοθυλακιορρηξίας. Μεταβολή επίσης γίνεται την οξεοβασική ισορροπία, στο pH της βλέννας, το οποίο από ελαφρώς όξινο μετατρέπεται σε αλκαλικό κατά την ωοθυλακιορρηξία.



Αναλογία των σχέσεων σώματος πρὸς τράχηλο τῆς μήτρας κατὰ τις διάφορες ἡλικίες τῆς γυναίκα. Στὴν παιδικὴ μήτρα ἡ σχέση τράχηλου πρὸς σῶμα εἶναι 2:1 ἐνῶ κατὰ τὴ γεννητικὴ ἡλικία ἡ σχέση αὐτὴ ἀναστρέφεται εἰς βάρος τοῦ τράχηλου.



Οι ἀλλαγές τῆς ανατομικῆς θέσεως τῆς συμβολῆς μεταξύ τοῦ πλακώδους καὶ τοῦ κυλινδρικοῦ ἐπιθηλίου στὸν τράχηλο τῆς μήτρας. Στὸ νεογέννητο ἓνα μεγάλο μέρος τῆς ἐπιφανείας τοῦ τράχηλου καλύπτεται ἀπὸ κυλινδρικό ἐπιθήλιο. Στὴν παιδικὴ ἡλικία ἡ συμβολὴ μεταξύ τῶν δύο ἐπιθηλίων εὐρίσκεται μέσα στὸν ἐνδοτράχηλικό σωλήνα. Μετὰ τὴν εμμηναρχὴ καὶ κυρίως μετὰ ἀπὸ τὴν πρώτη ἐγκυμοσύνη, λόγω τοῦ ἐκτροπίου ποὺ δημιουργεῖται, ἓνα μεγάλο μέρος τῆς ἐπιφανείας τοῦ τράχηλου καλύπτεται ἀπὸ κυλινδρικό ἐπιθήλιο. Τὸ ἐπιθήλιο αὐτὸ μεταπλάσσεται βαθμῶδες πρὸς πλακώδες. Στὴν εμμηνόπαυση καὶ στὴ μετεμμηνοπαυσιακὴ περίοδο, ἡ συμβολὴ μεταξύ τῶν δύο ἐπιθηλίων εὐρίσκεται καὶ πάλι μέσα στὸν ἐνδοτράχηλικό σωλήνα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι Ι

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ1. Συχνότητα

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την τρίτη κατά σειρά κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση.

Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών και από προδιηθητικό των 35 ετών. Σπάνια παρατηρείται καρκίνος του τραχήλου σε νέες γυναίκες και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου ελαττώνεται, για να αυξηθεί του ενδομητρίου.

Έχει υπολογιστεί ότι, περίπου ένα ποσοστό 20% όλων των γυναικών μετά το 40ο έτος της ηλικίας του παρουσιάζει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και δυο γυναίκες στις εκατό θα πάθουν καρκίνο τραχήλου μήτρας μετά το 80ο έτος της ηλικίας τους. Από διάφορες στατιστικές έχει αναφερθεί επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας 15/100.000 σε ολικό γυναικείο πληθυσμό και για όλες τις ηλικίες. Οι αναλογίες αυτές διαφέρουν σε διάφορες κοινωνικές και εθνικές ομάδες και φυσικά διαφέρουν με την ηλικία του πληθυσμού. Έτσι ξεκινώντας από μια χαμηλή αναλογία στις Εβραίες, 3,6/100.000 φτάνουμε σε 97,6/100.000 για τις γυναίκες του Πόρτο-Ρίκο. Στις μαύρες γυναίκες αναφέρεται μια αναλογία 47,8/100.000, ενώ στις λευκές 13,5/100.000.

Πάνω από το 95% των ασθενών με αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου μπορούν να θεραπευθούν. Με τις σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισης, περίπου 8.000 γυναίκες στην Αμερική πεθαίνουν από την ασθένεια κάθε χρόνο. Αυτό μπορεί θεαματικά να ελαττωθεί αν ο τραχηλικός καρκίνος αναγνωρισθεί νωρίς και θεραπευθεί κατάλληλα.

Σε συχνότητα 95% ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, και σε συχνότητα 4-5% του ενδοτραχήλου. Ενα πολύ μικρό ποσοστό, που δεν φτάνει το 1%, αφορά σε μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας από 21% ελαττώθηκε στο 12%. Η ελάττωση αυτή οφείλεται κυρίως στην ευρεία εφαρμογή των μεθόδων προληπτικού ελέγχου των γυναικών, δηλαδή στην κολποσκοπηση και στο test κατά Παπανικολάου.

## 2. Αιτιολογία

Εχουν μελετηθεί αρκετοί παράγοντες που θεωρούνται ύποπτοι για ανάπτυξη διηθητικού και προδιηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ενας παράγοντας που έχει μελετηθεί είναι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων. Έχει βρεθεί ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός αυτός, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασίας στον τράχηλο. Πολύ μεγάλο ενδιαφέρον έχει η αναφορά των Schachter και Angham στην οποία επισημαίνεται ότι η συχνότητα εμφάνισης CIN σε νέες Ισραηλίτισσες πλησιάζει την αντίστοιχη συχνότητα των Δυτικών

χωρών και αυτό είναι σε άμεση σχέση με την αλλαγή σεξουαλικών συνηθειών στον εν λόγω πληθυσμό.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι 4 φορές συχνότερος σε γυναίκες ελευθερίων ηθών σε σύγκριση με τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, ενώ είναι σπανιώτατος σε καλόγριες. Ακόμη έχει ενοχοποιηθεί η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία, καθώς και η τεκνοποίηση σε μικρή ηλικία.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στην επιδημιολογική μελέτη των νεοπλασιών του τραχήλου της μήτρας είναι ο ανδρικός παράγων. Πρώτοι οι Singer και συνεργάτες έθεσαν θέμα ανδρός, που είναι σεξουαλικός σύντροφος υψηλού κινδύνου. Έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες, από τις οποίες συμπεραίνεται ότι η υπόθεση αυτή έχει κάποια βάση. Οι σύζυγοι γυναικών με ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και καρκίνο τραχήλου μήτρας βρέθηκαν να θέτουν σε υψηλότερο κίνδυνο τις επόμενες συντρόφους τους για ανάπτυξη επιθηλιακής νεοπλασίας στο όργανο αυτό. Στη μελέτη των Buckley και των συνεργατών του οι άνδρες με περισσότερες σεξουαλικές συντρόφους (>16) και με μικρότερη ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, βρέθηκε να είναι "παρτεναίρ υψηλού κινδύνου". Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώθηκαν και από μια άλλη μελέτη, η οποία αφορούσε μια παροικία Ισπανών στο Los Angeles. Απεδείχθη ότι οι γυναικές ανδρών, οι οποίοι έχουν περισσότερες από 20 συντρόφους, παρουσίαζαν πενταπλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Άλλος παράγοντας που έχει μελετηθεί είναι το επάγγελμα του συζύγου. Το 1974 ο Bergal ανέφερε ότι οι άνδρες, που λόγω του επαγγέλματός τους απουσιάζουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το σπίτι (π.χ. ναυτικοί) είναι σύζυγοι υψηλού κινδύνου, αφού



είναι πιο πιθανό να έχουν πολλές εξώγαμες σχέσεις. Ο Robinson παρατήρησε ότι υπάρχει και κάποιος κίνδυνος, που σχετίζεται με πιθανές καρκινογόνες ουσίες, στις οποίες εκτίθενται ορισμένοι άνδρες λόγω του επαγγέλματός τους (σκόνη, μέταλλα, χημικές ουσίες, πίσσα και έλαια μηχανών).

Η φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα είναι επίσης ένας παράγοντας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή από τη λευκή και ανάμεσα στις λευκές έχει διαφορά. Ο τραχηλικός καρκίνος συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες της Βορείου Αφρικής από ό,τι στις Ευρωπαίες και στις Αμερικανίδες, πιθανόν γιατί οι τελευταίες έχουν καλύτερες συνθήκες υγιεινής.

Στις Εβραίες δεν είναι τόσο συχνός ο καρκίνος. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση της περιτομής των ανδρών. Η καλύτερη υγιεινή των ανδρών αυτών και η απουσία σμήγματος θεωρήθηκαν ως υπεύθυνοι παράγοντες της μικρότερης συχνότητας της νόσου. Διαπιστώθηκε όμως ότι και οι Μωαμεθανές με συζύγους χωρίς περιτομή (φυλή Hindu) παρουσιάζουν επίσης σπάνια τη νόσο, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι παράγοντες άσχετοι με την περιτομή επιδρούν στη συχνότητα της νόσου στις γυναίκες αυτές.

Το σμήγμα που αναπτύσσεται στη βαλανοποσθική αύλακα πιστεύεται ότι είναι καρκινογόνος παράγοντας. Ακόμα έχει υποστηριχθεί ότι το σπέρμα περιέχει παράγοντες που προκαλούν κακοήθη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τραχήλου. Σε πειράματα που έγιναν σε τρωκτικά με την επαναλαμαβανόμενη εναπόθεση ανθρώπινου σμήγματος από τη βαλανοποσθική αύλακα, δημιουργήθηκε καρκίνος τραχήλουσ' αυτά.

Άλλος παράγοντας είναι η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, στις οποίες οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές.

Η χορήγηση διαιθυλοστιλβοιστρόλης σε έγκυες γυναίκες είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4 : 1.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού.

Η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων για την πρόληψη απόρριψης μωσχεύματος και γενικά οι γυναίκες που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του τράχηλου της μήτρας.

Οι τραυματισμοί του τραχήλου κατά τη διάρκεια τοκετών που γίνονται σε νεαρές ηλικίες σχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο.

Επίσης αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι, μετά την εγχείρηση όπου αφαιρούνται εκτός της μήτρας, των γαγγλίων και των παραμητρίων οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες, οι γυναίκες αυτές δεν εμφανίζουν κλιμακτηριακά συμπτώματα (εξάψεις, πονοκεφάλους, εφιδρώσεις κ.λπ.). Τούτο σημαίνει ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου κάποια σε υψηλά επίπεδα γυναικεία ορμόνη.

Η χρόνια τραχηλίτιδα πιστεύεται ότι προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκίνου. Ακόμη ευνοούν την ανάπτυξή του καταστάσεις όπως η υπερπλασία του ενδομητρίου και η ύπαρξη πολυπόδων.

Ο ρόλος των αντισυλληπτικών δισκίων στον καρκίνο του τραχήλου δεν έχει διευκρινιστεί. Υπάρχουν μελέτες, όπως αυτή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις οποίες αναφέρεται μια ελαφρά αύξηση του κινδύνου μετά από χρήση αντισυλληπτικών για κάποιο χρονικό διάστημα (στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε 1,53 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος μετά από πενταετή χρήση των αντισυλληπτικών

δισκίων). Είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αυτός ο παράγοντας με σαφήνεια, γιατί σ' αυτές τις περιπτώσεις συνήθως υπεισέρχονται άλλοι παράγοντες (ηλικία πρώτης επαφής, αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, κάπνισμα κ.λπ.), οι οποίοι σχετίζονται τόσο με τη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, όσο και με τη συχνότερη εμφάνιση νεοπλασίας στον τράχηλο. Εκείνο βέβαια που είναι υπεράνω κάθε επιβολής, είναι η ανάγκη για κυτταρολογική εξέταση ρουτίνας σε άτομα που παίρνουν αντισυλληπτικά. Η χρησιμοποίηση του διαφράγματος για αντισύλληψη και των παρόμοιων μεθόδων (barrier methods) φαίνεται να έχει κάποια προφυλακτική δράση, όσον αφορά τις υπό συζήτηση νεοπλασίες.

Ο ρόλος του καπνίσματος στις επιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας επισημάνθηκε για πρώτη φορά από τον Winkelstein. Σε μια Σουηδική έρευνα που αφορούσε 27.732 καπνίστριες, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερο από 15 τσιγάρα ημερησίως είχαν 7,2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο τραχήλου μήτρας. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και άλλοι ερευνητές. Δεν είναι γνωστό εάν κάποια συστατικά του καπνού δρουν ως καρκινογόνα, ή εάν η συμβολή του σ' αυτή την υπόθεση συνίσταται στη μείωση της ανοσίας σε επίπεδο ιστού. Η νικοτίνη και η κοτινίνη έχουν ανευρεθεί στην τραχηλική βλέννη. Η σημασία της ανευρέσεώς τους είναι μεγάλη, αν όχι ως "καρκινογόνων", τουλάχιστον ως "δεικτών" (markers), που μαρτυρούν για την πιθανή ύπαρξη (στο επιθήλιο του τραχήλου) άλλων καρκινογόνων ουσιών, που περιέχει ο καπνός. Επίσης ενδιαφέρον είναι και το θέμα της μείωσης της τοπικής ανοσίας. Αυτό, αν συνδυαστεί με τη δράση κάποιου ιογενούς παράγοντα, αποκτά πολύ μεγάλη σημασία.

Ο ιός έρπητα τύπου 2 (HVS-2), ο οποίος προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, έχει ενοχοποιηθεί ως καρκινογονικός παράγοντας.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι, τα αντισώματα κατά του ιού εμφανίζονται ιδιαίτερα συχνά στον ορό του αίματος των κοινών γυναικών και σπάνια στις παρθένες και τις καλόγριες.

Υπάρχει επίσης λογική χρονική συσχέτιση μεταξύ της λοιμώξεως από τον ιό και της αναπτύξεως του καρκίνου.

Η ερπητική μόλυνση είναι πολύ σπάνια πριν από την εφηβεία και η μέση ηλικία στην οποία παρουσιάζεται είναι τα 20 χρόνια. Οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου παρουσιάζουν αντισώματα κατά του ιού του έρπητα σε ποσοστό πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι οι υγιείς γυναίκες και το γεγονός αυτό αφορά ιδιαίτερα ασθενείς σε νεαρή ηλικία.

Επίσης, έγινε απομόνωση του αντιγόνου AG-4 από κύτταρα καρκίνου του τραχήλου που προηγουμένα είχε μολυνθεί με HVS-2. Τα αντισώματα κατά του αντιγόνου αυτού έγινε δυνατό να ανιχνευθούν στον ορό ασθενών με καρκίνο του τραχήλου και, όπως διαπιστώθηκε, εξαφανίζονται μετά από επιτυχή θεραπεία της νόσου, ενώ παραμένουν στον ορό επί υποτροπής του καρκίνου. Η συχνότητα ανιχνεύσεως των αντισωμάτων κατά του αντιγόνου AG-4 παρουσιάζει προοδευτική αύξηση από τη δυσπλασία (29%) στον ενδοεπιθηλιακό (68%) και τέλος στο διηθητικό καρκίνο του τραχήλου (91%). Οι παρατηρήσεις αυτές κάνουν πολύ πιθανή την αιτιολογική σχέση του HVS-2 και του καρκίνου του τραχήλου. Παρόλα αυτά, έστω και αν ο ιός αυτός έχει προκαλέσει καρκίνο σε πειραματόζωα και ιστοκαλλιέργειες, άμεση απόδειξη της ενοχής του στον άνθρωπο δεν υπάρχει ακόμα.

Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης Α ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρομού της βιταμίνης Α (βήτα καρωτίνης) και βιταμίνης C σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Τα επίπεδα του φυλλικού οξέως είναι επίσης χαμηλά σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση φυλλικού οξέως έχει αναφερθεί ότι αναστρέφει τις προκακοήθεις τραχηλικές αλλαγές. Ασθενείς με προκακοήθεις ή κακοήθεις αιδοιϊκές ή κολπικές βλάβες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν συγχρόνως ή να αναπτύξουν μετά ενδοεπιθηλιακό καρκίνο του τραχήλου. Αυτό το γεγονός τονίζει τη σημασία της προσεκτικής διερεύνησης όλου του κατώτερου γεννητικού συστήματος πριν τη θεραπεία μιας μεμονωμένης βλάβης.

Όσον αφορά τις διατροφολογικές συνήθειες, έγινε μια μεγάλη έρευνα για να ελέγξει τη σημασία της πρόσληψης βιταμίνης Α, C, E και φυλλικού οξέως για τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου. Φάνηκε ότι γυναίκες, που κατανάλωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων, είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης η σε μεγάλες ποσότητες διαιτητική λήψη καρωτίνης σχετιζόταν με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου. Υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης βιταμίνης C και του τραχηλικού καρκίνου. Η υψηλή κατανάλωση επίσης βιταμίνης E συνδυαζόταν με ελαττωμένο κίνδυνο. Η πρόσληψη προδρομών της βιταμίνης Α και φυλλικού οξέως δεν σχετιζόταν με τον κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου.

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

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

1) Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρα, 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 ή το *in situ* καρκίνωμα.

2) Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα.

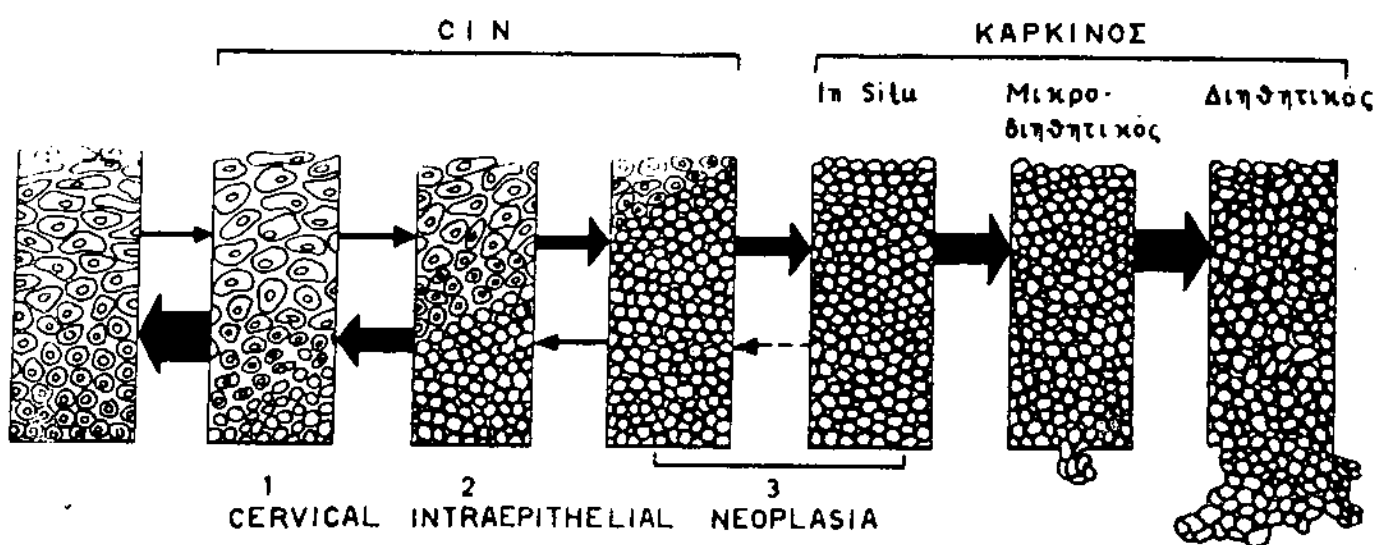
Σ' αυτό υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω από αυτό δεν έχει προσβληθεί. Μ' αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και είναι ασυμπτωματικός.

3) 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 μικροδιηθείσης με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο.

4) Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα.

Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυικό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή με λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. Στο διηθητικό καρκίνωμα,



Διαγραμματική απεικόνιση των ιστολογικών μεταβολών του τραχηλικού επιθηλίου (φυσιολογικό - δυσπλαστικό - καρκίνος).

ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησής του, διακρίνουμε τα κύτταρά του σε:

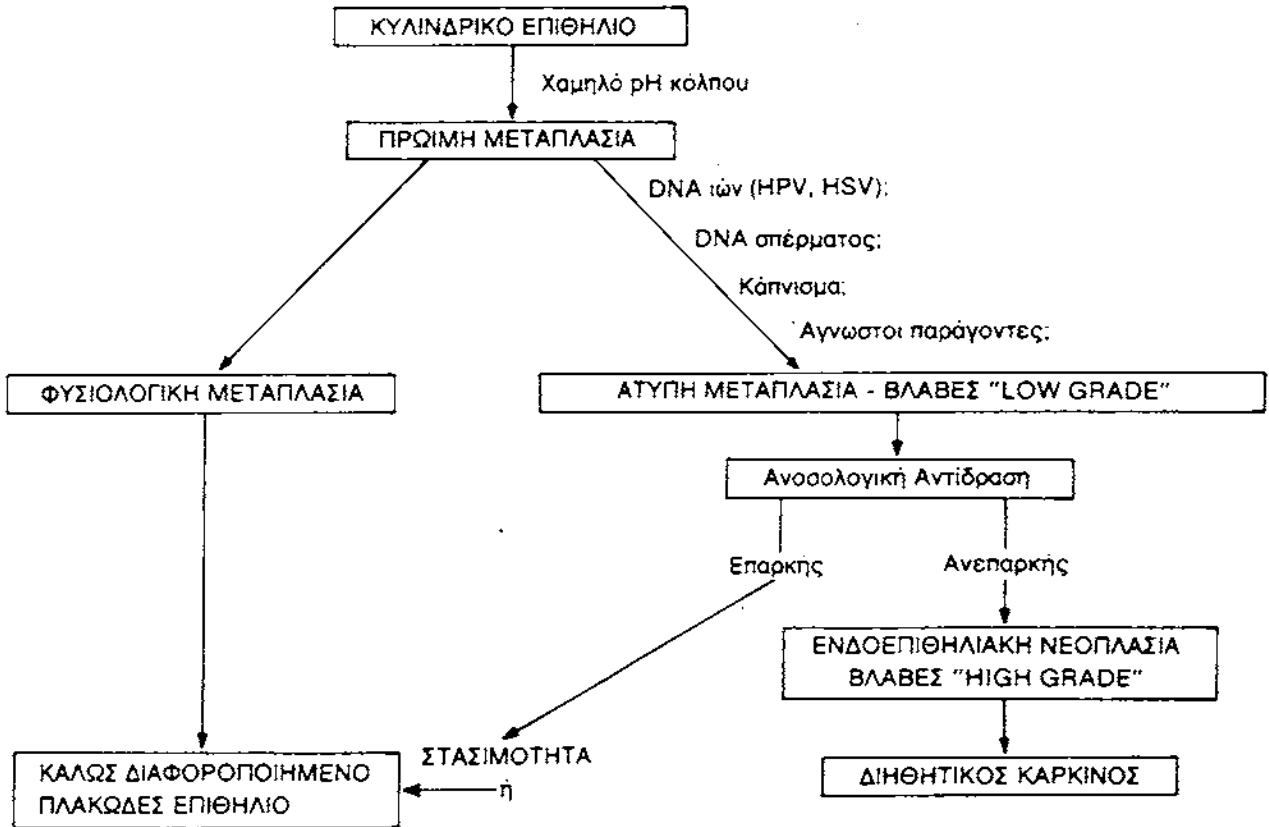
- (α) Καλά διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα που ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάρια γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.
- (β) Μέτρια διαφοροποιημένα, δηλαδή κύτταρα που ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.
- (γ) 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.

#### 5) Αδενοκαρκίνωμα.

Αυτό αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.



# ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



Διαγραμματική απεικόνιση της θεωρίας της καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Εχουν προταθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης των σταδίων της νόσου. Η Αμερικάνικη Επιτροπή για τον Καρκίνο έχει προτείνει το σύστημα T.N.M. (Tumor - Nodes - Metastases), και οι Meigs Brunschwig, τη χειρουργική - ιστολογική ταξινόμηση, η οποία καθορίζει με ακρίβεια την έκταση της νόσου αλλά μόνο μετά από την εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας.

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων - Γυναικολόγων (F.I.G.O.) έχει προτείνει ένα σύστημα σταδιοποίησης, το οποίο, παρά τις ατέλειές του, είναι γενικά αποδεκτό. Η σταδιοποίηση, σύμφωνα με τις υποδείξεις της F.I.G.O., στηρίζεται βασικά στην κλινική εξέταση και ονομάζεται κλινική σταδιοποίηση. Η εξέταση γίνεται από ειδικό ή ομάδα ειδικών και κατά προτίμηση υπό νάρκωση και είναι αποφασιστικής σημασίας για την τύχη της ασθενούς, διότι απ' αυτήν εξαρτάται η θεραπευτική αγωγή. Απαραίτητες, εκτός από την ιστολογική διάγνωση και την κλινική εξέταση, για τη σταδιοποίηση της νόσου, θεωρούνται η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση, η ενδοφλέβια πυελογραφία και ο ακτινολογικός έλεγχος των πνευμόνων και του σκελετού. Διάφορες άλλες εξετάσεις, όπως η λεμφαγγειογραφία κ.λπ., ενώ συχνά παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την έκταση της νόσου, δεν επηρεάζουν τη σταδιοποίηση, η οποία πρέπει να γίνεται με καθορισμένα και κοινά κριτήρια παντού. Το στάδιο της νόσου τίθεται πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας και δεν μεταβάλλεται ποτέ.

Τα ουσιαστικά μειονεκτήματα της κλινικής σταδιοποίησης οφείλονται στη συχνή απουσία της κλινικής εξέτασης ν' αποκαλύψει την πραγματική έκταση της νόσου. Η καρκινωματώδης διήθηση των παρατραχηλικών αδένων είναι δυνατό να μην ψηλαφηθεί (20-25%) ή αντίθετα, η φλεγμονώδης πάχυνση και σκληρία των παραμήτριων να αποδοθεί σε νόσο. Η παρουσία και εντόπιση, εξάλλου, διηθητικών λεμφαδένων δεν είναι δυνατό να διαπιστωθεί. Η λεμφαγγειογραφία παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στον τομέα αυτό και χρησιμοποιείται σε πολλά κέντρα, αλλά η αξιοπιστία της περιορίζεται από το σημαντικό ποσοστό ψευδώς αρνητικών ή θετικών ευρημάτων (περίπου 17%). Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια για την ακριβή διάγνωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων, με την εφαρμογή της ερευνητικής λαπαροτομίας και λεμφαδενεκτομίας των πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων. Είναι πιθανό ότι η αναγνώριση και εντόπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων, ιδιαίτερα κατά μήκος της αορτής, είναι δυνατό, με την κατάλληλη τροποποίηση του πεδίου ακτινοβολήσεως, να οδηγήσει στη θεραπεία ένα μικρό ποσοστό ασθενών (4-5%), οι οποίες με τη συνήθη θεραπεία θα είχαν υποκύψει στη νόσο. Το τίμημα όμως από τις επιπλοκές είναι αρκετά βαρύ και η μέθοδος δεν έχει γίνει γενικά αποδεκτή ακόμη.

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης, που εκτιμάται από τις εξετάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, ταξινομείται ο καρκίνος του τραχήλου στα παρακάτω στάδια, σύμφωνα με απόφαση της F.I.G.O.:

**ΣΤΑΔΙΟ 0:** Προδιαθετικός ή ενδοεπιθηλιακός ή προκλινικός ή καρκίνος *in situ*. Η νόσος εντοπίζεται στο επιθήλιο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν καταλάβει ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου, αλλά δεν διηθούνται στο στρώμα του τραχήλου.

**ΣΤΑΔΙΟ I:** Ο καρκίνος διηθεί το στρώμα, αλλά περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας. Η διήθηση του στρώματος της μήτρας δεν λαμβάνεται υπόψη.

**Iα:** Μικροδιηθητικός καρκίνος (μικροκαρκίνωμα). Μόλις αρχόμενη διήθηση του στρώματος του τραχήλου, 5 χιλ.

**Iβ:** Σ' αυτό ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στον τράχηλο. Εμφανής διήθηση του στρώματος. Εάν η νόσος εντοπίζεται στον ενδοτράχηλο δεν εκδηλώνεται κλινικά.

**ΣΤΑΔΙΟ II:** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο. Μπορεί να διηθεί τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριό του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μη φθάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα.

