

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α :

ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
ΚΑΙ
ΕΛΛΗΝΙΔΑ



ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΘΑ
ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ
ΚΟΝΔΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ.

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2653
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΟΡΟΛΟΓΙΑ	7
- Screening - Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος.....	7
- Κυτταρολογία	8
- Ιστολογικοί και Κυτταρολογικοί όροι	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	10
Ανατομική Περιγραφή του τραχήλου.....	10
- Φυσιολογία των τραχηλικών κυττάρων.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	12
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (προδιαθεσικοί παράγοντες)	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	15
Τυπική ανάπτυξη της Πάθησης.....	15
Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία CIN.....	16
ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	18
• Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.....	18
• Διηθητικό καρκίνωμα	18
• Αδενοκαρκίνωμα	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	21
ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΟΛΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΩΝ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	25
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΟΣ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	28
Οδηγίες προς την ασθενή πριν την λήψη του τεστ Παπανικολάου.....	28
Τρόπος λήψης του τεστ Παπανικολάου	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	31
Ηλικία της γυναίκας κατά την πρώτη λήψη του τεστ Παπανικολάου και ηλικία κατά την τελευταία λήψη.....	31
Κατάλληλη χρονική απόσταση μεταξύ δύο διαδοχικών τεστ Παπανικολάου	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	34
ΨΕΥΔΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΕΥΔΩΣ ΘΕΤΙΚΑ ΚΟΛΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΑ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο	36
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ CIN – ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΩΝ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο	40
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	40
- Οδηγίες ελέγχου	40
- Ειδικά κλινικά προβλήματα	41
- Κλινικά βήματα	42
- Συμπεράσματα.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 ^ο	43
ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΟΥΜΕ ΤΟ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 ^ο	47
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.....	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	48
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
- ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (Πίνακες – Γραφικές Παραστάσεις.....	52
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	80
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	84
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ – SUMMARY.....	86
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	90

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υπεροχή της προληπτικής ιατρικής σε σχέση προς τη θεραπευτική ιατρική θεωρείται δεδομένη. Η προληπτική ιατρική επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας απ' όυ η θεραπευτική ιατρική και είναι η μόνη που μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες νοσηρότητας. Επιπλέον τα μέτρα προληπτικής ιατρικής θεωρούνται αποδοτικότερα από οικονομική άποψη και περισσότερο συμβατά με την περιφρούρηση της ποιότητας της ζωής¹.

Με αφορμή τις παραπάνω υποθετήσεις θελήσαμε να ασχοληθούμε μ' ένα σημαντικό κι επιτυχημένο κομμάτι της πρωιογενής πρόληψης, το τεστ Παπανικολάου. Συγκεκριμένα το γενικό μέρος της έρευνάς μας αναφέρεται στον καρκίνο του τραχήλου και σε ότι αφορά την λήψη των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων, την κατάταξη και την αντιμετώπιση τους. Στη συνέχεια, στο ειδικό μέρος αναλύεται η σχέση της σημερινής Ελληνίδας με το τεστ Παπανικολάου. Αναλυτικότερα το ειδικό μέρος περιέχει τον σκοπό για το οποίο έγινε αυτή η έρευνα, το υλικό και την μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε καθώς επίσης τα αιτιολόγια, της έρευνας την συζήτηση πάνω σε αυτά και τα συμπεράσματα.

Ελπίζουμε αυτό το μικρό ερευνητικό βήμα να γίνει αφορμή κι άλλων ερευνητικών προσπαθειών στον τομέα της πρόληψης με απώτερο σιόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας και γενικότερα του ανθρώπου.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους βοήθησαν, ο καθένας με το δικό του τρόπο, στην υλοποίηση της προσπάθειας μας αυτής. Τέλος πιστεύουμε ότι είναι πρέπει να αφιερώσουμε την ερευνητική μας μελέτη στην γυναίκα που είναι πηγή ζωής και δύναμης.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι η δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια στον άνθρωπο. Παγκοσμίως περισσότερες από 450.000 περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Στις Η.Π.Α. ο Αμερικανικός Σύλλογος για τον Καρκίνο (A.C. Society) εκτιμά ότι υπήρξαν 15.700 νέες περιπτώσεις και 4.900 θάνατοι το 1996².

Παράλληλα έχει υπολογιστεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου είναι η έβδομη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις Η.Π.Α. και η πιο συχνή αιτία καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως^{3,4}.

Έχει εκτιμηθεί επίσης ότι στις Η.Π.Α. είναι τώρα ο όγδοος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες και στην σειρά ο τρίτος γυναικολογικός καρκίνος¹.

Το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους καρκίνους παγκοσμίως. Μεταξύ των αναπτυσσομένων χωρών, είναι ο πιο συχνός καρκίνος και η αρχική αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35 έως 45 χρόνων. Είναι επίσης ο πρώτος σεξουαλικά μεταδιδόμενος καρκίνος παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι 440.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου συμβαίνουν ετησίως παγκοσμίως με κατά προσέγγιση 80% από αυτούς τους καρκίνους να συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στο βιομηχανοποιημένο κόσμο, ο καρκίνος του τραχήλου είναι σχετικά ασυνήθες γεγονός, βρισκόμενος δέκατος στην σειρά πίσω από περισσότερο συνηθισμένους καρκίνους όπως αυτούς του στήθους, του πνεύμονα, του εντέρου και του ορθού και του προστάτη⁵.