**IIα:** Η νόσος προσβάλλει το πάνω τριτημόριο του κόλπου, δεν προσβάλλει όμως το παραμήτριο.

**IIβ:** Σ' αυτό ο καρκίνος έχει διηθήσει τα παραμήτρια, αλλά δεν έφθασε μέχρι τα πυελικά τοιχώματα.

**ΣΤΑΔΙΟ 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 πυελικού τοιχώματος.

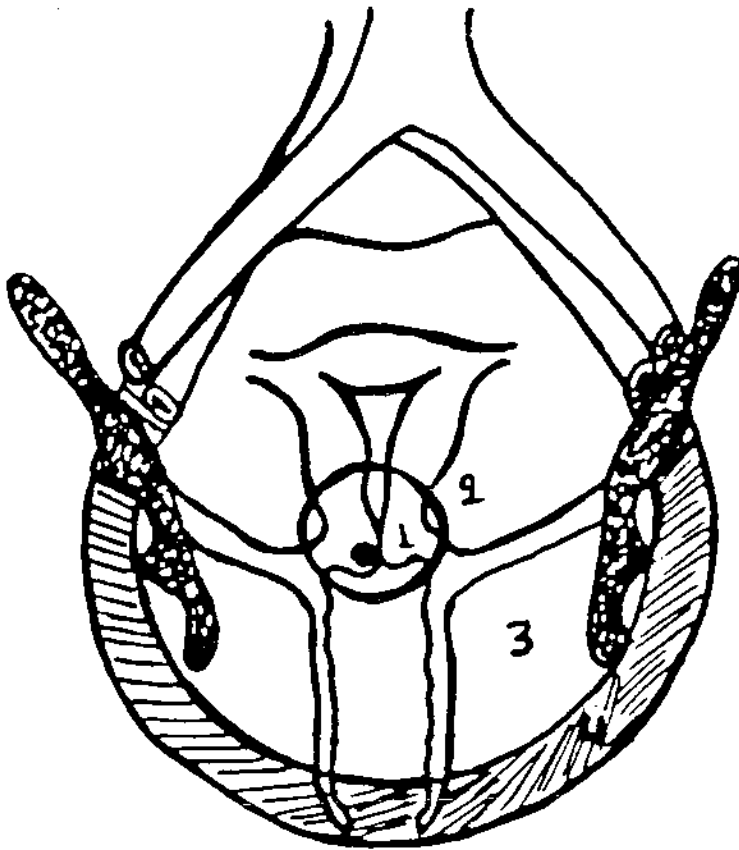
**IIIα:** Προσβολή του κάτω τριτημορίου του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

**IIIβ:** Επέκταση της νόσου μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και υδρονέφρωση ή ανενεργός νεφρός λόγω αποφράξεως του ουρητήρα.

**ΣΤΑΔΙΟ IV:** Ο καρκίνος έχει διασπαρθεί εκτός της πυέλου ή έχει προσβάλλει τη βλεννογόνο της κύστεως ή του ορθού.

**IVα:** Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου.

**IVβ:** Μεταστάσεις εκτός πυέλου.



Ταξινόμηση της P.I.G.O.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι χαρακτηριστική. Στα αρχικά στάδια (δυσπλασίες, προδιηθητικό - μικροδιηθητικό καρκίνωμα), ο καρκίνος δεν εκδηλώνεται.

1. Η αιμόρροια είναι το πιο συνηθισμένο κλινικό σύμπτωμα και εκδηλώνεται κυρίως στο διηθητικό καρκίνωμα. Συνήθως εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρύσεων, οι οποίες δεν αλλάζουν χαρακτήρα. Κάθε μητρορραγία, και μάλιστα γύρω στην κλιμακτήριο, πρέπει να θεωρείται ύποπτη για καρκίνο μέχρις αποκλεισμού αυτής της πιθανότητας.

Η αιμόρροια επίσης μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή της επιμήκυνσης του χρόνου της εμμήνου ρύσεως είτε μεταξύ δυο περιόδων. Ακόμη μπορεί να εμφανιστεί μετά από συνουσία, κολπική πλύση ή κολπική εξέταση.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται η αιμόρροια αυξάνει σε συχνότητα και σε ποσότητα αίματος. Είναι δυνατό να εκδηλωθεί πραγματική αιμορραγία, η οποία και να προκαλέσει το θάνατο.

2. Η κολπική υπερέκκριση είναι από τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου και μπορεί να αποτελεί, για αρκετό διάστημα, το μοναδικό σύμπτωμα. Στα αρχικά στάδια το έκκριμα είναι λεπτόρευστο χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή. Το χρώμα του μπορεί να είναι κιτρινωμό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίματος.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπερέκκριση προηγείται της αιμόρροιας, ενώ συνήθως συνυπάρχει μ' αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος ή έχει υποστεί νέκρωση,

η κολπική έκκριση είναι δύσοσμη λόγω της δράσης μικροβίων. Στην προχωρημένη νόσο η κολπική υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και δύσοσμη.

3. Πόνος εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο. Δημιουργείται όταν το νεόπλασμα επεκταθεί στα πυελικά τοιχώματα και πιέσει τα νευρικά στελέχη, οπότε αποφράσσονται τα λεμφαγγεία. Εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή του ιερού οστού ή και χαμηλότερα και δεν ελαττώνεται με την ανάπαυση. Η προσβολή του ισχιακού νεύρου είναι δυνατό να προκαλέσει ισχυαλγία και του θυροειδούς νεύρου άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού.

Εκτός από τα παραπάνω η ασθενής εμφανίζει και τα γενικά συμπτώματα της καρκινικής νόσου, όπως καχεξία, έντονο αίσθημα κακουχίας, αδυναμία, απώλεια βάρους, ωχρότητα - αναιμία κ.λπ.

Η επέκταση του καρκίνου προς την ουροδόχο κύστη προκαλεί φουσαλιδώδες οίδημα του βλεννογόνου που φαίνεται με την κυστεοσκόπηση και δημιουργεί συμπτωματική και κάποτε βαριά κυστίτιδα με αιματουρία και κυστεοτραχηλικά ή κυστεοκολπικά συρίγγια. Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν τα αγγεία και τα νεύρα οι πόνοι γίνονται αφόρητοι, παρουσιάζονται οιδήματα των κάτω άκρων, μεγάλη διαστολή των ουρητήρων και κάποτε υδρονέφρωση. Όλες οι μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συμβαίνει να φράζουν με νεοπλασματικό ιστό το μητρικό στόμιο, ώστε, επειδή δημιουργείται στάση του εκκρίματος της μητρικής κοιλότητας, σχηματίζεται πυόμητρα. Στη διαπύηση συντελεί η μικροβιακή φλεγμονική εξεργασία των γειτονικών ιστών που πάντα παρακολουθεί την εξέλιξη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας και όπου αναπτύσσονται άφθονα μικρόβια, ιδίως στρεπτόκοκκοι και σταφυλόκοκκοι. Το κολπικό έκκριμα που σχηματίζεται κυρίως από το

έκκριμα της τραχηλικής κοιλότητας παύει εδώ ολότελα κάθε αντιμικροβιακή προστατευτική ιδιότητα και το ΡΗ γίνεται αλκαλικό. Ο καρκίνος λοιπόν του τραχήλου θεωρείται ΣΗΠΤΙΚΟΣ, ώστε οι διηθήσεις των παραμητρίων που τον παρακολουθούν δεν είναι υποχρεωτικά καρκινικές, αφού τυχαίνει συχνά να οφείλονται σε μόλυνση και φλεγμονή.

Όσον αφορά στα φυσικά σημεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κατά τα αρχικά στάδια της νόσου, αυτά είναι ελάχιστα ή και ελλείπουν. Το πρώτο φυσικό σημείο συνήθως είναι η μεταβολή της υψής του τραχήλου, ο οποίος ψηλαφάται ιδιαίτερα σκληρός και ταυτόχρονα συχνά αιμορραγεί κατά την επαφή με τα δάκτυλα που εξετάζουν. Αργότερα βέβαια εξελκνώνεται ο τράχηλος και γίνεται εύθρυπτος, ούτως ώστε πιέζοντας με τη μύλη διαπιστώνεται ότι αυτή βυθίζεται εύκολα μέσα στις ιστούς (δοκιμασία της μύλης). Σε προχωρημένες καταστάσεις, όταν πλέον και οι κολπικοί θόλοι έχουν εξελκωθεί, τα δάκτυλα που εξετάζουν μπορούν να αποσπάσουν τμήματα καρκινικών μαζών, με κίνδυνο να προκληθεί μεγάλη και ακατάσχετη αιμορραγία.



ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν είναι στο προδιηθητικό του στάδιο, είναι δυνατό να παραμείνει για πολλά χρόνια στάσιμος. Όταν όμως πάρει διηθητικό χαρακτήρα τότε κάνει εύκολα μεταστάσεις. Αυτές γίνονται είτε κατά συνέχεια ιστών, είτε με τη λεμφική οδό, είτε, σπάνια, με την αιματική οδό και όχι τόσο με τις αρτηρίες όσο με τις φλέβες.

**α) Επέκταση κατά συνέχεια ιστού**

Η επέκταση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας κατά συνέχεια ιστού οδηγεί στην προσβολή του κόλπου, των ανώτερων τμημάτων της μήτρας, των παραμήτριων και τελικά των γύρω οργάνων, ουροδόχου κύστης, ορθού. Στις προχωρημένες αυτές καταστάσεις προκαλείται στένωση ή και απόφραξη των ουρητήρων, με συνέπεια την υδρονέφρωση και τη νεφρική ανεπάρκεια και κατάληξη στο ουραιμικό κώμα, που συνεπάγεται το θάνατο της ασθενούς.

**β) Επέκταση με τη λεμφική οδό**

Η είσοδος καρκινικών κυττάρων στα λεμφαγγεία του τραχήλου, εύρημα όχι σπάνιο στην εξέταση των ιστολογικών παρασκευασμάτων, έχει ως αποτέλεσμα την προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων, οι οποίοι και αποτελούν την πρώτη γραμμή της άμυνας του οργανισμού.

Συχνά, ενώ οι λεμφαδένες παρουσιάζουν ήδη μεταστάσεις, παρατηρείται απουσία διηθήσεως των ενδιάμεσων ιστών, γεγονός που υποδηλώνει την ανάπτυξη μετάστασης με εμβολιασμό καρκινικών κυττάρων.

Κατά σειρά προσβάλλονται συνήθως οι θυροειδικοί λεμφαδένες, οι έξω λαγόνιοι, οι έσω λαγόνιοι, οι κοινοί λαγόνιοι και οι παραορτικοί. Η διήθηση των τελευταίων είναι σπάνια εφόσον δεν

έχουν προσβληθεί οι λαγόνιοι λεμφαδένες. Αντίθετα, το 50% περίπου των περιπτώσεων με μεταστάσεις στους λαγόνιους αδένες έχει διήθηση και των παραορτικών λεμφαδένων.

Οι πυελικές λεμφαδενικές μεταστάσεις επιβαρύνουν ιδιαίτερα την πρόγνωση, διότι ελαττώνουν κατά 50% περίπου την πιθανότητα ίασεως. Η συχνότητά τους ποικίλλει στις διάφορες αναφορές και κυμαίνεται από 15-30% στις περιπτώσεις σταδίου I και από 30-50% σ' εκείνους του σταδίου II.

Εκτός από το κλινικό στάδιο της νόσου, επίδραση στη συχνότητα προσβολής των πυελικών λεμφαδένων ασκούν το μέγεθος του αρχικού όγκου, η ενδοτραχηλική ανάπτυξη της νόσου, ο βαθμός διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων και, τέλος, οι εκδηλώσεις τοπικής φλεγμονώδους αντίδρασης στη μικροσκοπική εξέταση.

Εάν η νόσος προσβάλλει τους παραορτικούς λεμφαδένες η πιθανότητα διασποράς στους πνεύμονες και τους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες είναι σημαντική. Τα αποτελέσματα σχετικών μελετών έχουν παρακινήσει ορισμένους στην άποψη ότι είναι σκόπιμη η προεγχειρητική βιοψία των υπερκλειδίων λεμφαδένων, άσχετα με την απουσία ψηλαφητικών ευρημάτων.

#### γ) Επέκταση δια μέσου της αιματικής οδού

Αποτελεί τη λιγότερο συχνή οδό μετάστασης της νόσου, παρά τη συχνή ανεύρεση καρκινικών κυττάρων στα αιμοφόρα αγγεία, κατά την ιστολογική εξέταση.

Οι αιματογενείς μεταστάσεις παρατηρούνται συνήθως στο στάδιο IV, ή και σε πρωϊμότερα στάδια, μετά την εφαρμογή της θεραπείας για την τοπική νόσο. Αφορούν συνήθως εκδηλώσεις στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά και τον εγκέφαλο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    I V

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

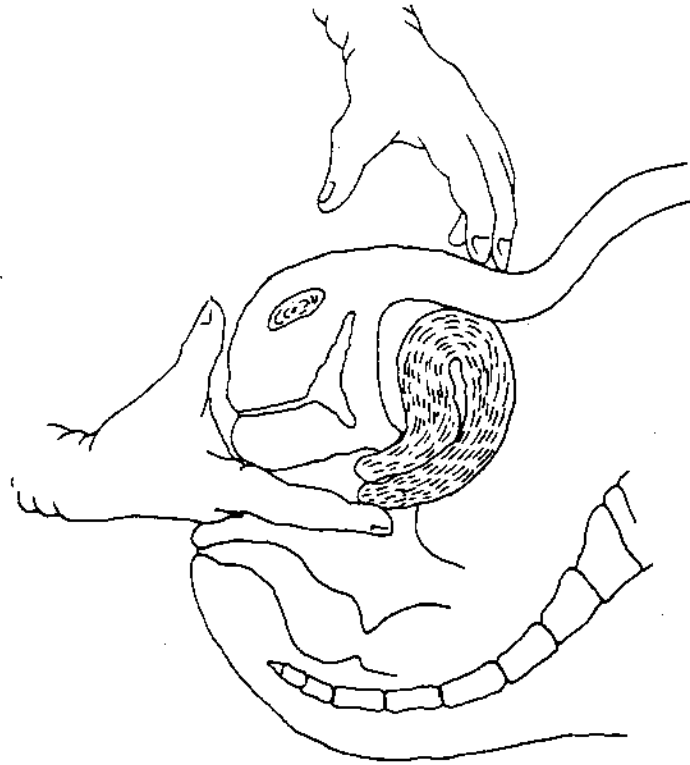
Η λήψη ενός καλού ιστορικού, που αρχίζει από την κληρονομικότητα και τελειώνει στο συγκεκριμένο πρόβλημα, θα αποτελέσει τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχθεί μια επιτυχημένη διάγνωση.

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας κάνει αυτόν εύκολο στον έλεγχό του. Έτσι, θα προβούμε στις παρακάτω εξετάσεις:

Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου δεν θα βρούμε τίποτε, γιατί η βλάβη δεν γίνεται φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ* ο τράχηλος, είτε θα φαίνεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα, είτε ελαφρά διάβρωση, είτε λευκοπλακική εστία. Γενικά, σε πρώιμα στάδια ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε προχωρημένα στάδια η βλάβη κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή της ψευτοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέγκωσης, που μοιάζει με κρατήρα, ή μάζας, που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή. Αν όμως πρόκειται για ενδοφυτική, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευτοδιάβρωση, η εξέγκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.



Ἡ γυναικολογικὴ ἐξέταση ὅπως γίνεται μὲ τὰ δύο χέρια, γιὰ τὴν ψηλάφηση τῆς μήτρας. Ὁ δείκτης τοῦ δεξιοῦ χεροῦ φθάνει μέχρι τὸν ὀπίσθιο κοιλικὸ θόλο καὶ πιέζει τὴν μήτρα πρὸς τὰ πάνω, ἐνῶ τὰ τέσσερα δάκτυλα τοῦ ἀριστεροῦ ἐξωτερικοῦ χεροῦ ψηλαφοῦν τὸν πυθμένα τῆς μήτρας.



Ἡ γυναικολογικὴ ἐξέταση γιὰ τὴν ψηλάφηση τῶν ἐξαρτημάτων τῆς μήτρας γίνεται μὲ μετατόπιση τοῦ δείκτη τοῦ δεξιοῦ χεροῦ στοὺς πλάγιους θόλους καὶ μὲ ἀντίστοιχη μετατόπιση τοῦ ἐξωτερικοῦ ἀριστεροῦ χεροῦ.

Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή από το ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και της περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί καθηλώθηκε από τη διήθηση.

Κατά την αμφίχειρη κολπική εξέταση, που γίνεται για την ψηλάφηση του τραχήλου, ο δείκτης του δεξιού χεριού φτάνει μέχρι τον οπίσθιο κολπικό θόλο και πιέζει τη μήτρα προς τα πάνω, ενώ τα τέσσερα δάκτυλα του αριστερού εξωτερικού χεριού ψηλαφούν τον πυθμένα της μήτρας.

Η εξέταση από τον κόλπο συμπληρώνεται με τη δακτυλική ψηλάφηση από το ορθό και καμιά φορά την αντικαθιστά, όταν, λόγω υπάρξεως ακέραιου του παρθενικού υμένα, γίνεται αδύνατη η εξέταση από τον κόλπο. Εκτός όμως από αυτό, η εξέταση από το ορθό επιτρέπει μερικές φορές καλύτερη προσπέλαση στην ψηλάφηση των πλατέων και των ιερομητρικών συνδέσμων.

Κυτταρολογική εξέταση (Τεστ Παπανικολάου)

Το τεστ Παπανικολάου (test Pap διεθνώς), από τα αρχικά του ονόματος του ιδρυτή της Κυτταρολογίας Γεωργίου Παπανικολάου, έχει αποδειχθεί η καλύτερη μέθοδος μαζικού ελέγχου του πληθυσμού για την ανακάλυψη υποκλινικών καρκίνων, προκαρκινικών σταδίων και HPV φλεγμονών. Τα τελευταία 40 χρόνια η θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει σημαντικά ελαττωθεί. Η μείωση αυτή αποδόθηκε στην ευρεία χρήση του τεστ Παπανικολάου. Η εξέταση είναι εύκολη, χαμηλού κόστους, χωρίς επιπλοκές, ανώδυνη και επομένως καλά ανεκτή από τα εξεταζόμενα άτομα. Η ακρίβεια και ευαισθησία της μεθόδου αυτής είναι συνήθως υψηλή και εξαρτάται

από την καλή λήψη του υλικού, τη μονιμοποίηση, τη χρώση και τη σωστή ερμηνεία των ευρημάτων. Για τη σωστή αξιολόγηση ενός επιχρίσματος είναι απαραίτητες οι κλινικές κληροφορίες.

Το 1924, ο Γεώργιος Παπανικολάου, μελετώντας τις ορμονικές μεταβολές σε κολπικά επιχρίσματα, παρατήρησε εξαιρετικά "ανώμαλα" κύτταρα σε μια ασθενή, η οποία, όπως αποδείχθη μετά, είχε καρκίνο του τραχήλου - μη εμφανή κλινικώς. Πέρασαν από τότε πολλά χρόνια μέχρι να καθιερωθεί η αποφολιδωτική κυτταρολογία το 1943. Σε μια πρώτη φάση, εθεωρείτο ότι η κυτταρολογική μελέτη του τραχήλου ήταν μια πολύ χρήσιμη μέθοδος για την ανίχνευση υποκλινικών καρκίνων. Αργότερα βρέθηκε ότι η μέθοδος αυτή μπορούσε να ανιχνεύσει και "νεοπλασματικές" αλλοιώσεις, οι οποίες περιορίζονταν μόνο στο επιθήλιο του τραχήλου (ενδοεπιθηλιακός καρκίνος). Η ανακάλυψη αυτή ήταν σημαντική, γιατί θεωρήθηκε ότι ανακαλύπτοντας τον καρκίνο σε πρώιμα στάδια, θα ήταν και πιο αποτελεσματική η θεραπευτική του αντιμετώπιση. Το 1949 άρχισε ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού (mass screening) με τεστ Παπανικολάου, στη Βρετανική Κολομβία και μετά το 1950 επεκτάθηκε και στις Πολιτείες της Αμερικής. Το 1957 ανακηρύχθηκε "έτος για τον καρκίνο της μήτρας" από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και δόθηκε μεγάλη δημοσιότητα στο γεγονός αυτό, με απώτερο σκοπό το μαζικότερο έλεγχο του πληθυσμού με το τεστ. Το βασικό επιχείρημα, που επροβάλλετο, για να προσελκύσει το γυναικείο πληθυσμό, ήταν ότι "εάν κάθε γυναίκα ελεγχόταν με ένα τεστ Παπανικολάου ετησίως, καμία γυναίκα δεν θα πέθαινε από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας".

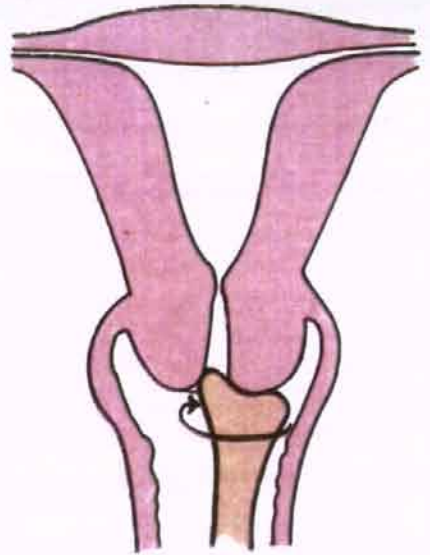
Όσον αφορά τον τρόπο λήψεως του επιχρίσματος, γίνεται με τη βοήθεια μικροσκοπίου ή κολποδιαστολέων, εκτός των περιπτώσεων

όπου, λόγω ανατομικών συνθηκών, αυτό δεν είναι δυνατό. Η λήψη του επιχρίσματος από τον εξωτράχηλο πρέπει να γίνεται με σπάτουλα και από τον ενδοτράχηλο με ειδικό βουρτσάκι.

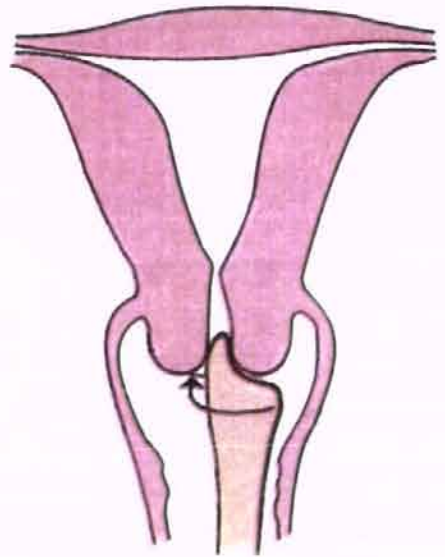
Η πρώτη σπάτουλα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η σπάτουλα του Ayge. Απεδείχθη όμως ότι σε πολλές περιπτώσεις (όπως π.χ. σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες), επειδή το ανώτερο άκρο της σπάτουλας αυτής ήταν πολύ κοντό και αμβλύ, δεν μπορούσε να εισχωρήσει στο έξω τραχηλικό στόμιο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην γίνεται, με τη σπάτουλα αυτή, λήψη κυττάρων από το μέρος της ζώνης μεταπτώσεως, που ενδεχομένως βρισκόταν στον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Με την πάροδο των ετών επινοήθηκαν διάφοροι τύποι από σπάτουλες. Όπως αποδείχθη από μια καλή ερευνητική εργασία, η σπάτουλα του Aylesbury είναι μια πολύ καλή επιλογή. Στη χώρα μας κυκλοφορεί ένας τύπος σπάτουλας της οποίας το ένα άκρο είναι τύπου Ayge και το άλλο τύπου Aylesbury.

Ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση, στη λήψη του τεστ, επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση ειδικής βούρτσας για τη λήψη κυττάρων από τον ενδοτράχηλο. Η λήψη με βουρτσάκι μιας χρήσεως έχει αποδειχθεί με στατιστικές η καλύτερη, γιατί μπορεί να πάρει υλικό από εσοχές του τραχηλικού βλεννογόνου που δεν φθάνει ούτε η σπάτουλα ούτε, πολύ περισσότερο, ο βαμβανοφόρος στυλεός, ο οποίος απορροφά βλέννη και συγκρατεί κύτταρα, έτσι ώστε στο επίχρισμα να δίνει πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία. Η λήψη του τεστ με το συνδυασμό σπάτουλας - βούρτσας έχει αποδειχθεί ότι δίνει ικανοποιητικά επιχρίσματα σε ποσοστό 97% έως 98%.

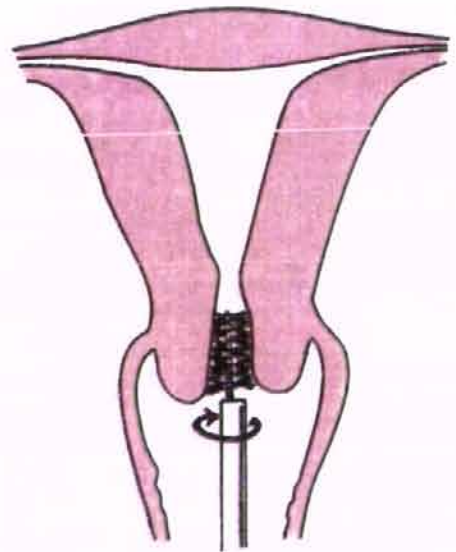
Έχει ανακοινωθεί πρόσφάτως μια νέα συσκευή (με το όνομα cervex) που έχει τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού σπάτουλας - βούρτσας και με τη χρήση της οποίας επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό



Λήψη εξωτραχηλικού επιχρίσματος με τη σπάτουλα Ayre.



Λήψη εξωτραχηλικού επιχρίσματος με τη σπάτουλα Aylesbury.



Λήψη ενδοτραχηλικού επιχρίσματος με βουρτσάκι.



ανευρέσεως κυλινδριικών κυττάρων (95%) στα λαμβανόμενα τεστ. Δυστυχώς δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα από τη χρήση της συσκευής αυτής.

Εκείνο που έχει πολύ μεγάλη σημασία, είναι να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, κατά τη λήψη του εξωτραχηλικού επιχρίσματος με τη σπάτουλα, σε τρόπο ώστε αυτή να διατηρεί την επαφή της με τον τράχηλο, καθώς την επριστρέφουμε και έτσι να παίρνουμε κύτταρα από όλα τα τεταρτημόρια του τραχήλου. Οι Giles και συνεργάτες απέδειξαν ότι σε περιπτώσεις που έχουμε μικρής εκτάσεως αλλοιώσεις (π.χ. μικρότερες σε έκταση από ένα τεταρτημόριο του τραχήλου), είναι πολύ συχνά τα ψευδώς αρνητικά τεστ.

Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε επιχρίσματα:

- 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 τη βοήθεια βαμβακοφόρου στείλεου.
- Κολπικό: από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου, με τη βοήθεια πιπέτας. Έχει αποδειχθεί όμως ότι η λήψη του κολπικού επιχρίσματος έχει πολύ μικρή διαγνωστική αξία, όσον αφορά την ανεύρεση ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών στον τράχηλο. Η μέθοδος αυτή βελτιώνει ελαφρώς το ποσοστό ανιχνεύσεως καρκίνου του ενδομητρίου.

Η άμεση μονιμοποίηση του επιχρίσματος είναι υψίστης σημασίας. Αμέσως μετά τη λήψη πρέπει να γίνεται επίστρωση στην αντικειμενοφόρα πλάκα. Οποιαδήποτε καθυστέρηση έχει ως αποτέλεσμα την αποξήρανση των κυττάρων, η οποία δυσκολεύει την αξιολόγηση

του τεστ. Η επίστρωση πρέπει να είναι λεπτή και πριν στεγνώσει το υλικό από τον αέρα εμβαπτίζουμε την αντικειμενοφόρα πλάκα σε δοχείο με οινόπνευμα 95°, για 15 λεπτά περίπου.

Η μονιμοποίηση μπορεί να γίνει και με τη βοήθεια μονιμοποιητικού spray. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να ραντίζεται όλο το πλακίδιο από μια απόσταση περίπου 20 εκ.

Μετά τη μονιμοποίηση το κυτταρολογικό επίχρισμα βάφεται με τη χρώση Παπανικολάου. Πολλά εργαστήρια στο εξωτερικό χρησιμοποιούν τη χρώση MGG (May-Guywald Giesma) αντί της Παπανικολάου. Στην Ελλάδα έχει επικρατήσει η χρώση Παπανικολάου για την κυτταρολογική εξέταση.

Όλοι οι τρόποι λήψεως υλικού γίνονται σε εξωτερικό ιατρείο χωρίς αναισθησία. Είναι απαραίτητη η λήψη να γίνεται από το σημείο της αλλοίωσης ή όσο πιο κοντά μπορούμε να πλησιάσουμε για να έχουμε κυτταρικό υλικό χωρίς εκφύλιση και προσμίξεις που θα δυσχεράνουν τη διάγνωση. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η κλινική εικόνα και το ιστορικό. Η καλή λήψη είναι το 50% της ακριβούς διαγνώσεως από τον κυτταρολόγο.

Η λήψη του επιχρίσματος θα πρέπει να γίνεται εφόσον η γυναίκα δεν έχει πρόσφατη σεξουαλική επαφή (αλλοιώνεται ο βλεννογόνος) ή δεν έχει βάλει κολπικές αλοιφές ή δισκία ή τέλος δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις τουλάχιστον για 24 ώρες.

Ενα άλλο ζήτημα, πολύ μεγάλης σημασίας, είναι η επικοινωνία μεταξύ του ατόμου που παίρνει το επίχρισμα και αυτού που το βλέπει. Ο γιατρός που θα εξετάσει ένα επίχρισμα χρειάζεται οπωσδήποτε ορισμένες πληροφορίες, όπως η ηλικία της ασθενούς, η ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως, εάν είναι έγκυος,

λεχώς, μετεμμηνοπαυσιακή κ.λπ. Επίσης πρέπει να δίδονται πληροφορίες από το ιστορικό της ασθενούς όπως: η ενδεχόμενη λήψη ορμονικών σκευασμάτων, ο λόγος για τον οποίο κάνει το τεστ, εάν υπάρχει ιστορικό ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ή καρκίνου στον τράχηλο, τι θεραπείες έχουν γίνει (χειρουργικές επεμβάσεις, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία). Η ύπαρξη ενός ενδομητρίου σπειράματος πρέπει να αναφέρεται πάντοτε, γιατί εάν δεν γνωρίζει ο Κυτταρολόγος κάτι τέτοιο μπορεί να αποδώσει τα τυχόν "άτυπα" αδενικά κύτταρα, που θα βρει, σε νεοπλασία του αδενικού επιθηλίου. Πρέπει να γνωρίζουμε επίσης ότι επιχρίσματα που λαμβάνονται εντός 6 εβδομάδων από τη λήψη βιοψιών από τον τράχηλο δεν είναι δυνατό να αξιολογηθούν σωστά, διότι υπάρχουν φλεγμονώδεις και αντιδραστικές μεταβολές στα κύτταρα.

Εάν η λήψη του επιχρίσματος γίνει κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως ή ενώ υπάρχει μια φλεγμονή στον τράχηλο, ίσως η αξιολόγησή του να είναι αδύνατη, λόγω υπάρξεως ερυθροκυττάρων ή φλεγμονωδών κυττάρων αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή το εργαστήριο θα κρίνει την καταλληλότητα του επιχρίσματος και θα ζητήσει επανάληψη ή όχι.

Η κυτταρολογική διάγνωση στηρίζεται στη μορφολογία των κυττάρων. Οι διαγνωστικές δυνατότητες του κολποτραχηλικού επιχρίσματος είναι:

1. Ορμονολογικός έλεγχος. Η ορμονική κυτταρολογία μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες σε καταστάσεις όπως: μετά από υστερεκτομή, σε γυναίκες με προβλήματα στειρότητας, σε διαταραχές περιόδου, σε εγκυμοσύνη και λοχεία.

2. Φλεγμονές (κολπίτις, τραχηλίτις, ενδοτραχηλίτις κ.λπ.). Οι φλεγμονώδεις κυτταρικές αλλοιώσεις, λοιπόν, μπορεί να είναι:

- (α) Πυρηνική πύκνωση, καρυορρηξία και κυτταρόλυση, που σημαίνουν θάνατο του κυττάρου.
- (β) Περιπυρηνική άλλως, κυτταροπλασματικά κενोटόπια και κοιλοκύτωση, που σημαίνουν εκφύλιση του κυττάρου.
- (γ) Μεγαλύτερος του φυσιολογικού πυρήνας με πυρήνια και αδρό δίκτυο χρωματίνης, που σημαίνουν αντίδραση του κυττάρου.
- (δ) Κυτταρική υπερπλασία, εμφάνιση των "reserve cells" και πλακώδης μετάπλαση, που σημαίνουν αναγέννηση του κυττάρου.
- (ε) Κερατινοποίηση και παρακεράτωση, που θεωρούνται επίσης καλοήθειες διαταραχές.
- (στ) Τέλος, η δυσκαρύωση, όρος συνώνυμος με τον ιστολογικό δυσπλασία. Η δυσκαρύωση αφορά τον πυρήνα του κυττάρου, ο οποίος μεγαλώνει ώστε να διαταράσσεται η φυσιολογική σχέση πυρήνα/πρωτοπλάσματος και εμφανίζει ατυπία στην κατανομή της χρωματίνης, στην πυρηνική μεμβράνη κ.λπ. Η δυσκαρύωση μπορεί να εμφανιστεί σε μια έντονη φλεγμονή (π.χ. τριχομοναδική), μπορεί όμως να εκφράζει και μια προκαρκινική κατάσταση.
- (ζ) Οι ιογενείς αλλοιώσεις επίσης μπορεί να εξελιχθούν σε κακοήγη εξαλλαγή του κυττάρου, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υποχωρήσουν.

3. Προκαρκινικές αλλοιώσεις - δυσπλασίες. Στο κεφάλαιο αυτό στηρίζεται η μεγάλη επιτυχία της Κυτταρολογίας για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και το σημαντικότερο περιορισμό του. Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις είναι οι δυσκαρυώσεις κατά την κυτταρολογική περιγραφή. Διακρίνονται σε:

- (α) Ελαφρά, δυσκαρύωση, που αφορά το επιπολής επιθήλιο.
- (β) Μέτρια δυσκαρύωση, που αφορά το διάμεσο επιθήλιο.
- (γ) Έντονη δυσκαρύωση, που αφορά τα βασικά κύτταρα.

Όταν φθάσουμε στην έντονη δυσκαρύωση, στα βασικά κύτταρα, έχουμε φθάσει στο καρκίνωμα *in situ*. Ως εδώ είναι ενδοεπιθηλιακές οι νεοπλασίες (CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia). Παραμένει η βασική μεμβράνη ανέπαφη, που αν ραγεί και προχωρήσει η κακοήθεια, το καρκίνωμα θα είναι πια διηθητικό.

4. Κακοήθεια. Στην κακοήθη εξαλλαγή του κυττάρου η ατυπία είναι έντονη και σαφής.

Η κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να αφορά το πλακώδες ή το αδενικό επιθήλιο του τραχήλου, ανάλογα με την εντόπισή της στο έξω ή έσω τραχηλικό στόμιο. Πιο συχνά όμως αναφέρεται στο σημείο μεταπτώσεως του πλακώδους προς αδενικό από το έξω προς το έσω στόμιο. Επομένως, σε μια καλή λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υλικό από το ως άνω σημείο. Κυτταρολογικά αναγνωρίζεται το καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου (ανωτέρας, μέσης, κατωτέρας διαφοροποιήσεως), το αδενοκαρκίνωμα και το αδιαφοροποίητο. Λεπτομερέστερη κατάταξη και σταδιοποίηση θα πρέπει να γίνεται ιστολογικά. Στο 30% τουλάχιστον των περιπτώσεων ενδοτραχηλικής νεοπλασίας αδενικού τύπου παρατηρείται συνύπαρξη με CIN (I, II ή III) με διηθητικό επιδερμοειδές καρκίνωμα (επιδερμοειδές 85-96%, αδενικό 5-15%).

Διαφορετική διάγνωση της κακοήθειας θα πρέπει να γίνεται από αλλοιώσεις ακτινολογίας, χημειοθεραπείας, αγωγής με ανοσοκατασταλτικά και ελλείψεως φυλλικού οξέος κατά την εγκυμοσύνη. Το ιστορικό της ασθενούς και σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητο.

Στην εικόνα αυτή φαίνεται ένα τμήμα (6η-9η ώρα) από τον τράχηλο της μήτρας. Μεταξύ 7ης και 8ης ώρας υπάρχει μια περιοχή με μωσαϊκό και επιφανειακώς διακλαδιζόμενα αγγεία. Βιοψία σ' αυτήν τη θέση απεκάλυψε μικροδιηθητικό καρκίνωμα (βάθος διηθήσεως 1 mm). Η αποδεκτή σήμερα άποψη είναι ότι εάν η διήθηση φθάνει μέχρι βάθους 3 mm και δεν υπάρχουν συρρέουσες και μαζικές καταδύσεις καρκινικού ιστού, τότε η βλάβη χαρακτηρίζεται ως μικροδιηθητική. Στην περίπτωση αυτής της ασθενούς η βιοψία επιβεβαίωσε την κολποσκοπική διάγνωση. Παρ' όλα αυτά σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γίνει κωνοειδής εκτομή για αποκλεισμό περαιτέρω διηθήσεως. Η κωνοειδής έδειξε CIN III και μικροδιήθηση σε πολύ περιορισμένη έκταση. Ακολούθησε απλή κοιλιακή υστερεκτομή.



Τεστ Παπανικολάου: CIN III. Το τραχηλικό στόμιο ευρίσκεται στο κατώτερο δεξιό τμήμα της φωτογραφίας. Διακρίνονται δύο φυσαλίδες πάνω από το τραχηλικό στόμιο και μια αντανάκλαση φωτός πάνω από τις φυσαλίδες αυτές. Λίγο πιο πάνω υπάρχει μια μικρή περιοχή με διηθητικό καρκίνωμα. Ακριβώς πάνω από την αντανάκλαση φωτός υπάρχουν τρεις μικρές προεξοχές που μοιάζουν με σταφύλια, οι οποίες για έναν έμπειρο κολποσκοπιστή αποτελούν ανωμαλία της επιφάνειας του επιθηλίου (surface irregularity), που είναι χαρακτηριστικό διηθητικού καρκίνου. Παρατηρώντας το επιθήλιο ακόμα πιο ψηλά μπορείτε να διακρίνετε μια περιοχή με άτυπα αγγεία. Η βιοψία απεκάλυψε διηθητικό καρκίνο.



Ταξινομήση κατά Γ. Παπανικολάου των ευρημάτων από τον κυτταρολογικό έλεγχο των επιχρισμάτων του τραχήλου της μήτρας.

Όταν ο Παπανικολάου περιέγραψε τη γυναικολογική κυτταρολογία των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων χρησιμοποίησε πέντε κατηγορίες:

Κατηγορία I αρνητικό για κακοήθεια, χωρίς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Κατηγορία II αρνητικό για κακοήθεια με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Κατηγορία III ύποπτο για κακοήθεια.

Κατηγορία IV θετικό για κακοήθεια με λίγα άτυπα κύτταρα.

Κατηγορία V θετικό για κακοήθεια με πολλά άτυπα κύτταρα.

Η κυτταρολογική εξέταση γενικά μπορεί να φθάσει υψηλό ποσοστό ακρίβεια στη διάγνωση, με ποσοστό λάθους όχι μεγαλύτερο του 5%. Το επιτρεπόμενο ποσοστό λάθους οφείλεται στο ότι η κυτταρολογία εξετάζει μεμονωμένα κύτταρα χωρίς να έχει τη δομή του ιστού στον οποίο ανήκουν. Για να επιτευχθεί δε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην κυτταρολογική εξέταση παίζουν ρόλο οι εξής παράγοντες, η επίδραση των οποίων καθορίζει και την ακρίβεια της απάντησης:

- (α) Η λήψη πρέπει να γίνεται κατά το δυνατό από το σημείο της αλλοιώσεως και να είναι ποιοτικώς και ποσοτικώς επαρκής.
- (β) Η μονιμοποίηση και η χρώση του υλικού πρέπει να γίνονται *lege artis*.
- (γ) Η εκτίμηση του κυτταρολογικού υλικού πρέπει να γίνεται από έμπειρο ειδικό κυτταρολόγο και να είναι τεκμηριωμένη.
- (δ) Απαραίτητα πρέπει το κυτταρολογικό υλικό να συνοδεύεται από κλινικά στοιχεία.

(ε) Σε περιπτώσεις αμφιβολίας πρέπει να χρησιμοποιούνται από το κυτταρολογικό εργαστήριο ειδικές χρώσεις και τεχνικές για μια πιο ακριβή απάντηση.

Εντούτοις, η ευεργετική εφαρμογή της κυτταρολογικής μεθόδου Παπανικολάου σε άλλα όργανα του οργανισμού, εκτός του γεννητικού, είναι ελάχιστα γνωστή στο κοινό πλην των γιατρών. Πρώτος ο Παπανικολάου και οι συνεργάτες του άρχισαν να την επεκτείνουν και σε άλλα υλικά πλην των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων και σήμερα έχει μπει στη "ρουτίνα" των εξετάσεων των περισσότερων συστημάτων. Έτσι, η κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου, πλην των γεννητικών οργάνων, εφαρμόζεται:

- Στην ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονος με την εξέταση πτυέλων ή βρογχικών εκκρίσεων που λαμβάνονται με βρογχοσκόπηση. Καπνιστές, ιδίως, πρέπει κάθε χρόνο να κάνουν ακτινογραφία θώρακος και κυτταρολογική εξέταση πτυέλων σε περίπτωση βήχα και μάλιστα με αποβολή αιματηρών πτυέλων. Δυστυχώς, ο καρκίνος του πνεύμονος στις γυναίκες στη χώρα μας αυξήθηκε επικίνδυνα με το "συναγωνισμό" με τους άνδρες στο κάπνισμα.

- Στην ανίχνευση νεοπλασμάτων της ουροδόχου κύστεως, θηλωμάτων, αρχόμενου ή διηθητικού καρκίνου, με εξέταση ούρων. Η γνωστή στο κοινό γενική εξέταση ούρων πρέπει να συνοδεύεται με κυτταρολογική εξέταση, τουλάχιστον στους άρρωστους που παρουσιάζουν επίμονα συμπτώματα από το ουροποιογεννητικό σύστημα, όπως ουρολοιμώξεις κ.λπ.

- Στη διάγνωση καρκίνου και συναφών νόσων από υγρά κοιλοτήτων, όπως πλευριτικού, ασκίτικού - υγρού κοιλίας -, αρθρώσεων, εγκεφαλονωτιαίου υγρού και άλλων. Υγρού από θηλή μαστού, σύνηθες στις γυναίκες, για τη διαπίστωση απλής γαλακτόρροιας, φλεγμονών, κύστεων ή καρκίνου.



Ποιες γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο και πόσο συχνά

Το 1986, ο Day ανέφερε ότι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειωνόταν αντιστρόφως ανάλογα με το μεσοδιάστημα των διαδοχικών τεστ Παπανικολάου. Η μελέτη αναφερόταν σε γυναίκες 35 έως 64 ετών, οι οποίες είχαν χωριστεί σε ομάδες και κάθε ομάδα ελεγχόταν κατά διαφορετικά χρονικά διαστήματα με τεστ Παπανικολάου. Τα ποσοστά μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο είχαν ως εξής: για την ομάδα που ελεγχόταν με ετήσιο τεστ Παπανικολάου 93,3%, γι' αυτές που έκαναν τεστ κάθε 3 έτη το ποσοστό ήταν 91,4%, ενώ για την ομάδα που είχε ένα τεστ κάθε 5 έτη, το ποσοστό έπεφτε στο 83,9%. Τέλος, για την ομάδα που είχε ένα τεστ κάθε 10 έτη, το ποσοστό ήταν μόλις 64,2%. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα το "Intercollegiate Working Party" της Μεγάλης Βρετανίας συνιστά έλεγχο με τεστ κάθε 3 έτη.

Η συχνότητα με την οποία πρέπει να λαμβάνονται τα τεστ υπήρξε πάντοτε αντικείμενο αντιλογίας. Παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ ότι από τις γυναίκες, στις οποίες συνιστάται ετήσια λήψη τεστ, μόνο ένα 25% προσέρχεται για το επόμενο τεστ. Αυτό το γεγονός υπογραμμίζει πόσο επικίνδυνο είναι να συνιστάται λήψη του τεστ κάθε 3 ή 5 χρόνια. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η μειωμένη ευαισθησία της μεθόδου. Λόγω αυτού του προβλήματος, τουλάχιστον τα 2-3 αριχιά τεστ θα πρέπει να λαμβάνονται σε πιο συχνά χρονικά διαστήματα. Με βάση αυτούς τους προβληματισμούς, το 1988, η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστούσε ότι "όλες οι γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές ή έχουν φτάσει στην ηλικία των 18, πρέπει να έχουν ετήσια γυναικολογική εξέταση και λήψη τεστ Παπανικολάου. Μετά από τρία διαδοχικά αρνητικά τεστ Παπανικολάου, τα οποία έχουν γίνει σε ετήσια βάση και έχουν

κριθεί ικανοποιητικά, είναι δυνατό να συστήνεται λήψη κάθε 3 χρόνια, εκτός εάν η γυναίκα κριθεί ως υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας". Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι κανείς ποτέ δεν αμφισβήτησε πόσο χρήσιμο είναι ένα ετήσιο τεστ Παπανικολάου. Το κύριο επιχείρημα, που προβάλλεται για την όσο το δυνατό αραιότερη λήψη του, είναι το οικονομικό κόστος μιας τέτοιας πρακτικής.

Ένα άλλο σημείο αντιλογίας είναι η ηλικία, στην οποία πρέπει να σταματά η λήψη ενός προληπτικού τεστ Παπανικολάου. Συνιστάται από πολλούς ερευνητές η ηλικία να είναι τα 65 έτη. Αυτό βέβαια ισχύει για τις γυναίκες στις οποίες γινόταν προληπτικά τεστ τα προηγούμενα έτη. Δεν σημαίνει ότι εάν προσέλθει μια γυναίκα 65 ετών ή μεγαλύτερη για μια εξέταση ρουτίνας, δεν πρέπει ο γιατρός να πάρει ένα τεστ (ιδιαίτερα σε εκείνες τις περιπτώσεις που δεν έχει προηγηθεί ποτέ λήψη τεστ, κάτι πολύ συχνό στην Ελληνική πραγματικότητα). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία στις ΗΠΑ, το 25% των καρκίνων του τραχήλου ανευρίσκονται σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης από 65 έτη και σε 40% αυτών των γυναικών δεν έχει γίνει ποτέ πριν τεστ Παπανικολάου.

### Κολποσκόπηση

Είναι ένα διαγνωστικό μέσο με το οποίο μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τις δυσπλασίες ή τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Παράλληλα, με την κολποσκόπηση, μπορούμε να ελέγξουμε τα ευρήματα του τεστ Παπανικολάου. Εκείνο που εξετάζουμε κυρίως στην κολποσκόπηση είναι η ζώνη μετάπτωσης.

Το ουραίο όριο της ζώνης μετάπτωσης προσδιορίζεται από μια γραμμή που χωρίζει 2 πλακώδη επιθήλια διαφορετικής προέλευσης και μορφολογίας: το αυθεντικό και το μεταπλαστικό.

Το κεφαλικό όριο της ζώνης μετάπτωσης προσδιορίζεται από μια γραμμή που χωρίζει επίσης τα δυο επιθήλια διαφορετικής προέλευσης και μορφολογίας: το μεταπλαστικό πλακώδες και το κυλινδρικό.

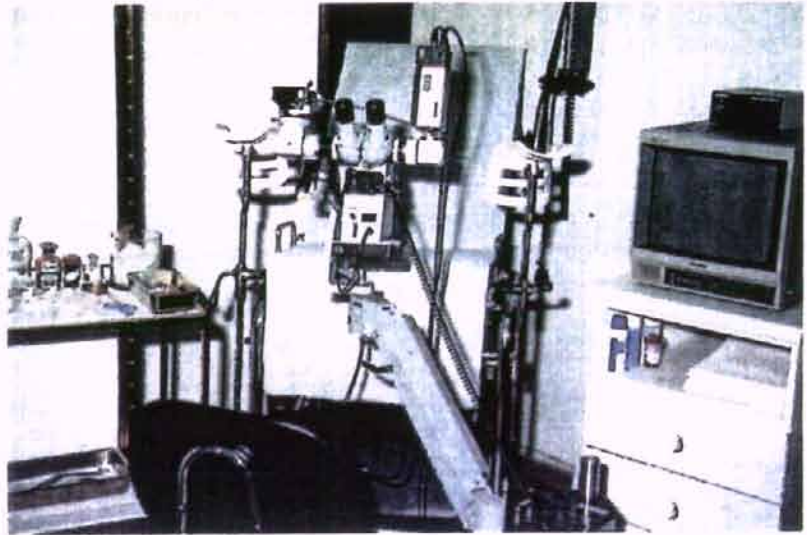
Η κολποσκοπήση και ιστολογική μελέτη δείχνουν ότι η μεταπλασία είναι μια δραστηριότητα που ξεκινά από το κυλινδρικό επιθήλιο και οδηγεί στην ανάπτυξη ενός νέου πλακώδους επιθηλίου, που παρουσιάζεται αρχικά άωρο και με την πάροδο του χρόνου γίνεται ώριμο. Αυτή η ομαλή μεταπλαστική πρόοδος φτιάχνει τελικά την τυπική ζώνη μετάπτωσης, που δεν αποτελεί κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη ενός καρκινώματος.

Οι αρχικές όμως φάσεις αυτής της μεταπλασίας είναι ευπρόσβλητες σε ένα ισοδύναμο μιας γεννετικής αλλαγής, που οδηγεί τελικά σε ένα κάπως διαφορετικό πλακώδες επιθήλιο, του οποίου ο κυτταρικός πληθυσμός έχει κάπου αποκτήσει νεοπλασματική ισχύ. Αυτό το επιθήλιο είναι που συναντάμε στην άτυπη ζώνη μετάπτωσης και που αποτελεί τον πρόδρομο για το καρκίνωμα *in situ*.

Η άτυπη αυτή ζώνη μετάπτωσης παρουσιάζεται κολποσκοπικά, όπως είπαμε και πιο πάνω, σαν λευκό επιθήλιο με ή χωρίς κεράτωση, διάστιξη, μωσαϊκό και άτυπα αγγεία. Αυτά τα τελευταία ευρήματα ασ τονιστεί ότι θα βρίσκουμε σχεδόν πάντα σε περιοχές δυσπλαστικού επιθηλίου ή καρκινώματος, που ενώ ακόμα δεν έχει διαγνωστεί κλινικά, μπορούμε να το διαγνώσουμε ιστολογικά.

Η κολποσκοπήση εκτελείται με τη βοήθεια του κολποσκοπίου, που επινοήθηκε από τον Hinselmann το 1920. Αυτό αποτελείται από στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο μεγέθυνσης x 10 ως x 40. Η

Διακρίνεται ένα κολποσκοπικό Zeiss, στο κέντρο της εικόνας, συνδεδεμένο με τοπίο (δεξιά), ενώ στο αριστερό μέρος της φωτογραφίας διακρίνεται τραπέζι με τα απαραίτητα για μια κολποσκοπική εξέταση εργαλεία και υλικά.



Στο επάνω μέρος του τραπεζιού και από αριστερά προς τα δεξιά διακρίνονται: Φυσιολογικός ορός, διάλυμα οξικού οξέος 5%, ιωδιούχο διάλυμα Lugol, διάλυμα blue de toluidine, διάλυμα ξυλοκαΐνης και διάλυμα Monsel's (μπροστά από το διάλυμα ξυλοκαΐνης). Στο νεφροειδές υπάρχουν κομμάτια διηθητικού χάρτου για τοποθέτηση των βιοψιών, οι οποίες εν συνεχεία θα βυθιστούν στο διάλυμα ουδέτερης φορμόλης (μικρά πλαστικά φιαλίδια). Διακρίνονται επίσης: μητροσκόπιο μιας χρήσεως, οδοντιατρική σύριγγα για χορήγηση τοπικού αναισθητικού και στο δεξιό άκρο ένα σετ για λήψη Παπ τεστ (σπάτουλα Ayer, βουρτσάκι ενδοτραχηλού και βαμβακοφόροι στειλικοί). Στο κάτω μέρος του τραπεζιού διακρίνεται ένας δίσκος με εργαλεία, ήτοι: ένας διαστολέας του ενδοτραχηλικού σωλήνα, μία λαβίδα λήψεως βιοψιών Tischler, ένα ξέστρο ενδοτραχηλικού αυλού και ένα άγγιστρο (hook).



εστιακή του απόσταση είναι 20-25 εκ. και διαθέτει φωτιστική πηγή, που συγκεντρώνει το φως εκεί που θέλουμε. Τα σύγχρονα κολποσκοπία διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και video.

Για την εκτέλεσή της εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολείς και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, όπως είναι ή ύστερα από καθαρισμό της με φυσιολογικό ορό. Κατόπιν, ακολουθεί εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3%, που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννα, ή με διάλυμα Lugol. Σε περίπτωση που επιθυμούμε τον έλεγχο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, εφαρμόζουμε ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα.

#### Σκοποί της κολποσκοπικής εξέτασης

1. Εντοπισμός της πλέον άτυπης περιοχής προς λήψη βιοψίας.
2. Εκτίμηση της εκτάσεως της βλάβης.
3. Ειδικά για τον τράχηλο της μήτρας, αναγνώριση της ζώνης μετάπτωσης και αξιολόγησή της.
4. Επιλογή ασθενών που μπορούν να θεραπευθούν στο εξωτερικό ιατρείο και αυτών που χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο.
5. Προεγχειρητικός σχεδιασμός (προκειμένου για κωνοειδή εκτομή τραχήλου και για ριζική υστερεκτομή).

#### Ενδείξεις κολποσκοπικής εξέτασης

1. Όλες οι γυναίκες με υποψία νεοπλασίας στο τεστ Παπανικολάου, ανεξάρτητα από ηλικία και σεξουαλική δραστηριότητα.
2. Γυναίκες με αρνητική εξέταση κατά Παπανικολάου, αλλά μακροσκοπικώς ορατή και ύποπτη βλάβη στον τράχηλο.
3. Οποιαδήποτε βλάβη - ύποπτη για κακοήθεια - σε αιδοίο, κόλπο.

4. Γυναίκες που εκτέθηκαν κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής στη διαιθυλστυλβεστρόλη (Des daughters).
5. Παρακολούθηση ασθενών με δυστροφίες αιδοίου, επιθηλιακούς καρκίνους ή ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες κατώτερου γεννητικού συστήματος, όπως και ασθενών με κονδυλώματα, έρπητα και έλκη γεννητικών οργάνων (συμπεριλαμβάνονται άρρενες).

Η κολποσκοπική εξέταση πρέπει να γίνεται με σύστημα. Αρχικά εισάγεται ο κολποδιαστολέας στον κόλπο, κατά τρόπο ώστε να αποκαλυφθεί 100% η επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και να βρίσκεται κάθετα προς τον προσπίπτοντα φωτισμό. Ακολούθως εστιάζεται το κολποσκόπιο σε μικρή μεγέθυνση. Εάν υπάρχει βλέννη στον τράχηλο ή κολπικά υγρά, απομακρύνονται με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στειλεού. Εξυπακούεται ότι εάν πρόκειται να ληφθεί τεστ Παπανικολάου πριν την κολποσκόπηση, τότε η λήψη του προηγείται.

Ο τράχηλος και τα κολπικά τοιχώματα καθαρίζονται με φυσιολογικό ορό και επισκοπούνται κολποσκοπικά σε όλες τις μεγεθύνσεις. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην αγγείωση των ιστών. Προς τούτο χρησιμοποιείται οπωσδήποτε και το πράσινο φίλτρο στο αρχικό αυτό στάδιο της εξέτασης. Η παρατήρηση των αγγείων πρέπει οπωσδήποτε να γίνει και σ' αυτό το αρχικό στάδιο πριν την προσθήκη διαλύματος οξεικού οξέος, διότι εάν προσθέσουμε οξείκό, το λευκό επιθήλιο, που τυχόν θα προκύψει, μπορεί να επικαλύψει την εικόνα των αγγείων.

Τα κολποσκοπικά ευρήματα διακρίνονται σε καλοήθη και ύποπτα.

Καλοήθη είναι το φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο, η φυσιολογική ζώνη μεταπτώσεως, το εκτρόπιο και οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Υποπτα ευρήματα θεωρούνται :

- (1) Λευκωπές περιοχές, χωρίς εμφανή αγγεία, που προβάλλουν σε σχέση με την υπόλοιπη επιφάνεια του τραχήλου (λευκοπλακία).
- (2) Λευκωπές περιοχές με λεπτά και πυκνά ερυθρά στίγματα (διάστιξη).
- (3) Μικρές λευκωπές περιοχές σαν πλακόστρωτο με εξέρυθρα τα μεταξύ τους διαστήματα (μωσαϊκό).
- (4) Αγγεία με ακανόνιστες διακλαδώσεις, αυξομείωση του εύρους τους και ανώμαλη διαδρομή (άτυπα αγγεία).

Η έκταση, η ένταση και ο συνδυασμός των παραπάνω ευρημάτων προσδιορίζουν το βαθμό της βλάβης.

Ο κολποσκοπικός έλεγχος αξιολογείται μόνον εφόσον αποκαλύπτεται και ελέγχεται ολόκληρη η ζώνη μεταπτώσεως του επιθηλίου, γεγονός το οποίο δεν είναι πάντοτε εφικτό.

#### Μικροκολποϋστεροσκόπηση

Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου, και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου, και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση.

Η κολπο-τραχηλομικροσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολπο-τραχηλομικροσκοπίου, που μοιάζει με το κολπο-τραχηλοσκόπιο, αλλά διαφέρει στο ότι η μεγέθυνση είναι μεγαλύτερη, όπως του μικροσκοπίου, και στο ότι ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή. Πριν από την εξέταση χρωματίζουμε τον τράχηλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανό της τουλοϊδίνης ή του Evans για 1 λεπτό.

Οι ενδείξεις της κολπο-τραχηλομικροσκοπησης είναι σχεδόν οι ίδιες με της κολποτραχηλοσκοπησης, με τη διαφορά πως δεν μπορεί ν' αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης, αλλά ειδικότερη μέθοδο εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των κυτταρικών αλλοιώσεων.

Σε χρώση με το μπλε του Watermann το πλακώδες επιθήλιο χρωματίζεται μπλε, σε αντίθεση με τα κυλινδρικά κύτταρα, που δεν προσλαμβάνουν τη χρωστική.

Ο ενδοτραχηλικός σωλήνας με τη μικρή μεγέθυνση μας δίνει αρκετές πληροφορίες και μετά την τοποθέτηση 3% οξεικού οξέως είναι δυνατό να ανιχνεύσουμε την πλακωδο-κυλινδρική συμβολή (γραμμή συνένωσης μεταξύ πλακωδών κυττάρων εξωτραχήλου με κυλινδρικά κύτταρα ενδοτραχήλου). Σε μεγαλύτερες μεγεθύνσεις και σε άμεση επαφή με την βλεννογονική επιφάνεια παίρνουμε περισσότερες πληροφορίες σε κυτταρικό επίπεδο.

Μπορούμε να εντοπίσουμε αλλαγές στη ζώνη μετάπτωσης του τραχήλου της μήτρας και να τις χαρακτηρίσουμε σαν καλοήθεις ή κακοήθεις με την κολπομικροϋστεροσκοπηση.

Η εξέταση αυτή προσφέρει μια νέα προσέγγιση στη διερεύνηση και αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN).

Η μικροϋστεροσκοπηση επιτρέπει τη με υψηλή ακρίβεια διερεύνηση της CIN και την ακριβή εντόπιση της βλάβης. Παράλληλα, πάντα προσδιορίζει τη ζώνη μετάπτωσης, ακόμα και αν βρίσκεται στον ενδοτράχηλο. Παράλληλα η μέθοδος αυτή μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη σε μερικές περιπτώσεις διηθητικών νεοπλασιών του τραχήλου, όπως σε μικρού όγκου καρκινώματα, ή καρκίνου που επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο με σκοπό να βελτιώσουμε τα χειρουργικά ή ακτινοθεραπευτικά αποτελέσματα.



Πάντως δεν θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε τη μέθοδο αυτή σαν μέθοδο screening τουλάχιστον για τρεις λόγους: α. Η εκπαίδευση στη συσκευή αυτή απαιτεί κάποιο χρόνο και βασικές γνώσεις κυτταρολογίας, ιστολογίας και παθολογίας. β. Η βιοψία είναι πάντα απαραίτητη για να προσδιορίσει το βαθμό των παρατηρούμενων ανωμαλιών. γ. Η κυτταρολογία και η κολποσκοπηση έχουν πετύχει ένα μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας σαν μέθοδοι screening για την σε αρχικά στάδια διάγνωση του τραχηλικού καρκίνου.

#### Δοκιμασία Schiller

Δοκιμασία Schiller είναι η διαγνωστική 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.

Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο), που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει ανέπαφα τα παθολογικά, γιατί δεν έχουν γλυκογόνο. Είναι γνωστό πως το ιώδιο, που περιέχεται στο διάλυμα, όταν έρθει σ' επαφή με φυσιολογικά κύτταρα, τα βάφει στο χρώμα του. Η επάλειψη του τραχήλου γίνεται μετά διάνοιξη του κόλπου με μητροσκοπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας.

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



Διθηθητικό καρκίνωμα με πολύ  
ανώμαλα αγγεία.

### Ιστοληψία τραχήλου

Ιστοληψία τραχήλου μήτρας είναι διαγνωστική επέμβαση που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του.

Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, όπως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σ' όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάναμε με τη δοκιμασία Schiller.

Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωϊκά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

- Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσής του.
- Σε κάθε περίπτωση που ο κυτταρολογικός έλεγχός του απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις που δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.λπ.

### Αξονική τομογραφία

Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία ή αξονική τομογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που συνίσταται στη λήψη πολλών

εγκάρσιων και διάφορου πάχους τομών του εξεταζόμενου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Η μέθοδος στηρίζεται στην τεχνολογία των ηλεκτρονικών εγκεφάλων, γιατί προγραμματίζει τον έλεγχο, επεξεργάζεται, συνθέτει και απομνημονεύει τις πληροφορίες.

Στις ημέρες μας, η εμφάνιση της μαγνητικής τομογραφίας πιστεύεται πως θα προσφέρει πολυτιμότερες πληροφορίες απ' ό,τι η αξονική τομογραφία.

Οι βασικές ενδείξεις της αξονικής τομογραφίας είναι:

- Ο έλεγχος της έκτασης κακοήθους νεοπλασίας του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.

- Η σταδιοποίηση της νεοπλασίας για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτή εκτιμάται με τα παρακάτω ευρήματα:

1. Έκταση νεοπλασίας.
2. Διήθηση στρωμάτων του λίπους της πυέλου.
3. Επεκτάσεις σε γειτονικά όργανα (ουροδόχο κύστη, περιορθική περιτονία).
4. Μεταστάσεις στα πυελικά τοιχώματα και στους πυελικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες.
5. Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (συκώτι, οστά, πνεύμονες).
6. Υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

- Η διαφορική διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών στην περιοχή της πυέλου.

Η εκτίμηση των ευρημάτων αφορά στους ειδικούς και απαιτεί πείρα.

### Υπέρηχοι στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Η ηχογραφία ή υπερηχογραφία είναι η μέθοδος διερεύνησης διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου σώματος με τη χρησιμοποίηση των υπερήχων.

Οι υπέρηχοι είναι ηχητικά κύματα των οποίων η συχνότητα κυμαίνεται μεταξύ 20.000 και  $10^6$  Hz ή 10 MHz και δεν είναι αντιληπτά από το ανθρώπινο αυτί.

Η ηχοτομογραφία με το σύστημα Gray-Scale χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στη γυναικολογία, διότι επιτρέπει τη διερεύνηση των εσωτερικών κυρίως γεννητικών οργάνων και την ανακάλυψη αρκετών παθολογικών τους καταστάσεων.

Το περίγραμμα της μήτρας οριοθετείται από μια πυκνή ηχογενή γραμμή. Η κοιλότητα της μήτρας αντίθετα σκιαγραφείται από μια άσπρη και γκριζα κυρτή ηχογενή γραμμή. Το σώμα της μήτρας αναγνωρίζεται από τη μορφολογία του και μια ομοιογενή κοκκώδη μορφή, που είναι σχετικά φτωχή σε ηχώ.

Ο τράχηλος της μήτρας εμφανίζεται με τη μορφή παχύτερων ηχογενών γραμμών, ενώ ο κόλπος σκιαγραφείται εν μέρει και τα τοιχώματά του απεικονίζονται σαν δυο παράλληλες ηχογενείς γραμμές.

Μια από τις πρώτες εφαρμογές των υπερήχων στη γυναικολογία ήταν η μελέτη των όγκων των εσωτερικών οργάνων. Οι υπέρηχοι επιτρέπουν σε μια αναλογία 80 έως 92% των περιπτώσεων να επιλυθούν βασικά διαγνωστικά προβλήματα και πιο συγκεκριμένα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του όγκου και προσφέρουν χρησιμότερες πληροφορίες για την υφή, τη σύσταση, την εντόπιση του όγκου και την ακριβή μέτρηση των διαστάσεών του. Είναι μια αξιόλογη

παρακλινική εξέταση και σπουδαίο συμπλήρωμα της γυναικολογικής κλινικής εξέτασης, ιδίως όταν υπάρχει αρχόμενη εγκυμοσύνη ή μεγάλος πόνος στην κοιλιακή χώρα και τη λεκάνη.

Διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιούν τους υπέρηχους για τη μελέτη της καρκινωματώδους επέκτασης του καρκίνου του τραχήλου προς τα παραμήτρια και την παρακολούθηση αυτής της επέκτασης προ και μετά τη ραδιοακτινοθεραπεία.

Η επέκταση στο παραμήτριο εμφανίζεται σαν μια εικόνα ανομοιογενούς υφής και με ασαφή όρια. Η χρησιμοποίηση ειδικών ενδοκολπικών μετατροπέων επιτρέπει την καλύτερη υπερηχητική διερεύνηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

### Βιοψία τραχήλου

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε εθτική περιοχή κατά Schiller, καθώς και σε κάθε εξέλκωση, κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση, για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις.

Για να πάρει κανείς βιοψία από τον τράχηλο, δεν χρειάζεται να προχωρεί σε μεγάλο βάθος, γιατί θα έχει άσκοπη αιμορραγία. Όταν η κολποσκοπική εντύπωση είναι βέβαια ότι υπάρχει μικροδιηθητικός ή διηθητικός καρκίνος, τότε η βιοψία πρέπει να έχει ιεσχωρήσει αρκετά βαθειά στο στρώμα για ευνόητους λόγους.

Δεν χρειάζεται τοπική νάρκωση για λήψη βιοψιών από τον τράχηλο και από το ανώτερο τριτημόριο του κόλπου. Στις υπόλοιπες περιοχές του κατώτερου γεννητικού συστήματος γίνεται τοπική νάρκωση με διάλυμα ξυλοκαΐνης χρησιμοποιώντας την οδοντιατρική σύριγγα *carryl* ή μια σύριγγα ινσουλίνης.

Προκειμένου να πάρουμε βιοψία από τον τράχηλο, κρατάμε στο αριστερό χέρι ένα βαμβακοφόρο στείλεό και στο δεξί τη λαβίδα βιοψίας. Κοιτάμε μέσω του κολποσκοπίου. Μόλις πάρουμε τη βιοψία και χωρίς να αφήσουμε το οπτικό μας πεδίο, τοποθετούμε το βαμβακοφόρο στείλεό στη θέση από την οποία πήραμε τη βιοψία -πιεστικά- και τον κρατάμε στη θέση αυτή με το αριστερό χέρι. Δίνουμε στην αδελφή, που μας βοηθά, τη λαβίδα βιοψίας που περιέχει το κομμάτι του ιστού που πήραμε, ενώ την ίδια στιγμή εκείνη μας δίνει στο δεξί μας χέρι ένα βαμβακοφόρο στείλεό, που έχει εμβραχεί με διάλυμα Monsel's (= διάλυμα υποθειϊκού σιδήρου). Τοποθετούμε το στείλεό με το Monsel's στη θέση του άλλου στείλεού και κρατάμε πιεστικά για μισό λεπτό.

Η βιοψία τραχήλου είναι διαφόρων ειδών:

1. Αφαίρεση μικρού τεμαχιδίου από την παρατηρούμενη βλάβη. Είναι χωρίς πόνο και σχετικά χωρίς αιμορραγία. Το δείγμα είναι περίπου 5 mm σε μέγεθος.
2. Εκτομή. Το κομμάτι που παίρνουμε έτσι, είναι μεγαλύτερο και συνεπώς υπάρχει αιμορραγία που θα απαιτήσει συρραγή του τραύματος.
3. Σφηνοειδής. Εδώ η αφαίρεση ιστού είναι ακόμα μεγαλύτερη και μπορεί να είναι αρκετή και σαν θεραπεία, αφού περιλαμβάνει και υγιή ιστό.
4. Ενδοτραχηλική απόξεση. Συνιστάται στις περιπτώσεις που τα τραχηλικά επιχρίσματα είναι ύποπτα, αλλά η κολποσκοπηση είναι αρνητική. Πρέπει να συνοδεύεται και από απόξεση του ενδομητρίου. Γίνεται και χωρίς αναισθησία με ένα μικρό ξέστρο. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά οι ασθενείς

παρακολουθούνται με επιχρίσματα, ενώ αν είναι θετικά ακολουθεί κωνοειδής βιοψία.

5. Κωνοειδής. Συστείνεται σαν θεραπεία στις περισσότερες γυναίκες με έντονη δυσπλασία ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνο.

Η χρησιμοποίηση της κολποσκοπησης οδήγησε σε μεγάλη αλλαγή ως προς τις ενδείξεις της κωνοειδούς βιοψίας που δεν πρέπει πια να εκτελείται σαν ρουτίνα σε ανώμαλο επίχρισμα.

Διαγνωστική κωνοειδής συστείνεται όταν η ζώνη μετάπτωσης δεν είναι ορατή και έχει αποκλεισθεί ο διηθητικός καρκίνος με την ενδοτραχηλική απόξεση. Επίσης όταν η κολποσκοπηση είναι φυσιολογική και η βιοψία αρνητική, αλλά βρίσκονται επανειλημμένα άτυπα κύτταρα.

Ο κώνος που εξαιρείται έχει μήκος και διάμετρο 15-20 mm. Για να προλάβουμε την αιμορραγία καλή είναι η τοποθέτηση 2 ραμμάτων στα πλάγια του τραχήλου πριν την επέμβαση και ένα τοπικό αναισθητικό με αγγειοσυσταλτική ουσία.

Επιπλοκές μετά την επέμβαση είναι μόλυνση, αιμορραγία και στένωση ή ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου. Παρά το ότι αναφέρεται υπολειπόμενη νόσος έως 35% στο υλικό των υστερεκτομών, η υποτροπή συμβαίνει σε 5-7%, κάτι που ίσως οφείλεται σε καταστροφή της υπολειπόμενης νόσου στη διάρκεια της επούλωσης.

6. Κυκλική βιοψία. Βγάζουμε μια φέτα ιστού έως 5 mm πάχους και έως 10 mm μήκους.

### Τραχηλογραφία

Η τραχηλογραφία είναι μια μέθοδος screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Βασίζεται στη φωτογράφιση του τραχήλου,



μετά από την εμβροχή του με διάλυμα οξεικού οξέος. Η μέθοδος περιγράφηκε το 1981 από τον Adolf Stafl.

Το τραχηλοσκόπιο είναι μια αυτόματη φωτογραφική μηχανή 35 mm, με ενσωματωμένο μακρο-φακό 100 mm, δυνατό "flash" και ηλεκτρονική μνήμη, για την καταγραφή δεδομένων (database).

Η διαδικασία είναι σχετικά απλή και γίνεται συνήθως σε συνδυασμό με τη λήψη ενός τεστ Παπανικολάου γιατί πιστεύεται ότι ο συνδυασμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχή ανίχνευση τόσο των προκαρκινικών αλλοιώσεων όσο και του καρκίνου του τραχηλικού επιθηλίου, σε ποσοστό 90%. Ο τράχηλος εμβρέχεται με διάλυμα οξεικού οξέος 5% για 2-3 λεπτά. Το τραχηλοσκόπιο εστιάζεται από ειδικά εκπαιδευμένο άτομο, σε τρόπο ώστε να είναι ορατή ολόκληρη η επιφάνεια του τραχήλου και κατόπιν γίνεται η λήψη φωτογραφίας. Εάν κρίνεται σκόπιμο, ακολουθεί και η λήψη φωτογραφίας μετά από χρώση του τραχήλου με διάλυμα lugol. Ακολουθεί η μελέτη των φωτογραφιών αυτών, που προβάλλονται σε οθόνη, σε τρόπο ώστε η εικόνα να αντιστοιχεί σε κολποσκοπικό είδωλο 1 X 16.

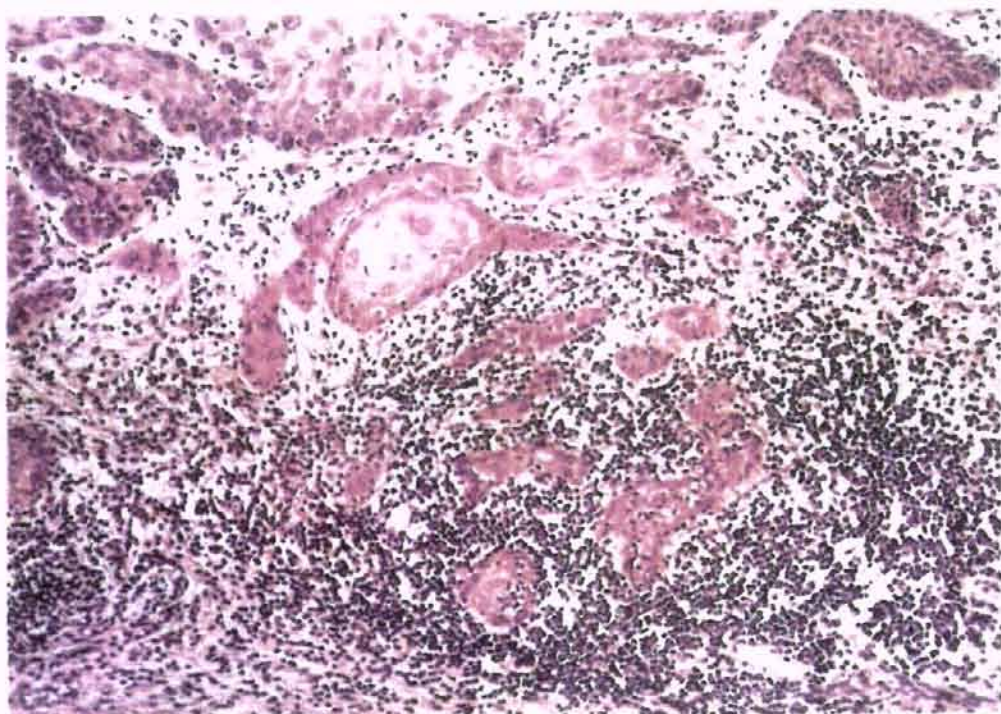
Η τραχηλογραφία δεν μπορεί να συγκριθεί σαν διαγνωστική μέθοδος με την κολποσκοπική εξέταση, σίγουρα όμως αποτελεί μια βοηθητική μέθοδο, που συντελεί ώστε να ανευρεθούν οι ασθενείς που έχουν ανάγκη κολποσκοπικής αξιολόγησης. Σε κάθε περίπτωση που η ζώνη μεταπτώσεως δεν είναι ορατή σε όλη της την έκταση και υπάρχει ατυπία, επιβάλλεται να ακολουθήσει κολποσκοπική εξέταση. Σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης από 45 έτη, η τραχηλογραφία δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αφού συνήθως ένα μέρος της ζώνης μεταπτώσεως ευρίσκεται στον ενδοτραχηλικό σωλήνα.

Το μεγάλο πλεονέκτημα της τραχηλογραφίας είναι ότι δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο σε σχέση με την κολποσκοπική εξέταση, η

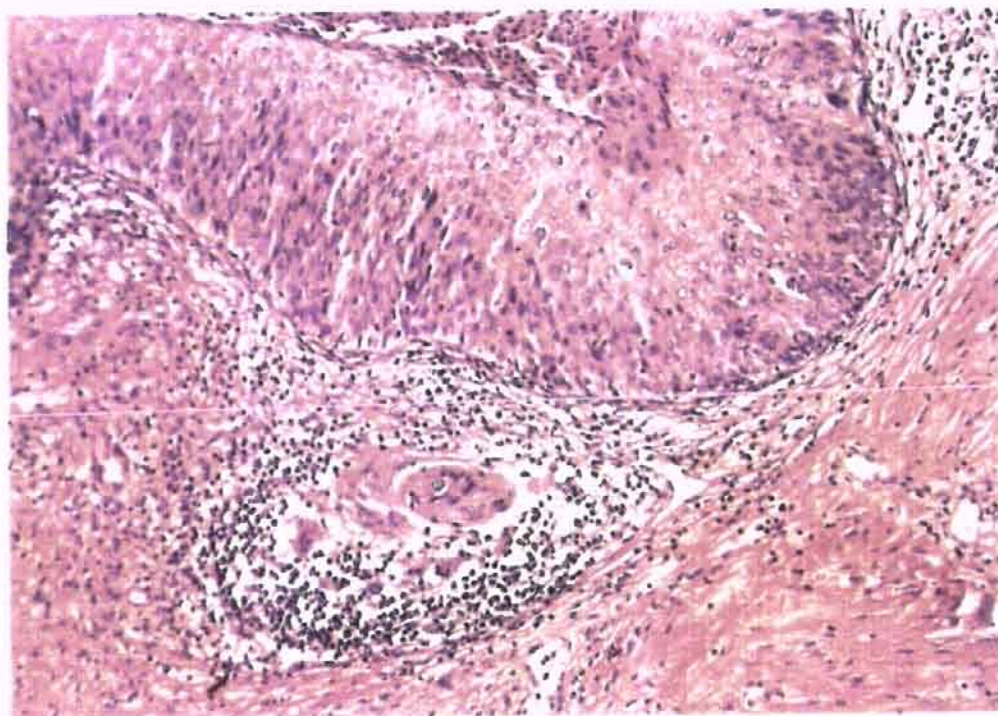
οποία απαιτεί κατά μέσο όρο είκοσι λεπτά. Πρέπει να αναφερθεί εδώ, ότι η τραχηλογραφία δεν προτάθηκε για να υποκαταστήσει την κολποσκοπική εξέταση, αλλά σαν μέθοδος screening. Έχει ανακοινωθεί μάλιστα και μια περίπτωση στην οποία το τεστ Παπανικολάου ήταν αρνητικό και υπήρχε καρκίνος στον τράχηλο που ανιχνεύθηκε από την τραχηλογραφία. Έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες σχετικά με την αξία της τραχηλογραφίας. Όπως αποδεικνύεται, σε μια από τις καλύτερες και μεγαλύτερες έρευνες, το μεγάλο πρόβλημα με τη μέθοδο αυτή είναι ο μεγάλος αριθμός ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (80,6%). Αυτό προέκυψε από περιπτώσεις ασθενών, στις οποίες το πόρισμα της τραχηλογραφίας ανέφερε CIN και υπεβλήθησαν κατόπιν σε κολποσκοπική εξέταση.

Μέχρι στιγμής φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή προσφέρει πολλά στη σωστή αξιολόγηση ασθενών με ελαφρά ατυπία στο τεστ Παπανικολάου, όπως και στην παρακολούθηση ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για CIN. Επίσης, όπως τονίσθηκε και ανωτέρω, η μέθοδος αυτή, όταν συνδυάζεται με τη λήψη του τεστ Παπανικολάου, προσφέρει αρκετή βοήθεια για να επιλέγονται οι ασθενείς που έχουν ανάγκη κολποσκοπικής εξέτασης. Η αξία όμως της τραχηλογραφίας, ως αυτόνομης μεθόδου για τον έλεγχο του πληθυσμού, δεν έχει διευκρινισθεί ακόμη πλήρως.

Η μέθοδος αυτή, αν και είναι γνωστή στην Ελλάδα, δεν έχει ακόμα εφαρμοσθεί.



*Μικροδιδηθητικό καρκίνωμα*



*Μικροδιδηθητικό καρκίνωμα*

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι προληπτική, χειρουργική, με ακτινοβολίες, με χημειοθεραπευτικά φάρμακα και παρηγορητική.

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 ακτινοάντοχοι.
2. Μετά την ακτινοβολία εμφανίζονται υποτροπές.
3. Η ακτινοβολία δεν θεραπεύει μεταστάσεις στους λεμφαδένες.
4. Με την εγχείρηση μπορούν να διατηρηθούν οι ωθήκες 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 κακοήθειά της.

Οι θιασώτες της ακτινοθεραπείας ισχυρίζονται πως:

1. Το πρόβλημα της ακτινοαντοχής ξεπερνιέται με τη χρησιμοποίηση ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας.
2. Οι υποτροπές οφείλονται σε ανάπτυξη νέων καρκίνων.
3. Σε πολλές περιπτώσεις σήμερα ελέγχονται ακτινοθεραπευτικά και οι λεμφαδένες.
4. Οι ακτινικές βλάβες εξαρτώνται από την πείρα του ακτινοθεραπευτή.

5. Δεν υπάρχει άμεση θνησιμότητα όπως μπορεί να συμβεί ύστερα από εγχείρηση.
6. Μπορεί να εκτελεστεί σε 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 δυο 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 δεν έχει σχέση μόνο με την έκταση της βλάβης και την ηλικία της γυναίκας, αλλά και με τη 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 πεία και εγχειρητική δεξιοτεχνία του γιατρού που θα εκτελέσει την εγχείρηση και με την οργάνωση του χώρου μέσα στον οποίο θα την αποφασίσει.

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει:

**Κωνοειδή εκτομή του τραχήλου.**

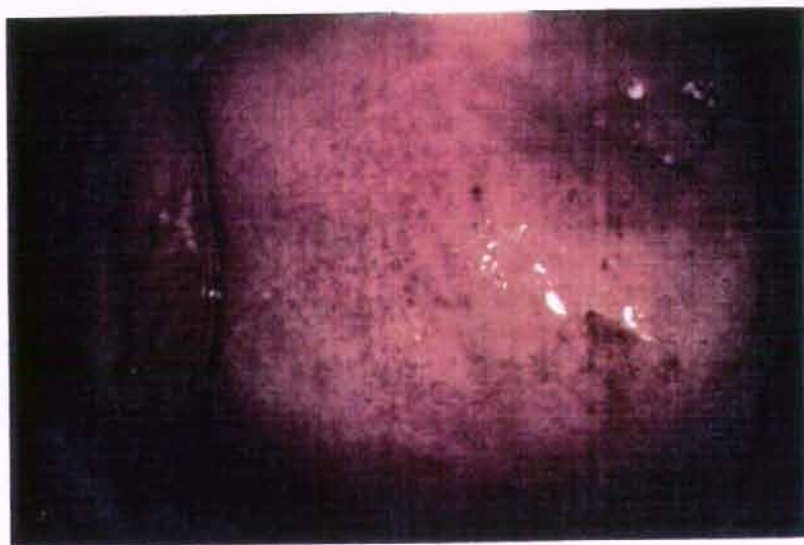
**α) Με νυστέρι**

Ενδείξεις κωνοειδούς εκτομής:

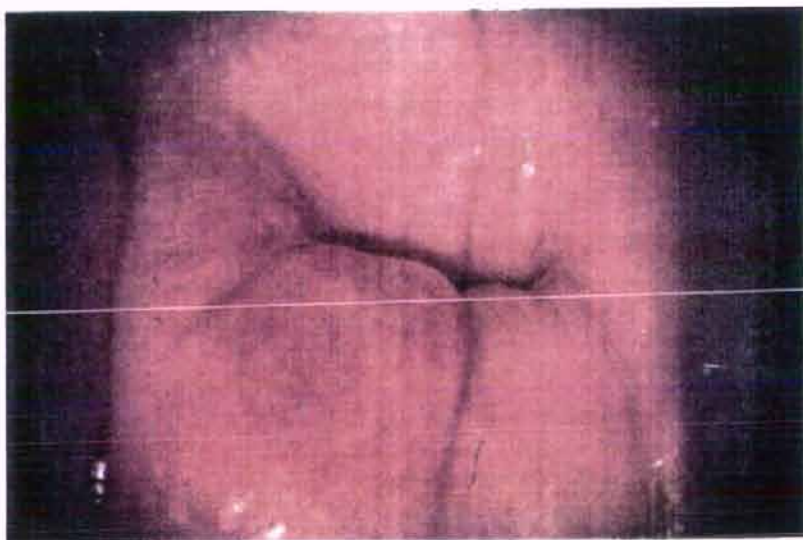
- Υποψία μικροδιηθητικού ή διηθητικού καρκίνου.
- Μη ικανοποιητική κολποσκοπική εξέταση.
- Ξέσματα ενδοτραχήλου θετικά για CIN.
- Σοβαρού βαθμού CIN ή ενδοεπιθηλιακός καρκίνος.



Τράχηλος. Ατροφικό επιθήλιο. Επειδή το ατροφικό επιθήλιο είναι λεπτό, η απεικόνιση του υποκείμενου αγγειακού δικτύου είναι αρκετά έντονη. Στο δεξιό τμήμα της εικόνας διακρίνονται υποεπιθηλιακές αιμορραγίες.



Τράχηλος μετά από κωνοειδή εκτομή στην οποία έχουν χρησιμοποιηθεί ράμματα τύπου Sturmdorf.



- Ασυμφωνία μεταξύ κυτταρολογικής, κολποσκοπικής και ιστολογικής εξέτασης.

Ο όρος κωνοειδής εκτομή χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως και περιλαμβάνει την κλασική κωνοειδή εκτομή με νυστέρι, την κωνοειδή εκτομή με laser και την αφαίρεση αντίστοιχου τμήματος του τραχήλου με αγκύλη διαθερμίας.

Η κωνοειδής εκτομή είναι απολύτως απαραίτητη στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει υποψία μικροδιηθήσεως και σε νέες γυναίκες με καρκίνωμα *in situ* για να μη στερηθούν τη 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 έλεγχο του.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για 5 χρόνια.

Η κλασική κωνοειδής εκτομή με νυστέρι έχει αρκετές επιπλοκές, που περιλαμβάνουν πρωτοπαθή και δευτεροπαθή αιμορραγία, φλεγμονή, στένωση του τραχηλικού αυλού και αυξημένη συχνότητα αποβολών στις μετέπειτα κυήσεις. Όπως απέδειξαν οι Luesley και συνεργάτες, οι επιπλοκές, που σχετίζονται με τη μετέπειτα λειτουργικότητα του τραχήλου, είναι συνυφασμένες με το μέγεθος του κώνου. Επομένως οι επιπλοκές αυτές μπορούν να μειωθούν, εάν προσαρμοσθούν οι διαστάσεις του κώνου στις ανάγκες του κάθε περιστατικού. Εάν τηρηθούν αυτές οι προϋποθέσεις, όχι μόνο έχουμε λιγότερες επιπλοκές αλλά δεν υπάρχουν και υποτροπές της νόσου μετά την κωνοειδή εκτομή.

### β) Εκτομή με laser

Εφαρμόστηκε πρώτη φορά το 1976 από το Toaft. Η κωνοειδής εκτομή με laser έχει σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι της κλασικής με νυστέρι. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ότι εκτελείται μέσω του κολποσκοπίου και μ' αυτό τον τρόπο ο χειρουργός είναι σε θέση να καθορίζει τα ακριβή όρια της τομής. Ένα δεύτερο πλεονέκτημα είναι ότι έχουμε ελάχιστη απώλεια αίματος, αφού με τη δέση laser επιτυγχάνεται συγχρόνως αιμόσταση στα αγγεία που έχουν διάμετρο μέχρι 0,5 mm. Ένα τρίτο σπουδαίο πλεονέκτημα της κωνοειδούς με laser, είναι ότι γίνεται με τοπική αναισθησία, χωρίς να χρειάζεται εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό πλεονέκτημα η ευχέρεια, που παρέχεται στο χειρουργό, να σχεδιάσει όπως θέλει το τμήμα που πρόκειται να αφαιρέσει και μετά να δημιουργήσει εστροφή του τραχηλικού στομίου, σε τρόπο ώστε να αποφύγει μετεγχειρητικές στενώσεις.

### Κρυοπηξία

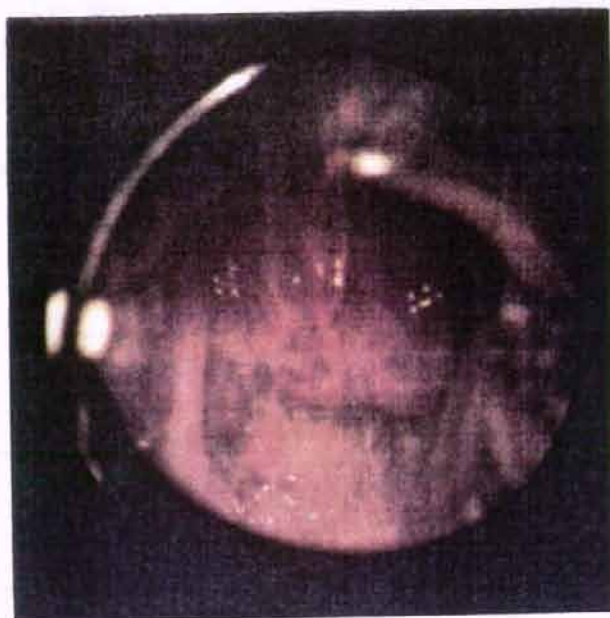
Είναι μια απλή μέθοδος θεραπείας. Προτιμάται στις ίδιες περιπτώσεις, όπου και η κωνοειδής εκτομή, δηλαδή στη βαριά δυσπλασία και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, γιατί προξενεί λιγότερες βλάβες, δεν παραβλέπει την αναπαραγωγή όσο η κωνοειδής εκτομή και δεν απαιτεί αναισθησία.

Συνίσταται σε "βαθεία" ψύξη του τραχηλικού επιθηλίου, το οποίο με τον τρόπο αυτό καταστρέφεται. Η τεχνική είναι πολύ εύκολη. Η ψύξη εφαρμόζεται για 3 λεπτά, ακολουθεί μια διακοπή 5 λεπτών και εν συνεχεία ψύξη για άλλα 3 λεπτά. Πρέπει να δίνεται





Τράχηλος σε φάση επούλωσης 7 ημέρες μετά από εξαχνωση με Laser CO<sub>2</sub>.



Τράχηλος σε φάση επούλωσης 14 ημέρες μετά εξαχνωση με Laser CO<sub>2</sub>.



Εικόνες καλής επούλωσης 1 χρόνο μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου με Laser CO<sub>2</sub>.

ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να επιτυγχάνεται ψύξη μέχρι 5 mm περιφερικά της αλλοιώσεως. Με τη μέθοδο αυτή καταστρέφεται ο ιστός μέχρι βάθους 3 mm.

Δυστυχώς δεν υπάρχει βεβαιότητα σχετικά με το βάθος στο οποίο καταστράφηκε ο ιστός. Αρκετές φορές η καταστροφή του είναι ανεπαρκής, αφού το δυσπλαστικό επιθήλιο εκτείνεται μέσα στις τραχηλικές κρύπτες μέχρι βάθους 6 mm. Αυτό είναι και το κύριο μειονέκτημα της κρυοπηξίας σε σχέση με τις άλλες μεθόδους καταστροφής του επιθηλίου (ηλεκτροκαυτηριασμό και Laser-εξάχνωση). Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η στένωση του τραχηλικού στομίου, που εμφανίζεται αρκετές φορές μετά από κρυοπηξία σε άτοκες γυναίκες και που καθιστά δύσκολη τη λήψη κυτταρολογικού επιχρίσματος από τον ενδοτράχηλο.

Γενικά η κρυοθεραπεία θεωρείται ως κακή επιλογή σε αλλοιώσεις πολύ μεγάλης εκτάσεως και σε αυτές που επεκτείνονται στον ενδοτραχηλικό αυλό.

### Ηλεκτροκαυτηριασμός

Συνίσταται στην καταστροφή του πάσχοντος επιθηλίου με τη θερμότητα. Απαιτείται γενική νάρκωση. Υπάρχει δυνατότητα για έλεγχο του βάθους μέχρι το οποίο καταστρέφεται ο ιστός. Συνήθως χρησιμοποιείται ηλεκτρόδιο με ειδική βελόνη στο άκρο του.

Η καταστροφή του ιστού θεωρείται ικανοποιητική από άποψη βάθους, όταν σταματά να εμφανίζεται βλέννη. Η επέμβαση αυτή απαιτεί συνήθως νοσηλεία μιας ημέρας και σπανίως εμφανίζονται επιπλοκές (φλεγμονή, στένωση τραχηλικού στομίου).

### Laser-εξάχνωση

Η χρήση των ακτίνων laser στη θεραπεία των CIN θεωρείται απολύτως επιτυχής.

Λίγο πριν την εξάχνωση με laser γίνεται επανεκτίμηση της ζώνης μεταπτώσεως με το κολποσκόπιο, μετά από εφαρμογή διαλύματος οξεικού οξέος. Στη συνέχεια γίνεται διήθηση του τραχήλου με διάλυμα ξυλοκαΐνης - επινεφρίνης. Κατ' αρχήν οριοθετείται με τη δέσμη laser η περιοχή που πρόκειται να εξαχνωθεί. Η εξάχνωση του ιστού επιτυγχάνεται με κυκλωτερείς ή γραμμικές κινήσεις της δέσμης υπό κολποσκοπικό έλεγχο.

Η εξάχνωση με laser έχει αρκετά πλεονεκτήματα, συγκρινόμενη με την κρυοπηξία και τον ηλεκτροκαυτηριασμό. Μπορεί να επιτευχθεί καταστροφή των ιστών και μάλιστα υπό κολποσκοπικό έλεγχο, σε οποιοδήποτε επιθυμητό βάθος, εύρος και σχήμα. Η καταστροφή των περίξ ιστών είναι ελάχιστη σε σύγκριση με τις άλλες δυο μεθόδους και η συνολική μάζα του τραχήλου αποκαθίσταται πλήρως. Η φλεγμονή είναι εξαιρετικά σπάνια. Επίσης, χρησιμοποιώντας την κατάλληλη τεχνική, αποκαθίστανται πλήρως και οι ανατομικές σχέσεις (εύρος εξωτραχηλικού στομίου, ενδοτράχηλος προσιτός για κυτταρολογική παρακολούθηση, ορατή νέα συμβολή πλακώδους - κυλινδρικού επιθηλίου). Χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία η επέμβαση είναι καλώς ανεκτή και μόνο ένα 10% των ασθενών παραπονούνται για ελαφρά ενοχλήματα. Η μόνη αξιοσημείωτη επιπλοκή είναι η εμφάνιση μετεγχειρητικής αιμορραγίας σε ένα 2% των ασθενών. Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει κατά κανόνα στις ασθενείς που δεν τήρησαν τις μετεγχειρητικές οδηγίες (αποφυγή έντονης σωματικής άσκησης, άρσης βαρών, δυσκοιλιότητας, αποφυγή χρησιμοποίησης κολπικών tampons

και αποφυγή συνουσίας τις πρώτες 3-4 βδομάδες). Τέλος, μια άλλη σπανιότερη επιπλοκή είναι η στένωση του τραχηλικού στομίου. Αυτό το ενδεχόμενο μειώνεται ακόμα περισσότερο εάν επιχειρηθεί κάποιου βαθμού εκτροφή του ενδοτραχηλικού αυλού κατά το χρόνο της εξάχνωσης.

Τα ποσοστά υποτροπής του CIN με laser-εξάχνωση είναι πολύ μικρά, αλλά οι περιπτώσεις με υποτροπή πρέπει να μην αντιμετωπίζονται με δεύτερη εξάχνωση.

### Απλή υστεροεκτομία

Θα την εκτελέσουμε:

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

2) Σε ηλικιωμένες γυναίκες θα την εκτελέσουμε στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο Ia, 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 προτιμάμε την κολπική υστερεκτομία.

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

### Ριζική υστερεκτομία

Αυτή θα την εκτελέσουμε στα στάδια I και II, όταν η άρρωστη έχει ελεύθερη από μεταστάσεις την ουροδόχο κύστη, ελεύθερο το

ορθό, ελεύθερους τους ουρητήρες και τους πνεύμονες 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 υστερεκτομία είναι κοιλιακή (Wertheim) ή κολπική (Schaufa) 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, από τραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του.

Οι εγχειρήσεις αυτές προϋποθέτουν πείρα και εγχειρητική ικανότητα. Η επιβίωση, ύστερα από 5 χρόνια μετά την εκτέλεσή τους, δεν ξεπερνά το 50%.

Η εγχείρηση αυτή έχει σκοπό, μαζί με την ολική εξαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων, να πετύχει και την εξαίρεση του πάνω τριτημορίου του κόλπου, τμήματος των ιερομητρικών συνδέσμων μήκους 3 εκ. περίπου, του παραμήτριου, παρακυστικού, παρατραχηλικού και παραορθικού ιστού, μαζί με τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες που βρίσκονται μέσα σ' αυτόν και περιβάλλουν τα αιμοφόρα αγγεία και τον ουρητήρα και μέχρι τους θυροειδικούς λεμφαδένες (υπερριζική). Η εγχείρηση είναι μεγάλη και απαιτεί ικανή πείρα του χειρουργού και καλά οργανωμένο χειρουργείο. Δεν εκτελείται σε προχωρημένο καρκίνο, σε ηλικιωμένες ή παχύσαρκες γυναίκες, σε όσες πάσχουν από καρδιοπάθεια ή πνευμονοπάθεια. Στις περιπτώσεις αυτές είναι προτιμότερες η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

### Υπερριζική υστερεκτομία

Αυτή θα την εκτελέσουμε στο I και II στάδιο του καρκίνου με σκοπό, μαζί με τον παραμήτριο ιστό, να περιλάβουμε στην εξαίρεση και τους ιστούς που βρίσκονται στην περιοχή του θυροειδούς νεύρου και αυτών που καλύπτουν τα τοιχώματα της πυέλου και του ανελκίτηρα του πρωκτού, τους παρακυστικούς, παρακολπικούς και παραορθικούς ιστούς. Ακόμα προβαίνουμε στην εξαίρεση, τουλάχιστο του ανώτερου τριτημορίου του κόλπου. Στο εγχειρητικό παρασκευάσμα πρέπει ν' αναζητήσουμε την ύπαρξη τουλάχιστον 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 από αυτούς που πιστεύουν, πως ύστερα από υπερριζική υστερεκτομία η επιβίωση μετά πενταετία είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση της συνηθισμένης ριζικής υστερεκτομίας (50% και 60% αντίστοιχα).

Η ριζική και περισσότερο η υπερριζική υστερεκτομία απαιτούν περεια και εγχειρητική ικανότητα από μέρος του χειρουργού, γιατί οι επιπλοκές κατά την εγχείρηση και μετεγχειρητικά είναι σοβαρές. Οι συχνότερες επιπλοκές των υστερεκτομών είναι:

- Η διαφυγή αγγείου ή η τρώση του και ο σχηματισμός αιματώματος στα παραμήτρια. Αυτές μπορούν να συμβούν στην περιοχή των λαγονίων, ωθηκικών, των μητριάων και των άνω κυστικών αγγείων.
- Η τρώση ή η διατομή του ουρητήρα, που είναι δυνατό να συμβεί εκεί που αυτός διασταυρώνεται με τα ωθηκικά αγγεία, εκεί που βρίσκεται κάτω από το περιτόναιο της μικρής πυέλου και εκεί που περνάει κάτω από τη μήτριάα αρτηρία.

- Η κάκωση της ουροδόχου κύστεως.
- Δημιουργία ουρητηροκολπικού συριγγίου.
- Πρόπτωση του κολοβώματος του κόλπου.
- Θρομβοφλεβίτιδα.
- Παραλυτικός ειλεός.

### Πυελική εξεντέρωση

Η εγχείρηση εκτελείται σε προχωρημένο καρκίνο και σε υποτροπές του. Πετυχαίνουμε την κένωση της πυέλου από τα όργανά της, με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστεως και μονίμως παρά φύση έδρας.

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

Οι ενδείξεις της είναι περιορισμένες και απαιτεί αυστηρή επιλογή ασθενών, κατάλληλη προεγχειρητική αγωγή, καθορισμό του πεδίου που θα εξαιρεθεί, μεγάλη πείρα από μέρους του χειρουργού και ειδικά οργανωμένο χώρο. Στην εποχή μας αποφεύγεται.

### Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την υψηλή ενέργεια των ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων για να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα. Εφαρμόζεται μόνο όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις

και συνίσταται στην ακτινοβολήση συνδυασμού υπερδυναμικής ακτινοβολίας και ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας.

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

Πριν από την ακτινοθεραπεία πρέπει να προετοιμασθεί η άρρωστη ψυχολογικά, να διορθώσουμε την αναιμία της και να θεραπεύσουμε τοπικές φλεγμονές. Σηπτικές καταστάσεις αυξάνουν την ανοξυγοναιμία των ιστών. Πρέπει ακόμη να προηγηθεί έλεγχος για μεταστάσεις στους νεφρούς, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην πύελο κ.λπ.

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

- Ενδοκοιλοτική. Αυτή γίνεται με την εφαρμογή κυλίνδρων ή βελονών ή σφαιριδίων από πλατίνη ή από κράμα Mue1, που περιέχουν ένα ραδιενεργό ισότοπο (ράδιο, κοβάλτιο, καίσιο κ.λπ.) στον κόλπο, στον κόλπο, στον τράχηλο ή στη μήτρα. Αυτό θα καταστρέψει τον πρωτοπαθή όγκο και τμήμα οποιασδήποτε πυελικής μετάστασης.

Η τοποθέτηση γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

1) Μέθοδος Παρισίων. Σ' αυτή χρησιμοποιούμε πηγές μικρές έντασης, αλλά για περισσότερο χρόνο (120 συνεχείς ώρες). Σήμερα δεν προτιμάται.

2) 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.



3) Μέθοδος Manchester. Σ' αυτή καθορίζονται δυο σημεία αναφοράς μέσα στη μικρή πύελο. Το σημείο A, 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 B, που βρίσκεται 3 εκ. πλάγια από το σημείο A, δηλαδή 5 εκ. έξω από τον άξονα του αυλού του τραχήλου.

Η δόση που χορηγείται στο σημείο A ανέρχεται σε 7.000 - 8.000 rads και στο σημείο B 2.000 - 2.500 rads. Οι εφαρμογές ανέρχονται σε 2-3, η κάθε μια διαρκεί 72 περίπου ώρες και το χρονικό διάστημα, που περνάει από τη 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 γραμμάριο ιστού. Αντί για ράδιο χρησιμοποιούμε κοβάλτιο ή καίσιιο.

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

- Ενδοκοιλιοτική - 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.

- 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 προτιμάνε την ενδοκοιλοτική ακτινοβολία και μετά 4 εβδομάδες την εκτέλεση εγχείρησης.

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

Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας είναι:

α) Οι άμεσες επιπλοκές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, είναι παροδικές και δεν οδηγούν σε μόνιμες βλάβες. Τέτοιος είναι ο πυρετός που προέρχεται από τοπική φλεγμονή. Επίδραση στο ουροποιητικό σύστημα επιφέρει κυστίτιδες, συχνουρία και δυσουρία. Στο πεπτικό σύστημα η διάρροια, η ναυτία, η πρωκτίτις και μερικές φορές η αιμορραγία είναι συχνά, αλλά συνήθως μικρής διάρκειας, απαιτούν όμως αρκετούς μήνες για την πλήρη εξαφάνισή τους.

Ακόμα μπορεί να παρουσιαστεί μια λευκωπή μεμβράνη που καλύπτει το κολπικό επιθήλιο, αλλά εξαφανίζεται μετά από διάστημα τριών περίπου εβδομάδων.

β) Οι έμμεσες επιπλοκές εμφανίζονται μέσα σε 6-24 μήνες.

Στο γεννητικό σύστημα: η ωοθηκική λειτουργία καταστρέφεται, η μήτρα καθίσταται ινώδης και μερικές φορές εμφανίζεται πυόμητρα. Συχνά παρατηρείται στένωση του κόλπου.

Στο ουροποιητικό σύστημα έχουμε τη δημιουργία συριγγίου λόγω εκτεταμένης καταστροφής των αιμοφόρων αγγείων. Η απόφραξη του ουρητήρα είναι σπάνια επιπλοκή.

Στο πεπτικό σύστημα το εντεροκολπικό συρίγγιο είναι δυνατό να παρατηρηθεί. Ακόμη σε ποσοστό 1% εμφανίζεται βλάβη στο λεπτό έντερο. Η συχνότητα βλάβης του ορθού (έλκος, στένωση, συρίγγιο) είναι περίπου 2,4%.

Στα οστά της πυέλου, με τη χρησιμοποίηση της συσκευής megavoltage ο κίνδυνος της ισχαιμικής νέκρωσης και του αυτόματου κατάγματος είναι πολύ μικρός. Η πιο συχνή βλάβη η οποία παρατηρείται είναι το κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού.

Στο δέρμα μπορεί να εμφανιστεί ερύθημα και εξέλκωση.

### Χημειοθεραπεία

Όταν δεν μπορούμε να βοηθήσουμε την άρρωστη με εγχείρηση και ακτινοθεραπεία, καταφεύγουμε στη χημειοθεραπεία, κάτω από έλεγχο των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων.

Τα αντικαρκινικά φάρμακα που χρησιμοποιούμε, είναι τα παράγωγα του αζωθυπερίτη, όπως η κυκλοφωσφαμίδη (cytoxan, endoxan) και η σαρκολυσίνη (alkeran), για το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου, το αλκαλοειδές βινιριστίνη (opcovin), το αντιβιοτικό αδριαμυσίνη, για τις υποτροπές, η μπλεομυσίνη (bleomoxane), για το επιδερμοειδές καρκίνωμα, και η απλή χημική ουσία υδροξυουρία, που μοιάζει με την ουρία και προάγει τη ραδιευαισθησία.

Τελευταία προτιμάται η χορήγηση του cisplatinum, μόνου ή συνδυασμένου με άλλα αντικαρκινικά φάρμακα, η bleomycin (5 mg την ημέρα για μια εβδομάδα), η mitomycin (20 mg την επόμενη ημέρα

μετά τη χορήγηση της bleomycin), η doxorubicin και η methotrexate.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου αποτελεί έργο ομαδικό, του χειρουργού - γυναικολόγου, του ακτινοθεραπευτή, του χημειοθεραπευτή και του παθολογοανατόμου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη επί καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ σπάνια, λόγω των έντονων αλλοιώσεων που παρεμποδίζουν τη δίοδο των σπερματοζωαρίων και κυρίως γιατί η πάθηση παρουσιάζεται μετά το 40ο έτος της ηλικίας της γυναίκας, που η γονιμότητα είναι πολύ περιορισμένη ή ανεπιθύμητη. Η συχνότητα σ' αυτή την περίπτωση είναι 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 τη βιολογική συμπεριφορά του, παρά από την εγκυμοσύνη.

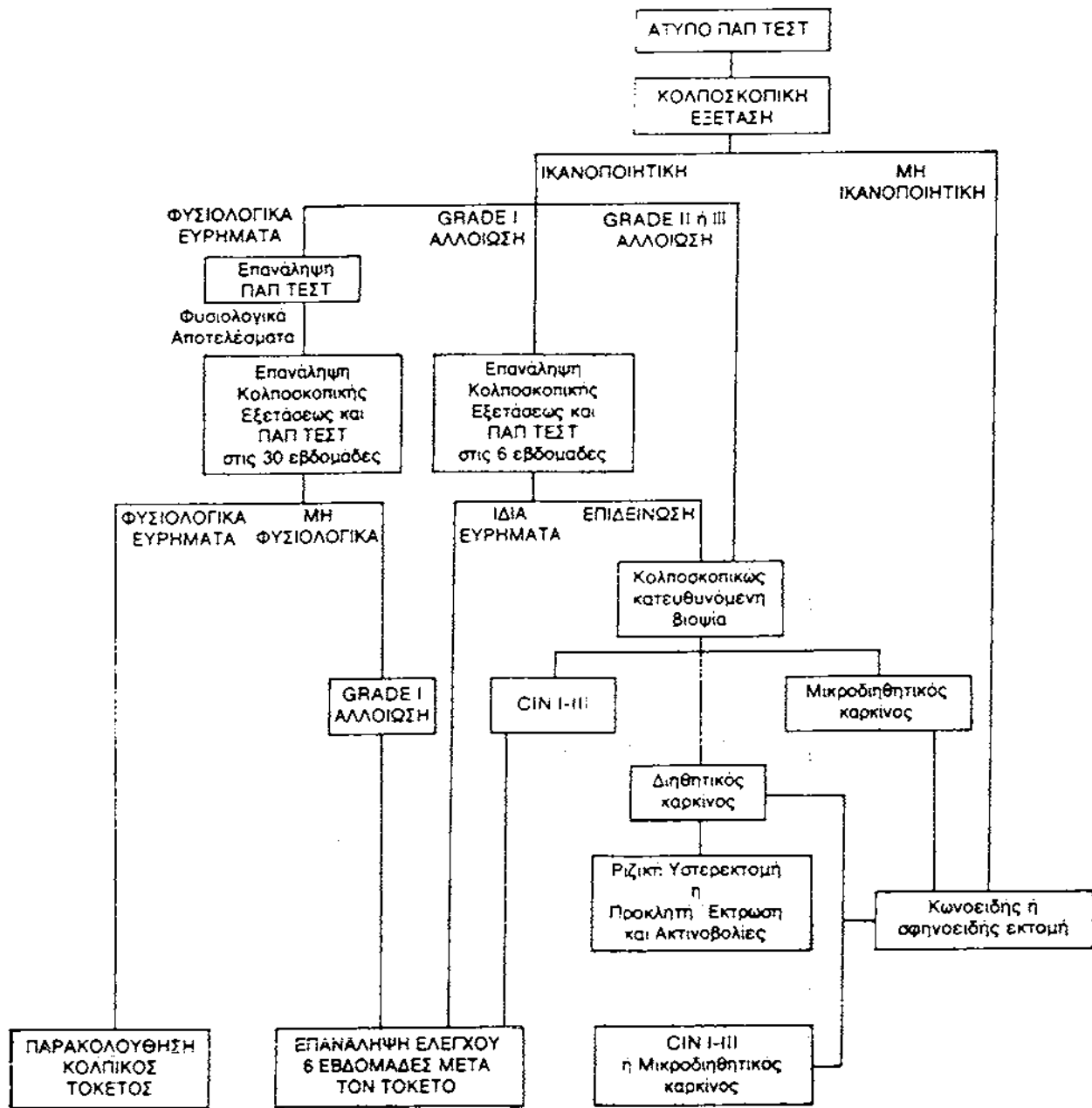
Η αντιμετώπιση της κατάστασης από τους γυναικολόγους εξαρτάται από τη μορφή του καρκίνου, την ηλικία της γυναίκας και της εγκυμοσύνης, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, από την επιθυμία της ν' αποκτήσει παιδιά κ.λπ.

Στην περίπτωση που πρόκειται με βεβαιότητα για καρκίνωμα *in situ*, η κύηση αφήνεται να φτάσει στο τέρμα, χωρίς να υπάρχει αντένδειξη για κολπικό τοκετό. Μετά τη λοχεία αντιμετωπίζεται η βλάβη όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Αλλωστε η κύηση φαίνεται να ασκεί έναν προστατευτικό ρόλο, όσον αφορά την εξάπλωση του καρκινώματος *in situ*.

Το διηθητικό καρκίνωμα εκδηλώνεται με αιμορραγία, αλλά η διάγνωση συνήθως διαφεύγει, με τη σκέψη ότι πρόκειται για αιμορραγία από την κύηση. Στο πρώτο τρίμηνο γίνεται ακτινοβολία

(με κοβάλτιο) και αναμένεται να ακολουθήσει η αυτόματη έκτρωση και στη συνέχεια έχουμε ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου. Στο δεύτερο τρίμηνο γίνεται αρχικά μικρή καισαρική τομή για διακοπή της κύησης και ακολουθεί ακτινοβολία με ράδιο και στη συνέχεια κοβαλτιοθεραπεία. Τέλος, στο τρίτο τρίμηνο πρέπει να αποφασιστεί αν θα διακοπεί η κύηση ή θα αφηθεί το έμβρυο να γίνει βιώσιμο και μετά να εκτελεστεί καισαρική τομή. Μετά μερικές μέρες μπορεί να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία.

Ριζική χειρουργική θεραπεία μπορεί να γίνει σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης, για τα στάδια I και IIα.



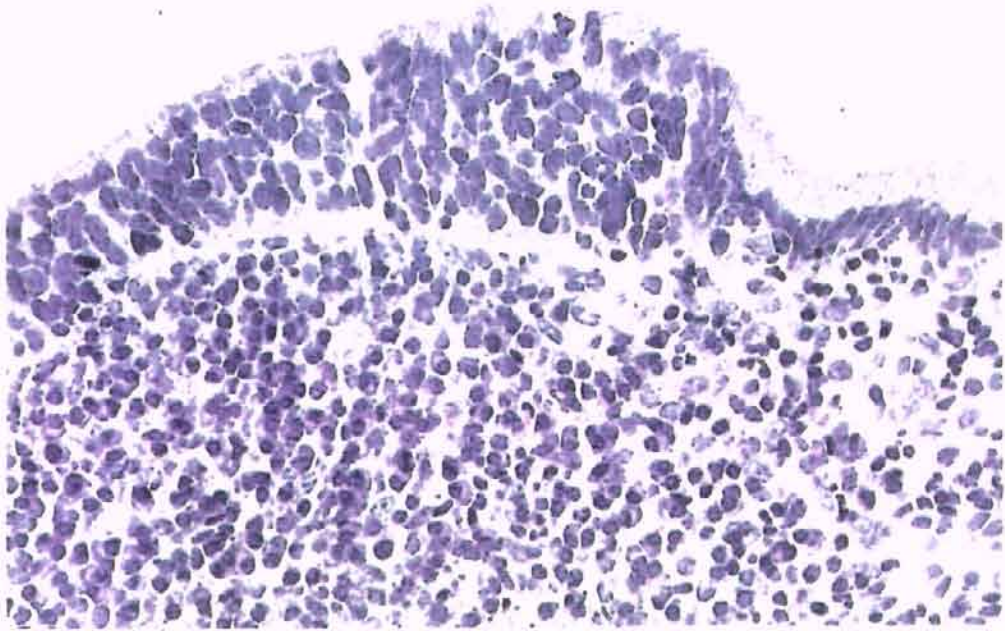
Πρωτόκολλο αντιμετώπισης των ασθενών με ύποπτο τεστ Παπανικολάου, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

Η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου είναι υψηλή και κυμαίνεται από 4-8%. Με την καθιέρωση της εφαρμογής της ολικής εξαίρεσης της μήτρας σε γυναικολογικές παθήσεις, αντί της υφολικής υστερεκτομίας, που γινόταν παλαιότερα, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου ελαττώνεται.

Αν εμφανιστεί καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος λίγα χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομία, η χειρουργική αντιμετώπισή του είναι δύσκολη, λόγω ίνωσης της περιοχής του και συμφύσεων του κολοβώματος με την κύστη και το ορθό. Σ' αυτή την περίπτωση προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωσή του είναι η ίδια όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεΐται ο τράχηλος στις υστερεκτομίες.





*Καρκίνωμα in situ εξ εφεδρικών κυττάρων πρώιμες αλλαγές*



*Καρκίνωμα in situ εξ εφεδρικών κυττάρων, με ενδοαδενική εξάπλωση*

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Στόχος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον καρκινοπαθή άρρωστο πρέπει να του προσφέρει τον εαυτό της, με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Πρέπει να γνωρίζει ότι η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Ακόμη ότι τα προβλήματά του είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Κάθε ασθενής έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής της. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας αρχίζει από τα πρώτα στάδια ανίχνευσης της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιο αποκατάστασης ή και ως το θάνατο. Η ασθενής διαισθάνεται πάντα τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια της είναι σημαντικό σαν πρώτο βήμα στη συνεργασία της με την άρρωστη. Επομένως:

1. Χρειάζεται κατανόηση στην ασθενή και εμφάνιση της ευχάριστης όψεως της ζωής. Αυτό της δίνει ελπίδα.
2. Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης της ασθενούς. Πολλοί ασθενείς οι οποίοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική όψη της ασθένειας, όσο φοβούνται πιθανή απώλεια του αυτοελέγχου και της αξιοπρέπειας κατά τα τελευταία στάδια της νόσου.
3. Να βοηθηθεί η ασθενής για να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό της.
4. Φροντίδα να μην εκτίθεται η ασθενής κατά τη νοσηλεία.
5. Μεγάλη προσοχή στην καθαριότητα, τη συμμετοχή της στον προγραμματισμό της φροντίδας της, εφόσον είναι ικανή γι' αυτό.
6. Η ευγένεια και η θαλπωρή δίνει στην άρρωστη αίσθημα ασφάλειας.
7. Ενθάρρυνση της ασθενούς να ενεργεί κατά τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό της.
8. Βοήθεια για την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και ότι μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό της.

9. Όταν επιτρέπεται, να ενθαρρύνεται η ασθενής να σηκώνεται από το κρεβάτι. Αν αυτό είναι αδύνατο να φροντίζουμε για τη συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι.
10. Η καλή διατροφή της καρκινοπαθούς αποτελεί βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας. Η περιορισμένη διάθεση για φαγητό αποτελεί σύμπτωμα της πάθησης. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών της. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις δυνατότητες διατροφής της ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τη νοσηλεύτρια, η οποία διατηρεί εξ ολοκλήρου την ευθύνη της διατροφής της αρρώστου της.
11. Χρησιμοποίηση των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών μέτρων και μέσων για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
12. Λήψη κάθε μέτρου για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας της αρρώστου.
13. Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας να μην παραλείπεται, εφόσον η κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει, η εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα.
14. Ενίσχυση της ταχύτερης αποκατάστασης της ασθενούς, εφόσον η αναπηρία αποτελεί προϊόν της νόσου.
15. Πριν την αναχώρηση της αρρώστου από το νοσοκομείο να διδάσκεται σ' αυτήν ο τρόπος αυτοφροντίδας. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτή.

16. Στη φροντίδα του καρκινοπαθούς, οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να επανέλθει στην κατά το δυνατό φυσιολογική ζωή. Για την κάλυψη των αναγκών του πάσχοντα κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διάγνωσης και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:

- α) Στις ανάγκες του ασθενούς ως ατόμου,
- β) Στις ανάγκες της νόσου,
- γ) Στις ανάγκες από τη μέθοδο θεραπείας που εφαρμόζεται και
- δ) Στις ανάγκες από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική κατάσταση του ασθενούς.

Η ευθύνη κάθε νοσηλεύτριας στη φροντίδα του καταδικασμένου συνίσταται στην κάλυψη κατά το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση της ασθενούς.

17. Διδασκαλία, σε όποιον κι αν έλθει σ' επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

18. Βοήθεια της ασθενούς για να αποδεχθεί μια υστερεκτομή.

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντα να συμφωνούν με τις αποφάσεις και τη γνώμη του γιατρού. Πρέπει να προσφέρει, να συμπαραστέκεται, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά την ασθενή στη ζωή ή ως το θάνατο.

Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Κατά την άφιξη της ασθενούς στο νοσηλευτικό τμήμα, από τα εξωτερικά ιατρεία, η υπεύθυνη νοσηλεύτρια/τής την υποδέχονται εγκαρδία και τη βοηθούν να τακτοποιηθεί στο καθαρό και καλοστρωμένο κρεβάτι της. Εάν η ασθενής είναι σε θέση να επικοινωνεί, την καλοσπρίζει και της συστήνεται με το επώνυμό της, διατηρώντας αξιοπρεπή στάση. Παραδίδονται σ' αυτή το εισιτήριο εισαγωγής της άρρωστης και οι γραπτές οδηγίες του ιατρού και στη συνέχεια ενημερώνει τον ιατρό του θαλάμου για την είσοδο της ασθενούς στο τμήμα.

Η νοσηλεύτρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία της άρρωστης και ετοιμάζει τον ατομικό της φάκελλο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κ.λπ. Στη συνέχεια δίνει στην ασθενή γραπτώς ή προφορικώς ορισμένες απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες για τη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας (τρόπος για την πρόσκληση της νοσηλεύτριας, ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου, αριθμός τηλεφώνου του νοσοκομείου, ώρα προινού ξυπνήματος, ώρα προγεύματος, γεύματος, δείπνου, ώρα τακτικής επισκέψεως των ιατρών κ.τ.λ.).

Αν η κατάσταση της υγείας της ασθενούς της επιτρέπει να σηκώνεται από το κρεβάτι της, την ξεναγεί στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας:

- στα γραφεία της προϊσταμένης, των νοσηλευτών και των ιατρών
- τους βοηθητικούς χώρους (λουτρά, τουαλέτες)
- αίθουσα αναμονής
- τηλέφωνο και χρήσης τους.

Κατά την ώρα της εξέτασης της ασθενούς από τον ιατρό, είναι παρούσα, διευκολύνοντας τον ιατρό στην εξέταση, υποστηρίζοντας ψυχολογικά την ασθενή και παρακολουθώντας τις αντιδράσεις της. Τελειώνοντας την εξέταση μεταφέρει τις οδηγίες και τις εντολές του ιατρού στην κάρτα της ασθενούς.

Αφού ολοκληρωθεί η τακτοποίηση και ενημέρωση της ασθενούς τότε καλούνται οι συνοδοί, που παραμένουν στην αίθουσα αναμονής, να την επισκεφθούν στο θάλαμό της. Δίδονται από τη νοσηλεύτρια πληροφορίες σχετικά με το επισκεπτήριο, τον τρόπο τηλεφωνικής ενημέρωσής τους, για την κατάσταση της ασθενούς κ.λπ. και η ίδια παίρνει από αυτούς πληροφορίες που της είναι χρήσιμες.

Σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα, παράλληλα με την εκτίμηση της φυσικής της κατάστασης, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εκτιμήσει και δυσκολίες προσαρμογής στο νοσοκομείο, αντιδράσεις στην ασθένεια κ.λπ. Η εμφάνιση νευρικότητας, μελαγχολίας, απογοήτευσης δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητα.

Με τις πληροφορίες που συγκέντρωσε από τις πιο πάνω πηγές, η νοσηλεύτρια καταστρώνει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας της άρρωστης.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Από τη στιγμή που θα αποφασιστεί η χειρουργική θεραπεία, η νοσηλεύτρια οργανώνει την εγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα που θα προσφέρει στην ασθενή.

Ψυχολογικά προβλήματα- Ψυχολογική προετοιμασία

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 αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από το φόβο του θανάτου.

Στην κοινωνική απομόνωση του αρρώστου συντελούν: τα συμπτώματα, οι θεραπείες, η αποφυγή έκθεσης σε μολυσματικές εστίες και η απόσυρση φιλικών προσώπων για να μη φαίνεται τάχα η ζωτικότητά τους σε αντιπαράθεση με την αδυναμία του αρρώστου. Το δίλημμα που βιώνει ο άρρωστος είναι: να μην εξωτερικεύεται και να υποφέρει μόνος του ή να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, ριψοκινδυνεύοντας να τον βαρεθούν οι άλλοι και να απομακρυνθούν.

Η ψυχική μόνωση ευνοεί την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική αρρώστια επισπεύδει αισθήματα μόνωσης. Από έρευνες βρέθηκε ότι η μόνωση σχετίζεται με την αρρώστια, την υπερβολική χρήση υπηρεσιών υγείας και τον πρόωρο θάνατο. Μερικοί δεν μπορούν



να αντέξουν τη μόνωση, δεν μπορούν να την υπερβούν πνευματικά και καταφεύγουν σε καταχρήσεις, ακόμη και στην αυτοκτονία. Πρέπει ακόμη να τονιστεί ότι και ο πόνος, ως υποκειμενική εμπειρία, συντελεί στο αίσθημα της μόνωσης.

Τα παραπάνω προβλήματα αντιμετωπίζονται από τους αρρώστους με την εκτέλεση ή αποφυγή ορισμένων πράξεων, με μελαγχολία ή υπομονή και ελπίδα. Όταν ο δέκτης της ψυχής του αρρώστου συλλάβει το βαθύτερο πνευματικό νόημα της αρρώστιας, τότε την αντιμετωπίζει με πίστη, ελπίδα και υπομονή. Πάντως, οι περισσότεροι άρρωστοι δυσκολεύονται, λυγίζουν, τα χάνουν, αδυνατίζουν από την ψυχική οδύνη. Αυτοί ακριβώς έχουν ανάγκη να ανακουφισθούν και να βοηθηθούν με ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η ασθενής στην οποία διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου μήτρας βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή η νόσος είναι συνώνυμη με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς της συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η ασθενής πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης. Η οικογένεια, οι γνωστοί της και συχνά μορφωμένοι άνθρωποι μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι ασθενείς και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Ο διάλογος με την άρρωστη χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτουμε ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στην άρρωστη.

Ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου και αξιολογούμε:

- Πώς βλέπει την αρρώστια του η ίδια και η οικογένειά του.
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή της λόγω της αρρώστιας της.
- Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να τη βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών της.
- Τι περιμένει στο μέλλον.
- Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτήν και τι πιστεύει.

Στο διάλογο με τη νοσηλεύτρια οι άρρωστες συνήθως εξωτερικεύουν τους φόβους τους. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους, τη δυσμορφία, το θάνατο. Φοβούνται μήπως γίνουν βάρος στους άλλους. Εκφράζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση με την αλλαγή της ιδεατής ή και φυσικής εικόνας του σώματός τους και με την ελάττωση των δυνάμεών τους για εργασία, για το σχολείο και για κοινωνικές δραστηριότητες. Φοβούνται να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με την οικογένεια και τους φίλους τους για να μην τους λυπήσουν.

Η νοσηλεύτρια ακούει την άρρωστη με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων της και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων της. Ακόμα δρα και ψυχοθεραπευτικά, διότι καταστέλλει τους φόβους της άρρωστης σε μεγάλο βαθμό.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στην άρρωστη την κατανόηση και την ευαισθησία της απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητές της. Ακόμη, για

να την βεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μεριμνά για τη βελτίωση της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια μιλά και με τα λόγια της νοσηλεύει και θεραπεύει:

- Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, τη νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για τη βοήθειά του.
- Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας προσαρμοσμένες στις μειωμένες ικανότητες της άρρωστης, ώστε να διατηρεί την ανεξαρτησία της.
- Βοηθά την άρρωστη να εστιάζει την προσοχή της στη σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τι είναι δυνατό να γίνει μάλλον παρά στις δυνάμεις που χάθηκαν. Δηλαδή το μήνυμα είναι: κάνε το σήμερα να αξίζει.
- Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης της άρρωστης.
- Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στην απελπισμένη. Ενθαρρύνει τη φοβισμένη. Καταπραΰνει την ταραγμένη. Προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

#### Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της αρρώστου

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση η αναστήλωση και η αύξησή της.

Ο καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση και υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να

εξυψώσει και διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση της άρρωστης με τις εξής παρεμβάσεις:

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση.
- Βοηθά την άρρωστη να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά της χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον της και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες της.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά. Μεταβιβάζει η νοσηλεύτρια στην άρρωστη μια στάση φροντίδας, ενδιαφέρον για ό,τι τον αφορά, αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων της και σταθερή εκτίμηση της αξίας της ως προσώπου.

#### Ανακούφιση του πόνου της άρρωστης

Η άρρωστη βιώνει τον πόνο και αντιδρά προς αυτόν ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική ολότητα.

Οχι μόνο ο καρκίνος με τις βλάβες που προκαλεί, αλλά και ψυχοκοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, θρησκευτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου και την αντίδραση προς αυτόν.

Ο πόνος της άρρωστης είναι ψυχοσωματικό πρόβλημα, έχει ενδοψυχικές, κοινωνικές και διαπροσωπικές σημασίες και μπορεί να ανακουφισθεί με συνδυασμό σωματικών και ψυχοκοινωνικών φροντίδων.

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει επιγραμματικά τις ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις - προληπτικές και ανακουφιστικές - κατά την πρόβλεψη ή την παρουσία του πόνου:

- Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με την άρρωστη. Έχουμε την τάση να υποτιμούμε την ανθρώπινη σχέση στην αντιμετώπιση του πόνου και να ψάχνουμε συνεχώς για να βρούμε νέες τεχνικές και νέα φάρμακα. Όμως η ανακούφιση του πόνου δεν λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό κενό αλλά σε μια κοινωνική περίσταση. Η άρρωστη αντιδρά ταυτόχρονα και προς την εμπειρία του πόνου και προς αυτούς που προσπαθούν να τον βοηθήσουν.

- Παρουσία κοντά στην άρρωστη με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των προβλημάτων, φόβων και παραπόνων της. Όταν η άρρωστή σου συνεχίζει να πονά, μην κάνεις μόνο κάτι άλλο, αλλά κάθισε δίπλα της.

Η κατανόηση της άρρωστης που πονά μπορεί να εκδηλωθεί με αμέτρητους τρόπους: με τη συμπαθούσα ακρόαση, το σεβασμό των προτιμήσεών της, την αποδοχή των αντιστάσεών της, την απάντηση στις ερωτήσεις της, την ετοιμότητα για προσφορά βοήθειας, τη νοσηλευτική παρουσία σε στιγμές έντονου stress και την πρόβλεψη των αναγκών της. Η κατανόηση επιτυγχάνεται, όταν η νοσηλεύτρια έχει θερμό ενδιαφέρον για την άρρωστη, την σέβεται και την αγαπά ως πρόσωπο με ατίμητη αξία και προσπαθεί να τη βοηθεί στην υπέρβαση των ατομικών της δυσκολιών.

Συζήτηση με την άρρωστη για την πιθανή αιτία και τη φύση του πόνου της, καθώς και τις δυνατότητες καταπολέμησής της, ώστε να προλαμβάνεται ο φόβος του αγνώστου και οι φαντασιώσεις της άρρωστης.

Διατήρηση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος με επιθυμητούς και ενδιαφερόμενους συνοδούς, με απασχόληση του αρρώστου για απόσπαση της προσοχής, επαρκή φωτισμό, αερισμό και θερμοκρασία, περιορισμό

ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως είναι το πολύ έντονο φως, θόρυβοι, κακοσμίες, πείνα, δίψα κ.ά.

Διδασκαλία των επισκεπτών πώς να συμπεριφέρονται στην άρρωστη και πώς να την ενισχύουν ψυχολογικά.

Χορήγηση των παραγγεληθέντων αναλγητικών φαρμάκων και προώθηση της ανάπαυσης και σωματικής χαλάρωσης.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα σωματικά μέτρα ανακούφισης επιδρούν στην ψυχολογία της άρρωστης και αντίστροφα. Η χάλαση των μυών γίνεται τόσο με μυοχαλαρωτικά φάρμακα, όσο και με ψυχολογικά μέσα. Και τούτο διότι η ανησυχία και η ένταση από ανεκπλήρωτες ανάγκες, το άγχος και η μελαγχολία προκαλούν αύξηση της μυϊκής τάσης κι αυτή αυξάνει το αίσθημα του πόνου. Αντίθετα, η απαλλαγή από το θυμό, το άγχος και τη στενοχώρια βοηθά το άτομο να αισθάνεται λιγότερο πόνο.

Όχι μόνο τα φάρμακα, οι θεραπείες και οι νοσηλείες, αλλά και η προσωπικότητα και η στάση της νοσηλεύτριας προς τον πόνο της άρρωστης παίζει καθοριστικό ρόλο - θετικό ή αρνητικό - στην πρόληψη και στην αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου και στο βαθμό της έντασης και του άγχους της. Ο πόνος της άρρωστης γίνεται ανυπόφορος, όταν νιώθει εγκαταλελειμμένη, όταν διαισθάνεται ότι δεν την παίρνουν στα σοβαρά, όταν δεν της μεταβιβάζουν οι γύρω του ελπίδα, κατανόηση και προσωπικό θερμό ενδιαφέρον. Αντίθετα, ο νοσηλευτικός διάλογος, η παρουσία της νοσηλεύτριας, η αποδοχή της άρρωστης, μπορούν να ανακουφίσουν ή να μετριάσουν ή να κάνουν πιο υποφερτό τον πόνο της.

### Αποδοχή της αλλαγής του σωματικού της ειδώλου

Η αφαίρεση (μερική ή ολική) των γεννητικών οργάνων μπορεί να κάνει μια ασθενή να νιώσει μη αποδεκτή και από τον εαυτό της και από τα μέλη του αντίθετου φύλου. Ο πόνος της "παραμόρφωσης" μπορεί να αντικαταστήσει τον πόνο της αρρώστιας. Ο αγώνας να επικυρώσει μια προσωπική ταυτότητα γίνεται σκληρότερος. Το να είναι διαφορετικός, σαν αποτέλεσμα της αλλαγής της εμφάνισης, μπορεί να απομακρύνει τον άνθρωπο από το ζευγάρι του.

Προκειμένου να βοηθήσει μια ασθενή με αλλαγή σωματικού ειδώλου η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει επίγνωση του ρόλου της όσον αφορά στο να βοηθήσει την ασθενή να αναπτύξει μια ρεαλιστική αντίληψη της εμφάνισης και των ικανοτήτων της. Η νοσηλεύτρια που καταλαβαίνει γιατί υπάρχουν ειδικά πρόβλημα συμπεριφοράς, μπορεί να είναι μεγάλη βοήθεια και στους δυο, ασθενή και οικογένεια.

Οι ασθενείς με καρκίνο που έχουν υποστεί και αφαίρεση (μερική ή ολική) των γεννητικών οργάνων χρειάζονται συνεχή υποστήριξη προκειμένου να έρθουν σε συμβιβασμό και με την αρρώστια και με την αλλαγή του σωματικού τους ειδώλου.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων - όποια και να είναι αυτά - αν η ασθενής νιώθει ικανή να τα αντιμετωπίσει. Περισσότερο από το κάθε τι η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ικανή να δώσει χρόνο προκειμένου να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης.

Η ασθενής χρειάζεται χρόνο για να έρθει σε καλή σχέση με αυτό που της συμβαίνει.

Είναι συχνά στη νοσηλεύτρια που η ασθενής αποκαλύπτει τα αληθινά της συναισθήματα. Συνήθως οι ασθενείς τείνουν να προστατέψουν την οικογένειά τους από τον πόνο αυτού που

συμβαίνει. Η ανάγκη να είναι όμοιες με τους άλλους του περιβάλλοντός τους και περισσότερο με το ζευγάρι τους είναι τόσο δυνατή, που τους αποτρέπει από το να συζητήσουν την αλλαγή του σωματικού τους ειδώλου.

Πλήρης και σωστή ενημέρωση από την πλευρά του γιατρού και της νοσηλεύτριας είναι απαραίτητη.

Η αλλαγή των φυσιολογικών λειτουργιών πρέπει να είναι γνωστή στην ασθενή για να μη δημιουργούνται ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί αφαίρεση γεννητικών οργάνων δεν είναι σίγουροι αν πρέπει να περιμένουν σεξουαλική καθοδήγηση υπό την παρουσία μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας.

Το να βοηθήσουμε μια ασθενή να αντιμετωπίσει πρώτα τη διάγνωση και αργότερα τη θεραπεία δεν είναι πια αρκετό. Πρέπει να βοηθήσουμε την ασθενή να αντιμετωπίσει τα παρεπόμενα της αρρώστιας και της θεραπείας - "τη ζωή μετά".

Οι περισσότερες από τις παραμένουσες ανησυχίες και αμφιβολίες μπορούν να αντιμετωπισθούν διορθώνοντας μια παραπλανητική ή εσφαλμένη πληροφορία και βοηθώντας το ζευγάρι να επικοινωνήσει.

Ένα παράδειγμα: Όταν μια νεαρή σύζυγος έχει υποστεί υστερεκτομή και στη συνέχεια χημειοθεραπεία, η νοσηλεύτρια που δείχνει ενδιαφέρον πρέπει να πει στο ζευγάρι ότι η κούραση, ο πόνος, οι ορμονικές μεταβολές και διαταραχές και άλλα πράγματα, όπως ναυτία, αντιεμετικά κ.λπ., είναι πιθανό να μειώσουν τη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας. Αυτή η πληροφορία μπορεί να προλάβει το σύζυγο από το να μεταφράσει την έλλειψη ενδιαφέροντος σαν "δεν σε θέλω πια" και να γλυτώσει τη σύζυγο από το να έχει να εξηγήσει ένα συναίσθημα που ίσως και η ίδια δεν το καταλαβαίνει.



Η νούμερο ένα ανησυχία στους ασθενείς με την αλλαγή αυτή στο σωματικό τους είδωλο δεν είναι, όπως θα περίμενε κανείς, ο θάνατος ή κάτι άλλο, αλλά "θα με αγαπάει ακόμη ο σύντροφός μου;"

Οι ασθενείς με την αλλαγή αυτή στο σωματικό τους είδωλο εξαιτίας του καρκίνου έχουν δυο πρόσωπα. Το ένα πρέπει να αντικρίζει το θάνατο, αλλά το άλλο πρέπει να αντικρίζει τη ζωή, που μερικές φορές είναι ακόμα σκληρότερο.

Οι νοσηλεύτριες μπορούν να συμβάλλουν στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με το πρόβλημα αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου, με το να τους εφοδιάζουν με κίνητρα που ενθαρρύνουν την προσωπική ανάπτυξη και ενδιαφέροντα για να παίρνουν τον έλεγχο στις αλλαγές της ζωής.

#### Φυσική προετοιμασία

- α) Επεξήγηση του όρου "υστερεκτομή" στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή της κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- β) Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνο ρύση.
- γ) Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:
  1. Εξέταση αιμοσφαιρίνης. Αντιμετώπιση της αναιμίας αν υπάρχει. Χρόνος ροής και πήξεως αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο και ουρία αίματος.
  2. Προσδιορισμός ομάδας αίματος και Rhesus αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

3. Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).

4. Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.

5. Ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, καθετηριασμός, κολπικές πλύσεις.

6. Διδακασαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.

7. Καθαριότητα της ασθενούς. Συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- (α) Στην αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- (β) Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.
- (γ) Την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από το χειρουργό, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα αποφεύγεται η χρήση καθαρτικών, γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές και εξασθένηση.
- Με καθαρτικό υποκλυσμό, που πραγματοποιείται το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης.

2. Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς. Εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, π.χ. ομφαλός κ.ά. Τελος γίνεται περιποίηση νυχιών. Επίσης περιλαμβάνεται στην καθαριότητα

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

3. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Πάντα η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβους. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι τόσο έντονα που προκαλούν αϋπνία. Τη νύχτα πριν την επέμβαση χορηγείται στην ασθενή ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του ιατρού.

4. Ενημερώνεται η ασθενής να είναι νηστική πριν από την επέμβαση. Την προηγούμενη της επέμβασης χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ απαγορεύεται να πει οτιδήποτε 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

8. Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου. Συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο από μολύνσεις.

9. Πριν από τη μεταφορά της άρρωστης στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια:

(α) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.

(β) Αφαιρεί όλα τα κοσμήματα, τα τοποθετεί σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο της ασθενούς και τα παραδίδει για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

(γ) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.

(δ) Τη ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα (νυχτικό, ποδονάρια, τρίγωνο).

(ε) Προνάρκωση: Γίνεται μισή ώρα προ της επέμβασης. Το είδος καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνίσταται στην ασθενή να

μη σηκωθεί από το κρεβάτι της. Πρέπει να δοθεί το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται στην ασθενή περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Απομακρύνονται οι επισκέπτες από το δωμάτιο. Αν η ασθενής έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται για να παρακολουθείται η εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν και μετά την προνάρκωση και συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της άρρωστης. Αν είναι δυνατό, συνοδεύει την άρρωστη στο χειρουργείο και παρακολουθεί και την εγχείρηση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση για τη νοσηλεύτρια. Συντελεί:

1. Στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της νόσου.
3. Στην ανακούφισή της από ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών.
5. Στη βοήθεια της ασθενούς για να επανέλθει στη φυσιολογική της κατάσταση το ταχύτερο.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή της. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Κατάλληλη τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι: ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στα πλάγια (προκαλεί χαλάρωση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία των παροχετεύσεων).
3. Προφύλαξη της ασθενούς κατά τις διεγέρσεις μέχρι την πλήρη ανάνηψή της και την προστασία της από την εισρόφηση εμεσμάτων. Παραγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
4. Εκτίμηση γενικής κατάστασης: μέτρηση σφυγμών, αναπνοών, αρτηριακής πίεσης, λήψη θερμοκρασίας, παρατήρηση χρώματος, παρακολούθηση εμετών (ποιόν, ποσόν), ούρων και κοπράνων (ποσόν, χρώμα, οσμή), πόνος, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

5. Έλεγχος της κατάστασης του τραύματος και παρακολούθησή του. Φροντίδα και προαγωγή της επούλωσής του.

6. Έλεγχος παροχετεύσεων ή καθετήρα.

7. Καθαριότητα της ασθενούς: λουτρό καθαριότητας και λούσιμο, αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας ανακουφίζουν την ασθενή και προλαβαίνουν στοματίτιδες.

8. Ανακούφιση από τον πόνο, κυρίως τις πρώτες 48 ώρες.

9. Συχνές εντριβές, αλλαγή θέσης βοηθούν στην ανακούφιση και άνεση της ασθενούς, καθώς και στην πρόληψη επιπλοκών (κατακλίσεις).

10. Αναγραφή στο νοσηλευτικό δελτίο όλων των παρατηρήσεων που σχετίζονται με τη χειρουργημένη, ενημέρωση του γιατρού για την εξέλιξη της κατάστασής της.

11. Η δίαιτα αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και μετά αφήνεται ελεύθερη. Όταν δεν επιτρέπεται η ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση λόγω ναυτίας και εμέτων, χορηγούνται οροί ενδοφλεβίως πάντα με ιατρική εντολή.

12. Προφύλαξη και θεραπεία από μετεγχειρητικές επιπλοκές.

13. Μείωση της πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (εμφανίζονται εξαιτίας της γειτονίας της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

(α) Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την εντολή.

- (β) Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, εάν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί.
- (γ) Αφαίρεση του καθετήρα, με εντολή του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
- (δ) Καθετηριασμός αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
- (ε) Διαπίστωση υπολείμματος. Η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

14. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

- (α) Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
- (β) Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- (γ) Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης του περισταλτισμού.
- (δ) Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός.

15. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

- (α) Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- (β) Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα για πρόληψη στάσης του αίματος.
- (γ) Υπολογισμός του αίματος που χάνεται ζυγίζοντας τις γάζες αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. Σύγκριση βρεγμένων και

στεγνών γαζών. Η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

- (δ) Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
- (ε) Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κισρών. Προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
- (στ) Χρήση ελαστικών καλτσών σαν προφυλακτικό μέτρο, για την προαγωγή της κυκλοφορίας.

16. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση της μετεγχειρητικής λοίμωξης.

17. Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

18. Εγκαιρη έγερση της άρρωστης για πρόληψη επιπλοκών.

### Προβλήματα της ασθενούς και αντιμετώπισή τους

#### Πόνος

Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις το παράπονο του αρρώστου με καρκίνο για πόνο έχει οργανική βάση και σπάνια μόνο ψυχολογική. Η έντασή του ποικίλλει και μεγαλώνει συνήθως μετά το χειρουργείο.

Οι άρρωστοι με καρκίνο εμφανίζουν περισσότερους φυσιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επιτείνουν τον πόνο. Η φυσική τους καταπόνηση είναι μεγαλύτερη, λόγω απώλειας όρεξης, ναυτίας, εμέτων και διαταραχών ύπνου. Αναπτύσσουν ευκολότερα συναισθηματικές αντιδράσεις άγχους, κατάθλιψης, σωματικής επικέντρωσης και νευρωτισμού.



Ο μη ελεγχόμενος παρατεινόμενος πόνος τους δημιουργεί διαπροσωπικά προβλήματα με οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Ο πόνος δημιουργείται από μια ηλεκτρική ώθηση που μεταδίδεται από το σημείο που είναι αισθητός κατά μήκος μιας σειράς νεύρων, της σπονδυλικής στήλης σε περιοχές του εγκεφάλου (φλοιώδεις, υποφλοιώδεις, θαλαμικές), όπου γίνεται η αντίληψή του. Στο διάβατο, μπορεί να διακοπεί σε τέσσερεις περιοχές, τέσσερεις φανταστικούς, ευμετάβλητους διακόπτες, όπως ρυθμιστής ήχου στην τηλεόραση. Η ρύθμιση ενός ή συνδυασμού διακοπών μπορεί να μειώσουν ή να σταματήσουν τον πόνο.

Η ενσυνείδητη προσέγγιση βυθομέτρησης και αξιολόγησης αποτελεί το πρώτο και σημαντικότερο στάδιο θετικής νοσηλευτικής ανταπόκρισης στο πρόβλημα και περιλαμβάνει τόσο την υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τη νοσηλεύτρια, όσο και την αντικειμενική αξιολόγησή του από τον ίδιο τον άρρωστο. Η αξιολόγηση γίνεται πάντοτε σε μια κατάσταση που υπάρχει ανθρώπινη επικοινωνία.

Η υποκειμενική αξιολόγηση από τη νοσηλεύτρια περιλαμβάνει παρακολούθηση αναπνοών, σφύξεων, αρτηριακής πίεσης κι εκδηλώσεων συμπεριφοράς, που χρησιμοποιούνται σαν standards για την εκτίμηση παρενεργειών και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεών μας.

Αντικειμενική αξιολόγηση γίνεται μόνο από την ίδια την άρρωστη. Για να διερευνήσουμε την κλίμακα των βιωμάτων του πόνου (που είναι πλούσια σε διάφορες αποχρώσεις), πρέπει να εκμεταλλευτούμε κάθε δυνατή επιδεξιότητα επικοινωνίας, την ακρόαση, την ομιλία, τη γραφή, την ανάγνωση.

Η νοσηλεύτρια καταγράφει ποια είναι η συμπεριφερσιολογική απάντηση της άρρωστης που πονά (κλάμα, γκριμάτσες, κραυγές,

κινήσεις) και εάν επιτρέπει στους άλλους να γνωρίζουν ότι πονά. Ρωτά την άρρωστη ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν τον πόνο της (θερμότητα, μετακίνηση, ύπνος, ηρεμιστικά κ.ά.) και ποιοι παράγοντες επιδεινώνουν τον πόνο της (φόβος, θυμός, άγχος, κόπωση, μοναξιά κ.ά.).

Μετά τη συλλογή και διερεύνηση των στοιχείων της, η νοσηλεύτρια καταστρώνει ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.
2. Παρακολούθηση των φαρμάκων που χορηγούνται, καθώς και των παρενεργειών τους.
3. Χορήγηση φαρμάκων. Ανυπολόγιστη είναι η ωφέλεια των αναλγητικών στην εξουδετέρωση του πόνου. Ο γιατρός καθορίζει την παυσίπονη φαρμακευτική αγωγή και η νοσηλεύτρια χορηγεί τα φάρμακα κι επικυρώνει την επιτυχία της ιατρικής οδηγίας.
4. Βοήθεια της ασθενούς όταν επιτρέπεται να σηκώνεται από το κρεβάτι.
5. Εξασφάλιση ζεστού και άνετου περιβάλλοντος. Ποικιλία νοσηλευτικών παρεμβάσεων μπορούν να απομακρύνουν ενοχλητικά ερεθίσματα (οπτικά, ακουστικά, οσφρητικά), να καταπολεμήσουν την κούραση, την αύπνία, τη μοναξιά και με την απασχόληση (συζήτηση - ράδιο - τηλεόραση - εργασιοθεραπεία) ν' αποσπούν την προσοχή της άρρωστης από τον πόνο της.
6. Άλλες ενέργειες που μπορούν να εφαρμοστούν είναι το μασάζ, εφαρμογή θερμότητας ή ψύχους, αλοιφές με μενθόλη, αναπνευστικές τεχνικές κ.ά.

### Ναυτία - Εμετος

Παρατηρούνται συνήθως μετά από γενική νάρκωση και η διάρκειά τους δεν ξεπερνά τις 24 ώρες.

1. Τοποθετείται το κεφάλι της ασθενούς πλάγια και τοποθετείται δίπλα νεφροειδές, το οποίο απομακρύνεται μετά τον έμετο, γιατί η παραμονή του κοντά της προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.
2. Μετά από κάθε έμετο γίνεται πλύση στόματος της ασθενούς με λίγο νερό.
3. Παρατήρηση και σημείωση του χαρακτήρα των εμέτων.
4. Σε συνεχιζόμενους εμέτους γίνεται διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι απαλλάσσεται η ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου (με εντολή γιατρού).
5. Ακριβής μέτρηση και σημείωση των εμέτων για παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
6. Σημείωση των υγρών του σωλήνα Levin για παρακολούθηση αποβαλλόμενων υγρών.
7. Χορήγηση υγρών και απαραίτητα ηλεκτρολυτών παρεντερικά, μετά από ιατρική εντολή, για διόρθωση διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
8. Συνεχής παρακολούθηση της λειτουργίας του σωλήνα Levin για τυχόν απόφραξη.
9. Διατήρηση της συσκευής κλειστής και καθαρής για αποφυγή κακοσμίας και εστίας μόλυνσης του περιβάλλοντος.
10. Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.

Ο αριθμός και τα χαρακτηριστικά των εμέτων (ποσό, συχνότητα, οσμή κ.λπ.) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία και στο νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς.

**Δίψα**

Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της επέμβασης (αίμα - ιδρώτας - έμετοι).

1. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.
2. Υγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.
3. Χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή της παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος τους, ρυθμίζεται από τη γενική κατάσταση της ασθενούς και μετά από ιατρικές οδηγίες.

**Δυσοσμία**

Οφείλεται στη νέκρωση νεόπλαστων ιστών.

1. Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και άμεση απομάκρυνσή τους από το δωμάτιο της ασθενούς.
2. Αλλαγή των λευχειμάτων και ενδυμάτων της ασθενούς όταν βρέχονται.
3. Καλός αερισμός του δωματίου.
4. Χρησιμοποίηση αποσμητικών.

**Πυρετός**

1. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
2. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό.

3. Έλεγχος και σημείωση σε τακτικότερα διαστήματα της θερμοκρασίας του σώματος.
4. Φροντίδα για την αποβολή θερμότητας (ψυχρά επιθέματα, κομπρέσες).
5. Αποφυγή υπεραιμίας του δέρματος (όχι εντριβές).
6. Μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας.
7. Προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη.
8. Αλλαγή ιδρωμένου νυχτικού ή λευχειμάτων.
9. Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων που αποβάλλονται.
10. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.
11. Ενίσχυση της λήψης υγρών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

#### Πρόληψη κατακλίσεων - Φροντίδα δέρματος

1. Συχνή αλλαγή θέσης εφόσον δεν επηρεάζει την κατάστασή της.
2. Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
3. Χρησιμοποίηση αεροθαλάμου ή άλλου μέσου για ελάττωση της πίεσης των μελών που δέχονται το βάρος του σώματος.
4. Προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση σκωραμίδας.
5. Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λεύκωμα.
6. Διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που πιέζονται.
7. Ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος στα σημεία που πιέζονται. Μ' αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η θρέψη των ιστών και γίνεται με συχνές εντριβές με οινόπνευμα και πλύσεις με πολύ ζεστό νερό.
8. Διατήρηση των κλινოსκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων.

9. Προφύλαξη του δέρματος ώστε να μη διαποτισθεί από απώλειες ούρων ή κοπράνων και μείωση της τριβής των σημείων του σώματος που πιέζονται.

#### Διαταραχές από ουροδόχο κύστη

Μείωση της πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την ουροδόχο κύστη (εμφανίζονται εξαιτίας της γειτονίας της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

1. Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Χορήγηση υγρών παρεντερικά, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.
2. Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, εάν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί.
3. Αφαίρεση του καθετήρα, με εντολή του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
4. Καθετηριασμός, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
5. Διαπίστωση υπολείμματος όταν η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
6. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας.

#### Διάταση - Διαταραχές παχέως εντέρου

Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και προκαλούν διάταση. Η πρόληψη γίνεται με ρινογαστρικό καθετήρα.

1. Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.
2. Υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική εντολή. Οι υποκλυσμοί αποφεύγονται.
3. Εφαρμογή σωλήνα αερίων.

#### Μετεωρισμός κοιλίας

Προκαλείται από τη συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

1. Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια.
2. Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο, με το οποίο βοηθάται η ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
3. Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα, με συνέπεια την αποβολή των αερίων.
4. Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων με ιατρική εντολή. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται αν οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες.

#### Κοιλιακή διάταση

Ανακούφιση από τη δυσφορία:

1. Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
2. Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
3. Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης του περισταλτισμού.
4. Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός.

### Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

1. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως η δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική επεξεργασία ή αν η ασθενής είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).
2. Εάν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
3. Η ασθενής παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

### Αιμορραγία

Οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.

1. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
2. Εξάσκηση πίεσης, ειδοποίηση γιατρού.
3. Ενθάρρυνση της ασθενούς, τόνωση του ηθικού και απομάκρυνση κάθε αιτίας ανησυχίας και εκνευρισμού.
4. Παρακολούθηση γενικής κατάστασης της ασθενούς (χρώμα προσώπου, επιδρώσεις, γενική ανησυχία).
5. Ειδοποίηση της τράπεζας αίματος για να ετοιμαστεί αίμα για την ασθενή.
6. Μετάγγιση αίματος ή αιμοπεταλίων.



7. Απαλλαγή της ασθενούς από κάθε περίσφυξη.
8. Ετοιμασία ασθενούς για καυτηρίαση ή απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

Ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής της ασθενούς που αιμορραγεί. Η αιμορραγία καταπολεμείται με εσωτερική ή εξωτερική ακτινοβολία ραδίου, εισαγωγή γάζας πωματισμού εντός της μήτρας ή με αμφιτερόπλευρη απολίνωση της υπογαστρικής αρτηρίας.

#### Αιμάτωμα

Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρεια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία, αν είναι όμως μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει και εξηγεί τον τρόπο ζωής, της ασθενούς που υποβλήθηκε σε ριζική υστερεκτομή, μετά την εγχείρηση και την έξοδό της από το νοσοκομείο.

1. Καμία επαφή για 6 τουλάχιστον εβδομάδες. Απαγορεύεται στην περίοδο αυτή η τοποθέτηση ταμπόν, οι κολπικές πλύσεις και οτιδήποτε άλλο κολπικώς.
2. Κολπική αιμόρροια αναμένεται για 4 με 6 εβδομάδες. Προοδευτικά η αιμόρροια θα ελαττωθεί. Αν το αίμα από τον κόλπο υπερβαίνει σε ποσότητα το συνηθισμένο αίμα της περιόδου, η ασθενής πρέπει να συμβουλευθεί το νοσοκομείο.
3. Η σωματική δραστηριότητα πρέπει να περιοριστεί για 4 με 6 εβδομάδες:
  - α) Απαγορεύεται η οδήγηση (μετά από 2 εβδομάδες μπορεί να ταξιδέψει η ασθενής με αυτοκίνητο).
  - β) Να μη σηκώνονται αντικείμενα βαρύτερα από 3 κιλά.
  - γ) Απαγορεύεται οποιαδήποτε δουλειά του σπιτιού που κουράζει.
4. Η διατροφή πρέπει να είναι κανονική. Αν ο ιατρός κρίνει σκόπιμο, ίσως χορηγήσει βιταμίνες ή σκευάσματα σιδήρου.
5. Μπορεί να χρησιμοποιεί ελαφρά παυσίπονα η ασθενής. Αν ο πόνος είναι έντονος ή εμφανισθεί πυρετός, πρέπει να έρθει σε επαφή με το νοσοκομείο.
6. Η λειτουργία του εντέρου συνήθως επανέρχεται στο φυσιολογικό μερικές ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Αν χρειασθεί, μπορεί να χορηγηθεί ένα ελαφρό ηπακτικό.

7. Η εγχειρητική τομή πρέπει να παραμένει στεγνή και να καθαρίζεται καθημερινά. Επιτρέπεται το ντους. Μπάνιο στη μπανιέρα μόνο μετά από δυο εβδομάδες.
8. Μια επανεξέταση στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη μετά από 4 με 6 εβδομάδες.
9. Η εγχείρηση ήταν αρκετά σοβαρή. Το αίσθημα κοπώσεως, ιδίως στην αρχή, είναι φυσικό να υπάρχει. Πρέπει η ασθενής να αναπαύεται περισσότερο από το συνηθισμένο.
10. Δεν πρέπει να λησμονούνται τρία πράγματα μετά από την εγχείρηση:
  - α) Είναι αδύνατη η πραγματοποίηση εγκυμοσύνης.
  - β) Δεν θα ξαναυπάρξει περίοδος.
  - γ) Η σεξουαλική ζωή δεν διαφέρει σε τίποτα από την προηγούμενη την προ της εγχειρήσεως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα της ασθενούς:

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου.
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου.
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία).
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον ασθενή και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκεπτηρίου).

Παρέμβαση

Γενικά νοσηλευτικά μέτρα

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία. Για την αποδοχή της από την ασθενή με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια ενημέρωσή της για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.

2. Διδασκαλία ασθενούς τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσοτόπου.

3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

α. Ναυτία και εμέτους.

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά.
- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκιμα.
- Σημείωση των αντιδράσεών της.

#### β. Αντιδράσεις από το δέρμα.

- Παρατήρηση της ασθενούς για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
- Εφαρμογή κρέμας στην ακτινοβολούμενη περιοχή μετά από ιατρικές οδηγίες.
- Πλύση δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Προστασία του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, τραυματισμό και στενά ενδύματα.
- Φροντίδα για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.

#### γ. Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μετά από ιατρική εντολή.
- Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

#### δ. Καταστολή του μυελού των οστών

- Προστασία της ασθενούς από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Παρατήρηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και αντιμετώπισή τους μετά την εμφάνιση αυτών.

### 1. Βελόνες ραδίου

- α. Προσοχή να μην εκτοπισθούν και μολύνουν το περιβάλλον.
- β. Μη χρησιμοποίηση της τουαλέτας.

- γ. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα, φροντίδα και προσοχή για τυχόν απόφραξη. Πρέπει να λειτουργεί αποτελεσματικά για να κρατά την κύστη άδεια ώστε να μην πλησιάζει το τοίχωμά της την περιοχή ακτινοβολίας.
- δ. Πλύσεις κόλπου μετά την αφαίρεση των βελονών.

## 2. Ενδοκοιλοτική.

- α. Προηγείται εκκενωτική παρακέντηση.
- β. Ο ραδιενεργός χρυσός εκπέμπει β και γ ακτινοβολία, γι' αυτό η σύριγγα πρέπει να είναι θωρακισμένη και η έγχυση να γίνεται από απόσταση.
- γ. Απομόνωση ασθενούς.
- δ. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερο δωμάτιο, τοποθέτηση κρεβατιού σε απόσταση τουλάχιστον δυο μέτρων από τα άλλα. Προσοχή να μην παίρνει ακτινοβολία από άλλη ασθενή.
- ε. Ανάρτηση πινακίδας στην οποία να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής, καθώς και το είδος και η δόση του ραδιοϊσοτόπου.
- στ. Φύλαξη κάθε αντικειμένου που ήρθε σ' επαφή με το ραδιενεργό χρυσό ώσπου να περάσουν 10 χρόνια υποδιπλασιασμού του.
- ζ. Αλλαγή θέσης κάθε 15 λεπτά.
- η. Προσοχή για διαρροή διαλύματος από το σημείο παρακέντησης.
- θ. Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχειμάτων πριν από την αποστολή τους στο πλυντήριο.
- ι. Παρόλο ότι δεν μπαίνει στην κυκλοφορία, τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία. Η νοσηλεύτρια τα χειρίζεται με γάντια.
- ια. Αν σηκώνεται η ασθενής πρέπει να στέκεται δυο μέτρα πιο μακριά από τις νοσηλεύτριες. Αν είναι κλινήρης, ο χρόνος

παραμονής της νοσηλεύτριας κοντά σ' αυτήν πρέπει να είναι ανάλογος με τη δόση και την απόσταση απ' αυτήν.

- ιβ. Απαραίτητη η παρουσία ειδικού από το τμήμα ραδιοϊσοτόπων όταν πρέπει να γίνει παρακέντηση μέσα στις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή του διαλύματος.
- ιγ. Έλεγχος απόχρεμψης για ραδιενέργεια.

### 3. Εσωτερική χορήγηση $I^{131}$

- α. Συλλογή ούρων 24ώρου για προσδιορισμό ακτινοβολίας.
- β. Εμετοι έξι πρώτων ωρών κρατούνται και στέλνονται στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων. Καθαρισμός χώρου.
- γ. Φύλαξη. Καθαρισμός χώρου λευχειμάτων λερωμένων με ούρα, ιδρώτα και σάλιο.
- δ. Έλεγχος πτυελοδοχείων τις πρώτες ώρες.

### Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό, η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο.

Το ποσό της ραδιενέργειας που παίρνει η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στην ασθενή εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

1. Την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Το χρόνο παραμονής κοντά στην ασθενή με τον οποίο η ένταση έχει σχέση σχεδόν ανάλογη.

3. Τη θωράκιση, που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Τα μέτρα που θα παρθούν εξαρτώνται από:

1. Το είδος του ραδιοϊσότοπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Κάθε ραδιοϊσότοπο εκπέμπει ορισμένο είδος και ποσό ακτινοβολίας και ένα δικό του χρόνο υποδιπλασιασμού.

Στην εξωτερική εφαρμογή και στην εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν μολύνει τα απεικρίματα της ασθενούς. Όμως η ασθενής είναι πηγή ραδιενέργειας και, επομένως, όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης από αυτήν και του μικρού χρόνου παραμονής κοντά σ' αυτή. Άλλος κίνδυνος των δυο αυτών τρόπων εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων είναι η εκτόπισή τους από το σημείο εμφύτευσης ή εφαρμογής και η μόλυνση του περιβάλλοντος με ραδιενέργεια.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή που γίνεται μετά παρακέντηση πρέπει να παίρνονται μέτρα ώστε:

1. Να αποφεύγεται η διαρροή του διαλύματος από το σημείο εισαγωγής.
2. Να αποφεύγεται η μόλυνση από τυχόν μολυσμένα πτύελα (όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην υπερζωοτική κοιλότητα και το βρογχικό δένδρο).

Στις παραπάνω περιπτώσεις η ελάττωση έντασης της ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ραδιοϊσότοπα είναι συνάρτηση του φυσικού τους μόνο χρόνου υποδιπλασιασμού.

Το προσωπικό που φροντίζει τις ασθενείς που κάνουν ακτινοθεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα πρέπει να φέρει δοσόμετρο (όργανο που μετρά τη δόση έκθεσης στην ακτινοβολία.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν για οποιοδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρήσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο, τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία. Σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου, όπως η εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο, η ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες Rontgen και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, Cesium-137 ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο, για ένα ορισμένο χρόνο. Το ράδιο (ή το cesium) τοποθετείται με τη μορφή βελονών). Για την αποφυγή όμως καταστροφής των παρακείμενων ιστών από την ακτινοβολία α και β (μαλακή ακτινοβολία), τα ραδιενεργά στοιχεία πριν τη χρησιμοποίησή τους τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς (ειδικές θήκες από πλατίνα) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β. Οι υποδοχείς αυτοί απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν να περάσει από το τοίχωμά τους η ακτινοβολία γ (σκληρή ακτινοβολία), που διεισδύει μέσα στον όγκο.

α. Ετοιμασία της ασθενούς για εμφύτευση ραδίου (ή καισίου).

1. Ο γιατρός επεξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που αποφασίστηκε το είδος αυτό της θεραπείας. Η νοσηλεύτρια διασαφηνίζει ή απαντά σε ερωτήσεις της ασθενούς.
2. Ετοιμασία της ασθενούς για την εκτέλεση διαφόρων προκαταρκτικών εξετάσεων (που μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος,

βιοψία (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα, ΗΚΓ, κυτταρολογική.

3. Εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση με την ασθενή σχετικά με τις προκαταρκτικές εξετάσεις ή τη θεραπεία.
4. Ετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο - γίνεται με γενική νάρκωση - επιπλέον ετοιμασία του εντέρου με υποκλυσμούς και του κόλπου με πλύσεις.

β. Λήψη ακτινογραφίας λεκάνης αμέσως μετά την τοποθέτηση ραδίου για τη διαπίστωση τυχόν μετακίνησής του από τη θέση του. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται αμέσως η αφαίρεση και η διόρθωση, γιατί υπάρχει κίνδυνος, όχι μόνο να μην καταστραφεί όπως πρέπει η καρκινική επεξεργασία, αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά, το χειρότερο, να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς ή να δημιουργηθούν από τη ραδιονέκρωση επικίνδυνα συρίγγια προς την κύστη ή το ορθό. Επειδή τα συρίγγια αυτά συνοδεύονται από μόλυνση και πυρετό, επιβάλλεται πολλές φορές η διακοπή της θεραπείας.

γ. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά το διάστημα παραμονής του ραδίου στη μήτρα και τον τράχηλο. Η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου στη θέση τους είναι επιτακτική και θα πρέπει ν' αποφευχθεί κάθε αλλαγή της θέσης τους. Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα θα πρέπει ν' αποβλέπουν στην εκπλήρωση αυτού του αντικειμενικού σκοπού.

1. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα για μείωση του περισταλτισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόπισης των υποδοχέων.
2. Συχνή παρακολούθηση του καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων. Μια διαταμένη κύστη μπορεί να

πλησιάζει την περιοχή της ραδιενέργειας με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικό έγκαυμα.

3. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, έμετος, αύξηση της θερμοκρασίας, και άμεση αναφορά στο γιατρό για τροποποίηση της δόσης της ακτινοβολίας.
  4. Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.
  5. Χορήγηση χυμών βιταμίνης C για την επιδιόρθωση των ιστών.
  6. Τοποθέτηση της ασθενούς σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 30°.
  7. Παροχή σωματικής φροντίδας και εξασφάλιση άνεσης στην ασθενή. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παραμένει κοντά στην ασθενή τον ελάχιστο δυνατό χρόνο, κατά τον οποίο θα δίνει και τη φροντίδα στην ασθενή, για την προστασία του εαυτού της από τη ραδιενέργεια.
  8. Ανακούφιση της ασθενούς από το άγχος και το φόβο, χρησιμοποιώντας συνετά το χρόνο της παραμονής της κοντά στην άρρωστη. Απασχόληση της ασθενούς σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.
  9. Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας να μην εκτοπιστούν οι βελόνες ραδίου.
- δ. Αφαίρεση ραδίου.
1. Ειδοποίηση του χειρουργού για την αφαίρεση του ραδίου (ή του καισίου) μετά τη λήξη του χρόνου εφαρμογής.
  2. Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλου νεφροειδούς.

3. Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό των βελονών που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνεί μ' αυτόν που θα αφαιρεθούν.
4. Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων χειρισμού και μεταφοράς του ραδίου στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.
5. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του ραδίου και πριν από την έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι.

ε. Φροντίδα της ασθενούς μετά την ακτινοβολία.

1. Διατήρηση του δέρματος της ασθενούς (που εκτίθεται στην ακτινοβολία) στεγνού.
2. Ναυτία και έμετοι μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Δεν πρέπει ποτέ να πληροφορηθεί η ασθενής ότι μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και έμετοι, γιατί η υποβολή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων.
3. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου, διάρροια, τεινεσμός - αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.
4. Τονισμός της σπουδαιότητας της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για έξι μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.

- Pap test θετικό σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχίας.

Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.

- Εάν το Pap test είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στο γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα (σε εξαμηνιαία βάση). 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Γι' αυτό το λόγο η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση

είναι βασικής σημασίας ακόμη και αν η ασθενής είναι ασυμπτωματική.

### Αντιμετώπιση επιπλοκών

#### 1. Υποτροπή: Κολπικό θόλο

##### α. Εκτίμηση

- Υποπτο Pap-test (στάδιο III)

- Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν τον όγκο στα παραμήτρια.

- Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.

- Άγχος, φόβος.

##### β. Παρέμβαση.

- Ενημέρωση της ασθενούς για το σκοπό, τις παρενέργειες και τη θεραπεία των παρενεργειών. Ετοιμασία της για πνευλική ακτινοθεραπεία.

- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας για μείωση του άγχους.

- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος.

- Προσαγωγή ανάπαυσης.

- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες.

- Παρότρυνση για συχνή ιατρική παρακολούθηση - check up.

#### 2. Υποτροπή: Κύστη

##### α. Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια

- Αιματουρία.

## β. Παρέμβαση

- Ετοιμασία της ασθενούς για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πνευλογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικό ένδυμα, βαριούχο υποκλυσμό.

- Ετοιμασία της ασθενούς για πνευλική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια).

1. Διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με:
  - α. Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης.
  - β. Προεγχειρητικές διαδικασίες.
  - γ. Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.
  - δ. Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων.
2. Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.
3. Προετοιμασία του εντέρου για χειρουργείο με τη χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία της κοιλιάς.
4. Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση της ΚΦΠ.
  - Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.
  - Βοήθεια της ασθενούς ώστε ν' αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.
  - Μέτρα για μείωση του πόνου, του άγχους και της δυσχέρειας.

- Μετεγχειρητική διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.

- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς ώστε ν' αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.

- Εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας και της υποστήριξης κατά την περίοδο της ανάρρωσης:

- α. Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
- β. Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.
- γ. Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, εάν το επιθυμούν.

### 3. Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

#### α. Εκτίμηση

- Πόνος στη ράχη.
- Απώλεια βάρους, κόπωση.
- Κατάθλιψη, απογοήτευση.

#### β. Παρέμβαση

- Ετοιμασία της ασθενούς για χημειοθεραπεία.

1. Διατήρηση της θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης.
2. Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας.
3. Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη.

- Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. πόνου, ναυτίας, έμετου, αιμορραγίας βλεννογόνου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας.

- Μείωση του κινδύνου λοίμωξης.

- Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση των αισθημάτων.

- Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν ανοχή στο φάρμακο.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία, καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Ορισμένα προκαλούν διάρροια και άλλα δυσκοιλιότητα. Επίσης επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες, κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών, επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Τέλος, μπορεί να έχουν τοξική δράση σε διάφορα σπουδαία όργανα, όπως νεφροί, ήπαρ, κεντρικό νευρικό σύστημα.

Τα προβλήματα της άρρωστης είναι:

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας, που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).

- α. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία.
- β. Λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.

2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).

- α. Προστασία ασθενούς από μολύνσεις.
- β. Διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος.
- γ. Αποφυγή ρευμάτων.
- δ. Αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις.
- ε. Προσεκτική φροντίδα του στόματος.

3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).

- α. Γεύματα συχνά και μικρά.
- β. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και ελαφρά.
- γ. Χορήγηση βιταμινών.

4. Διαταραχή υγρών - ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια - δυσκοιλιότητα).

α. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.

β. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

γ. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς, το ήπαρ.

6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

α. Προετοιμασία της ασθενούς με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.

β. Βοήθεια της ασθενούς να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

γ. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα της ασθενούς.

δ. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

Βασικός σκοπός της παραπάνω νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

α. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.

β. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.

γ. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών, καθώς και η αντιμετώπισή τους.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     V I I

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Α1ο Περιστατικό

## Ιστορικό ασθενούς

Η ασθενής Κατσούλα-Μαλαφούτη Μαργαρίτα, 33 ετών, στις 19.7.93 εισέρχεται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στη γυναικολογική κλινική.

Η κυρία Κατσούλα ήρθε στην κλινική με καρέκλα και συνοδευόταν από το σύζυγό της.

Η γενική της κατάσταση δεν ήταν καλή. Είχε: αρτηριακή πίεση 100/50 mmHg, θερμοκρασία 36,2° και σφύξεις 65/λεπτό.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό (οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της αλλά και από το ιατρικό ιστορικό) έμαθα ότι: Η ασθενής είναι έγγαμη, νοικοκυρά και μητέρα 2 κοριτσιών, ηλικίας 10 και 7 χρονών.

Όπως αναφέρει η ίδια, είχε έναρξη της έμμηνου ρύσης σε ηλικία 12 ετών. Διαρκούσε 5 ημέρες περίπου και συχνά παρουσίαζε ανωμαλίες (μητρορραγίες). Είχε πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, σε 14 ετών. Συχνά παρουσίαζε φλεγμονές στο γεννητικό σύστημα, κυρίως κολπίτιδες.

Στο ιστορικό της αναφέρει μια κρουσηξία στο παρελθόν και τέσσερες τεχνητές διακοπές κύησης. Είναι καπνίστρια (1-10 τσιγάρα την ημέρα) και ζει μέσα σε περιβάλλον καπνιστών. Στο παρελθόν, σε

μικρή ηλικία, είχε υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή και σε σκωληκοειδεκτομή.

Στο οικογενειακό της ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα της έχει καρκίνο των ωοθηκών, ενώ η μια αδελφή της παρουσίασε δυσπλασία τραχήλου.

Είναι παλαιά ασθενής και έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν, για αρκετό χρονικό διάστημα, στην ίδια κλινική, με διάγνωση Ca τραχήλου.

Επισκέφθηκε πρώτη φορά τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής στις 21.4.1992 με έντονη μητρορραγία, το οποίο ήταν θετικό για κακοήθεια.

Γίνεται αξονική τομογραφία κοιλίας με ευρήματα:

Ηπαρ, σπλην, πάγκρεας, νεφροί, επινεφρίδια, χωρίς εστιακές αλλοιώσεις.

Η μήτρα και τα παραμήτρια παρουσιάζουν αυξημένες διαστάσεις, ανομοιογενή υφή, ασαφή όρια και έρχεται σε άμεση επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως, χωρίς να είναι δυνατό να αποκλεισθεί η διήθηση αυτής. Υπάρχουν διογκωμένοι λεμφαδένες περίξ των έσω λαγωνίων αγγείων.

Στις 25.4.1992 γίνεται βιοψία τραχήλου και η διάγνωση ήταν: Καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου τραχήλου. Το νεόπλασμα διηθεί όλο το τοίχωμα του τραχήλου μέχρι τον ορογόνο και επεκτείνεται στον κόλπο και στο μυομήτριο.

Η τελική διάγνωση ήταν Ca τραχήλου μήτρας St. IIa. Αποφασίζεται να γίνει εγχείρηση, ριζική υστερεκτομή, στις 13.5.92. Η εγχείρηση πραγματοποιήθηκε με τη συγκατάθεση της ίδιας και του συζύγου της. Η ασθενής είχε καλή μετεγχειρητική πορεία.

Ακολούθησε ακτινοθεραπεία για διάστημα δυο μηνών περίπου και η ασθενής μετά βρισκόταν σε καλή κατάσταση. Επανήλθε και πάλι στα εξωτερικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής στις 20.2.93 με έντονα προβλήματα στο ουροποιητικό σύστημα και οξύ πόνο στην κοιλιακή χώρα.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο που έγινε προέκυψε ότι είχαν γίνει μεταστάσεις στην ουροδόχο κύστη και σε ένα τμήμα των ουρητήρων. Αποφασίστηκε να γίνει νέο χειρουργείο, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 3.3.1993.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε ειλεοκύστη, αφαίρεση της ουροδόχου κύστης και τμήματος των ουρητήρων, συνένωση των 2 ουρητήρων στο ύψος των στομίων τους και εκβολή στο ένα άκρο της αποσκοπείσης εντερικής έλικος, έξοδο του ελεύθερου άκρου της ειλεοκύστης και καθήλωσή του στο δέρμα.

Παρουσιάστηκαν πολλά μετεγχειρητικά προβλήματα και συνεχιζόμενη απώλεια ούρων από την αναστόμωση των ουρητήρων εξωτερικά.

Η ψυχολογική της κατάσταση επιδεινώθηκε και παρουσίασε έντονα συμπτώματα μελαγχολίας και κατάθλιψης.

Το επόμενο χρονικό διάστημα η ασθενής έμπαινε συνεχώς στο νοσοκομείο και έβγαινε με τη θέλησή της, γιατί, όπως έλεγε, ήθελε να βλέπει τα παιδιά της και να μένει κοντά τους λίγες ημέρες.

Τώρα πλέον βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της νόσου. Οι προγνώσεις των γιατρών είναι δυσμενείς. Ζει μόνιμα σ' ένα θάλαμο της κλινικής, είναι διαρκώς κλινήρης και αδυνατεί να σηκωθεί, λόγω αδυναμίας και της ορθοστατικής υπότασης. Παρουσιάζει απίσχνανση (σωματικό βάρος 25 kgr) και βρίσκεται σε κατάσταση υποσιτισμού.

Χωρίς λήψη κυτταροστατικών φαρμάκων αναφέρει τριχόπτωση τριχωτού κεφαλής. Η διάχυτη αυτή αλωπεκία οφείλεται στη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου της.

Πάσχει από συνεχή έντονο πόνο στο περίνεο, στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανάκλαστικά στην οσφυϊκή χώρα. Η κατάσταση της εκτιμήθηκε από το Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου, το οποίο συνέστησε Morficontin tabl. 1x2 και Minitrans tabl. 1x2.

Δόγω των ανωτέρω παρουσιάζει αϋπνία και κατάθλιψη. Δεν μιλεί καθόλου και επικοινωνεί με το περιβάλλον της μόνο με τα μάτια.

Παρουσιάζει έντονο μετεωρισμό, με ήχο μεταλλικό κατά την επίκρουση, ενώ υποχώρησαν οι έμμετοι μετά τη λήψη Zofran 1x2.

Η φαρμακευτική της αγωγή είναι:

Tonotil amp. 1x2

Minitran tabl. 1x2

Mosegam sir. 1x2

Zofron 1x2

Δυστυχώς δεν υπάρχει δυνατότητα βελτίωσής της. Καθημερινά η κατάσταση της χειροτερεύει και οι ιατροί πιστεύουν ότι θα καταλήξει σύντομα.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Έντονος πόνος.	Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνισή του.	Ανακούφιση από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Εξασφάλιση ηρεμίας και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. Απασχόλησή της την ώρα του έντονου πόνου, με ευχάριστα θέματα.	Συστηματική χορήγηση των φαρμάκων που συνέστησε το ιατρείο πόνου (mirficonin tabl. 1x2, minitrans tabl. 1x2). Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο. Τακτική αλλαγή της θέσεως της ασθενούς. Ζεστό και φιλικό πλαίσιο της άρρωστης και συζήτηση μαζί της. Ακουσμα από το ραδιόφωνο των αγαπημένων της τραγουδιών.	Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων δεν ήταν ικανοποιητική, καθώς ο πόνος παρέμεινε έντονος. Αναγκαία η σύσταση επανεξέτασης της ασθενούς από το ιατρείο πόνου.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Περιποίηση παρά φύσιν έδρας	Αποφυγή κακοσμίας. Δημιουργία άνεσης στην ασθενή.	Να προφυλάξουμε την ασθενή από αδιάκριτα βλέμματα. Να γίνεται η αλλαγή πάντα πριν από το φαγητό. Να γίνει ρύθμιση των κενώσεων ώστε να μπορούμε να ρυθμίσουμε το χρόνο των κενώσεων. Να χρησιμοποιηθούν αποσμητικές ουσίες την ώρα της αλλαγής. Συγκέντρωση όλων των απαραίτητων υλικών για	Δίνουμε τα γεύματα της άρρωστης σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές, ενώ τις πρώτες ημέρες ο χρόνος των κενώσεων ρυθμίζεται με υποκλυμούς. Απομακρύνουμε όλους τους επισκέπτες από το θάλαμο και τοποθετούμε παραβάν γύρω από την άρρωστη. Χρησιμοποιούμε αποσμητικό σπρέι πριν την έναρξη της περιποίησης. Την ώρα της αλλαγής απο-	Η ρύθμιση των κενώσεων ήταν σωστή και η περιποίηση γινόταν τον κατάλληλο χρόνο.



Πρόβλημα	Αντικ. Σκοπός	Προγρ/τισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελ/τος
		την περιποίηση του υγιούς δέρματος.	<p>φεύγουμε τους μορφασμούς που δείχνουν δυσαρέσκεια για το είδος της εργασίας.</p> <p>Χρησιμοποιούμε το δίσκο που περιέχει: χάρτινες σακούλες, κρέμα για το δέρμα, αιθέρα, φυσιολογικό ορό, τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών, νεφροειδές, κολοπλάστ και σετ με τις δυο λαβίδες, τις γάζες και τα τούλιπα από βαμβάκι. Ελέγχουμε για καλή εφαρμογή της σακούλας. Παρακολουθούμε τη σύσταση, το χρώμα και το ποσό του περιεχομένου του εντέρου. Μόλις τελειώσει η αλλαγή γίνεται περιποίηση του υγιούς δέρματος με τη χρησιμοποίηση δίσκου που περιέχει: λεκάνη, κανάτα με χλιαρό νερό, τρίφτη, σαπούνι και νεφροειδές.</p>	

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Καθημερινή ατομική καθαριότητα	Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χαλάρωση του μυϊκού τόνου. Διατήρηση λειτουργιών του δέρματος. Απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών, των νεκρών κυττάρων. Διέγερση της κυκλοφορίας με την τριβή και την επίδραση του θερμού.	Ενημερώνουμε την ασθενή. Εξασφαλίζουμε κατάλληλη θερμοκρασία περιβάλλοντος, μοναχικότητα της άρρωστης. Συγκεντρώνουμε όλα τα απαραίτητα αντικείμενα πριν αρχίσουμε. Να γίνει αλλαγή του ιματισμού.	Απομακρύνουμε τους επισκέπτες από το θάλαμο και χρησιμοποιούμε παραβάν. Κλείνουμε τις πόρτες και τα παράθυρα. Εργαζόμαστε σύντομα και συστηματικά για να μην κρυώσει και κουραστεί η ασθενής. Ξεκινάμε από την κεφαλή και κατεβαίνουμε προς τα κάτω. Επιμένουμε ιδιαίτερα και κάπου με εντροπή στις περιοχές που πιέζονται.	Προσφέρουμε ανακούφιση και ευχαρίστηση στην ασθενή, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουμε την αποφυγή των κατακλίσεων.

2ο περιστατικό

Επώνυμο: Χριστοδούλου

Όνομα: Βασιλική

Ηλικία: 62 ετών

Τόπος γέννησης: Αίγιο

Η ασθενής, συνταξιούχος ΙΚΑ, είναι έγγαμη και μητέρα ενός παιδιού (θήλεως, έτος γεννήσεως 1947).

Η ασθενής είχε εμμηναρχή στην ηλικία των 13 ετών. Είχε φυσιολογική έμμηνο ρύση 28 ημερών. Τελευταία έμμηνο ρύση είχε προ 12ετίας. Δεν παρουσίασε ανωμαλία Ε.Ρ. και δεν χρησιμοποίησε ποτέ αντισύλληψη. Δεν έχει κάνει καμία έκτρωση, ενώ έχουν γίνει 8 αποξέσεις.

Παρουσιάζει ακράτεια ούρων, ενώ δεν έχει άλγος κατά την επαφή. Test-ρρρ δεν έγινε ποτέ, αλλά ούτε και της συνεστήθη να κάνει από Ε.Ι. Δεν έχει κάνει καμία γυναικολογική επέμβαση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ: Στις 25.2.1993 η ασθενής παρατήρησε κολπικά υγρά 4-5 μέρες και μετά είχε μητρορραγία για 4-5 ημέρες. Η ασθενής επισκέφθηκε εξωτερικό ιατρό, ο οποίος διέγνωσε πολύποδα τραχήλου και της συνέστησε αφαίρεση, η οποία και έγινε στις 21.3.93. Εστάλη προς βιοψία.

Η διάγνωση ήταν διηθητικό μέτριας διαφοροποίησεως καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου (επιδερμοειδές) τραχήλου μήτρας.

Υστερα από τη διάγνωση προσήλθε στα Ε.Ι. του Π.Π.Ν.Ρ. για αντιμετώπιση. Εγινε εισαγωγή στη γυναικολογική κλινική στις 30.3.1993, με σκοπό να υποβληθεί η ασθενής σε υστερεκτομή.

Εγιναν στην ασθενή όλες οι απαραίτητες εξετάσεις και η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου έδειξε ότι ο σπλην είναι σαφώς διογκωμένος και φέρει αποτιτάνωση της καψης του στο έξω πλάγιο του οργάνου. Το πάγκρεας και τα επινεφρίδια εικονίζονται κατά φύση, καθώς και οι νεφροί, χωρίς σημεία απόφραξης. Η μήτρα έχει έντονη δεξιά κλίση, αλλά το παραμήτριο λίπος δεν εμφανίζει σημεία διήθησης. Φυσιολογικά διαγράφεται η ουροδόχος κύστη. Δεν ανιχνεύθηκαν λεμφαδενικές διογκώσεις.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε εγχείρηση με γενική αναισθησία. Εγινε ριζική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και είχε καλή μετεγχειρητική πορεία. Της έγιναν συστάσεις για επανεξέταση και εξήλθε από το νοσοκομείο στις 9.4.93.

Ακολούθησε εξωτερική ακτινοθεραπεία για το χρονικό διάστημα από 29.5.93 έως 20.8.93, 5.000 rads σε όλη την πύελο, προσθιο-οπίσθιο πλάγια αρ-δεξιά πεδία. Αργότερα έγινε ένα test-pap το οποίο ήταν αρνητικό για κακοήθεια.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσματος
Πόνος	Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνισή του.	Ανακούφιση από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων το βράδυ μετά από οδηγία ιατρού. Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς με την απομάκρυνση συγγενών από το θάλαμο. Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. Αποφυγή πιέσεως του τραύματος λόγω του βάρους των κλινοσκεπασμάτων. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	Εγινε χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική οδηγία (Aprotel amp 1x1). Εγινε χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων το βράδυ (Stedron 5 mg 1x1). Απομάκρυνση των συγγενών από το θάλαμο, εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος. Ελαφρύνουμε τα κλινοσκεπάσματα. Γίνεται αλλαγή της θέσης της ασθενούς. Εγινε ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης.	Ο πόνος μετά τη χορήγηση φαρμάκων υποχώρησε σταδιακά και μειώθηκε στο ελάχιστο δυνατό.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ναυτία, έμετος	Να απαλλάξουμε την ασθενή από τα συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της γενικής αναισθησίας που δέχτηκε κατά τη διάρκεια της εγχείρησής της.	Να δράσουμε έτσι ώστε να αποφύγουμε εισρόφηση εμεσμάτων από την άρρωστη. Να αποφύγουμε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών. Φροντίζουμε για την καθαριότητα της ασθενούς.	Τοποθετούμε την κεφαλή της ασθενούς σε πλάγια θέση. Την προμηθεύουμε με ένα νεφροειδές. Σε συνεχιζόμενους εμέτους ενημερώνουμε τον ιατρό. Χορηγούμε, μετά από οδηγία ιατρού, ηλεκτρολύτες ενδοφλεβίως (Dextroze 5%) και αντιεμετικά φάρμακα (Prim-peran amp 1x2). Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Αλλάζουμε τα λευκείματα της άρρωστης. Αναγράφουμε στη λογοδοσία την ποσότητα, τη συχνότητα και το χαρακτήρα των εμεσμάτων.	Στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των εμέτων και αποκατάσταση της ναυτίας.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Υπέρταση	Σκοπός μας είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης και η σταθεροποίησή της σε φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση αντιυπερτα- σικών φαρμάκων πάντα σε συνεννόηση με το γιατρό. Λήψη αρτηρια- κής πίεσης σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ακριβής καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Παρακολούθηση της α- σθενούς για συμπτώμα- τα όπως κεφαλαλγία - δύσπνοια και ζάλη και ενίσχυση της ψυχολο- γικής της κατάστασης.	Μετά από ιατρική οδηγία έγινε χορήγηση φαρμάκων όπως Catapresan. Γίνεται συχνή καταγραφή και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται σε συχνή επαφή με την άρρωστη, εκτιμώντας έτσι την κατάστασή της.	Καταφέραμε να μειώσουμε την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά όχι και τη μόνιμη σταθεροποίησή της στα επί- πεδα αυτά, λόγω χρόνιου προβλήματος της ασθενούς.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πυρετός	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό. Σε μικρό χρονικό διάστημα η ασθενής πρέπει να έχει απαλλαγεί από τον υψηλό πυρετό.	Να χορηγηθούν άφθονα υγρά αν επιτρέπεται. Να εφαρμοστούν ψυχρές περιτυλίξεις, μειώνοντας έτσι τη θερμοκρασία ή αν επιτρέπεται να γίνει δροσερό λουτρό. Προφυλάσσουμε την άρρωστη από κρυολόγημα με την αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων. Μετράμε και καταγράφουμε τη θερμοκρασία σε τακτά χρονικά διαστήματα.	Εγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για χορήγηση υγρών από το στόμα. Τοποθετήθηκαν ψυχρές κομπρέσες. Εγινε προφύλαξη της άρρωστης από τυχόν κρυολογήματα. Εγινε τρίωρη λήψη θερμοκρασίας μέχρι τη σταθεροποίησή της. Η ασθενής βρίσκεται σε συχνή παρακολούθηση. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα σε συνεννόηση με το γιατρό, όπως Aprotel.	Με την έγκαιρη παρέμβαση της νοσηλεύτριας και τη συνεργασία της ασθενούς καταφέραμε να σταθεροποιήσουμε σε φυσιολογικές τιμές τη θερμοκρασία.



Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
		<p>Παρακολουθούμε την άρρωστη για εμφάνιση δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί ο πυρετός. χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα με εντολή ιατρού και παρακολουθούμε τη δράση τους.</p> <p>Τοποθέτηση της κεφαλής της άρρωστης προς τα πλάγια.</p>		

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ανησυχία, φόβος της ασθενούς και της οικογέ- νειας της.	Καταπολέμηση στο ελάχιστο του άγχους τόσο της ασθενούς όσο και της οικο- γένειάς της.	Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της νόσου, το είδος της θεραπείας που θα ακο- λουθήσει χρησιμοποιώ- ντας απλούς όρους, ώστε να γίνουν κατανοητά αυτά που θα λεχθούν στο βαθμό που πρέπει. Να διαθέσουμε χρόνο για την ακρόαση των ανησυ- χιών και των προβλημά- των της.	Εγινε συζήτηση με την ασθενή και ενημέρωσή της για τη φύση της νόσου και τη θεραπεία της. Εγινε ακρόαση και προσφέρθηκε βοήθεια στην άρρωστη και την οικογένειά της, να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους.	Μείωση της α- νησυχίας και του φόβου της ασθενούς. Η ασθενής α- πέκτησε αι- σθήματα εμπι- στοσύνης, ελ- πίδας και αι- σιοδοξίας με την πολύτιμη ψυχολογική στήριξη.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
	<p>Να γίνει ενθάρρυνση και διαβεβαίωση της ασθενούς για την επιτυχία του προγράμματος θεραπείας.</p> <p>Να δείξουμε αισιοδοξία και ελπίδα στην ασθενή για το μέλλον.</p> <p>Να γίνει διδασκαλία στην οικογένεια της ασθενούς και ιδιαίτερα στο σύζυγο για να φροντίσει και να υποστηρίξει την ασθενή.</p>		<p>Εγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας της.</p> <p>Εγινε διδασκαλία περί της υποστήριξης από την οικογένειά της και ενημέρωση για τη φροντίδα τους προς την ασθενή.</p>	

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κλείνοντας το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να διατυπωθούν ορισμένες συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Εγινε κατανοητό ότι ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας είναι θεραπεύσιμος, σε ποσοστό που αγγίζει το 100%, αν προληφθεί και διαγνωστεί στα πρώτα στάδια.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι προτάσεις - λύσεις που ενδείκνυνται έτσι ώστε η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας να γίνει μια απτή πραγματικότητα είναι οι ακόλουθες:

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων για τον καρκίνο. Το Pap-test και οι υπόλοιπες διαγνωστικές μέθοδοι πρέπει να μπορούν να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.
2. Εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου, με σεμινάρια που πρέπει να προγραμματίζουν οι ανάλογοι φορείς υγείας.
3. Προληπτική ενημέρωση των γυναικών, μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η διαφώτιση του κοινού από τις νοσηλεύτριες πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα εκείνα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε ένα νικηφόρο τέλος.

Στη νοσηλεύτρια ανήκει η φροντίδα της ασθενούς, όχι μόνο στα τυπικά πλαίσια της εργασίας της, αλλά και η ψυχολογική φροντίδα και αποκατάστασή της. Αλλωστε είναι γνωστό πόσο ο ψυχολογικός τομέας επηρεάζει τη φυσική κατάσταση και καμιά φορά η έκβαση μιας ασθένειας κρίνεται από την καλή ή όχι ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται στον ασθενή.

Ελπίζουμε ότι τα τελευταία επιτεύγματα της επιστήμης θα είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου. Όπως αναφέρει ο Fegerl: "Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρηθεί σαν αποτυχία των υπεύθυνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού".

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραβαντινός Ι. Διονύσιος. "Φυσιολογία της γυναίκας".  
Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- Αραβαντινός Ι. Διονύσιος. "Παθολογία της γυναίκας". Επιστημονικές  
εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Βαργεμεζή Ευαγγελία. "Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με αλλαγή  
σωματικού ειδώλου-Αφαίρεση (μερική ή ολική) γεννητικών οργά-  
νων". Πρακτικά ημερίδας "Αλλαγή της σωματικής εικόνας. Μια  
ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκί-  
νο". ΕΣΔΝΕ - Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Αθήνα, 1992.
- Berek S. Jonathan. "Practical Gynecologic Oncology". Williams &  
Wilkins, eds, Baltimore, USA, 1989.
- Garrey/Govan/Hodge/Callander. "Γυναικολογία". Μετάφραση Γ. Σαρρή,  
Π. Ανδρικόπουλος. Β' Έκδοση, Εκδόσεις Δημ. Γιαννακόπουλος,  
Αθήνα 1978.
- Κουρούνης Σ. Γιώργος. "Παθολογία τραχήλου μήτρας - κολποσκόπηση".  
Β' Έκδοση. Εκτύπωση Φωτολιθογραφική, Π. Σιλίρης - Ε.  
Επισκοπάκης, Αθήνα 1991.
- Κυριακίδου Ελένη. "Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας/επισκέπτριας  
στην ογκολογική νοσηλευτική". Περιοδικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τεύχος  
5ο, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1986.
- Μανταλενάκης Ι. Σέργιος. "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας".  
Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Μορτάκης Ε. Αλέξανδρος. "Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του κατώτερου  
γεννητικού συστήματος της γυναίκας". Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα  
1992.

Παπαλουκάς Χρ. Αριστοφάνης. "Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής". Τόμος Α', University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1985.

Παπαλουκάς Χρ. Αριστοφάνης. "Γυναικολογική Ογκολογία". University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.

Παπανικολάου Α. Νίκος. "Γυναικολογία". Β' έκδοση, Εκδόσεις "Φωτοτυπική", Θεσσαλονίκη 1986.

Παπανικολάου Α. Νίκος. "Γυναικολογική Ογκολογία", Εκδόσεις "Φωτοτυπική", Θεσσαλονίκη 1987.

Πατηράκη Ελισάβετ. "Υπεύθυνη νοσηλευτική ανταπόκριση στο κάλεσμα του ανθρώπου με καρτίνο που πονά". Πρακτικά ΙΒ' Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 1985.

Πατηράκη Ελισάβετ. "Νοσηλευτικά προβλήματα στη χειρουργική ογκολογία". Περιοδικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Τεύχος 2ο, Μάρτιος - Απρίλιος 1986.

Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία. "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες". Τόμος 1ος, Β' Επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.

Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία. "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες". Τόμος 2ος/Μέρος Β', Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1988.