Επίσης στις αναπτυσσόμενες χώρες ο καρκίνος του τραχήλου, ακόμα συμβαίνει σε επιδημικές αναλογίες όπου ένας υπολογιζόμενος αριθμός 460.000 νέων περιστατικών κάθε έτος θα διαγνωσθεί. Αυτό αντιπροσωπεύει κατά προσέγγιση 77 επί τοις εκατό των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως και στην Νότια Αφρική 32,7 επί τοις εκατό των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου μεταξύ των μαύρων γυναικών. Μια άλλη τρομακτική στατιστική είναι ο επιπολασμός του CIN⁶ μεταξύ των γυναικών των αναπτυσσομένων χωρών. Μια μελέτη που συντάχθηκε στην Νότια Αφρική έδειξε ότι κατά προσέγγιση 41 κάθε 1.000 μαύρες γυναίκες που παρακολουθούνται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αστικές περιοχές θα έχουν πολύ μεγάλες ανωμαλίες στο τραχηλικό τους επιχρίσμα, για παράδειγμα 28 ανά 1.000 είχαν CIN και 13 ανά 1.000 είχαν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου⁶.

Τέλος ο καρκίνος του τραχήλου παραμένει μια σημαντική αιτία αναπόφευκτης θνησιμότητας από καρκίνο στις ηλικιωμένες γυναίκες. Οι γυναίκες πάνω από 65 ετών αποτελούν το 13% του συνολικού αμερικανικού γυναικείου πληθυσμού αλλά υπολογίζεται ως το 25% των νέων περιστατικών και 41% των θανάτων από αυτή την πάθηση⁷.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου ακολουθεί μια σταδιακή αργή αλλαγή που ξεκινά με κυτταρική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Μία καλά διαφοροποιημένη (χαμηλού βαθμού) αλλοίωση περνά μέσα σε μία λιγότερο καλά διαφοροποιημένη φάση και γίνεται μια αδιαφοροποίητη (υψηλού βαθμού) ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση. Σε οποιοδήποτε σημείο αυτής της προκαρκινικής διαδικασίας, η πάθηση έχει την ικανότητα να υποτροπιάσει. Η δυσπλασία ανιχνεύεται τυπικά σε γυναίκες από την εφηβική τους ηλικία μέχρι και τα 30 τους χρόνια, ενώ ο διηθητικός καρκίνος παρατηρείται περισσότερο συχνά σε γυναίκες 45 χρόνων ή μεγαλύτερες. Η σχετικά μακρά λανθάνουσα περίοδος επιτρέπει μια ευκαιρία για πρόωπη ανίχνευση και παρέμβαση. Οι ασθενείς με διαγνωσμένη πάθηση περιορισμένη στον τράχηλο έχουν πενιαιτή επιβίωση σε ένα ποσοστό 90%².

Ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου είναι μία ασθένεια που μπορεί να εμποδιστεί γιατί η πρόωπη ανίχνευση των συνήθων συμπτωματικών CIN (τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών) αλλοιώσεων με μαζικά προγράμματα ελέγχου τραχηλικής αποφολιδοτικής κυτταρολογίας και το ξεριζώμα αυτών των προδρόμων θα μειώσουν στην πλειονότητα, των περιπτώσεων τη διηθητική πάθηση.

Όταν ένα κανονικά οργανωμένο πρόγραμμα εφαρμόζεται, οι ουσιαστικές μειώσεις και στην επίπτωση και στην θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου έχουν γίνει κατορθωτές. Πολλές μελέτες έχουν επιδείξει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) τραχηλικής κυτταρολογίας στη μείωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου. Στις Βόρειες χώρες, τα αποιελέσματα τους έδειξαν ότι σε οργανωμένο έλεγχο, που κατορθώνει να καλύψει ευρέως τις ηλικίες, ήταν ένα πιο ιδιαίτερο αίτιο μείωσης του κινδύνου, από την συχνότητα του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου, με κάθε προσπάθεια που έγινε για να προσεγγιστούν αυτοί που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν, διηθητικό καρκίνο, για παράδειγμα οι ηλικιωμένες γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Το τεστ Παπανικολάου για την τραχηλική κυτταρολογία εκπληρώνει όλα τα κριτήρια για ένα ιδεατό τεστ μαζικού προουμπωματικού ελέγχου. Όχι μόνο είναι φθηνό, αποδεκτό από τους περισσότερους ασθενείς και εφαρμόσιμο σε ευρέως εξαπλωμένα προγράμματα μαζικού προουμπωματικού ελέγχου, είναι ευαίσθητο αρκετά για να ανιχνεύει προδιηθητική πάθηση που έχει σαν αποτέλεσμα μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα⁶.

Στην δεκαετία του '40, πριν την εμφάνιση του τεστ Παπανικολάου, ο καρκίνος του τραχήλου ήταν η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες στις Η.Π.Α. με μία επίπτωση 30 περιστατικών ανά 100.000 ιληθυσμού. Τώρα η επίπτωση είναι περίπου 10 περιστατικά ανά 100.000. Η επίπτωση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου συνεχίζει να μειώνεται : Υπήρχαν περίπου 15.000 περιπτώσεις το 1985 και περίπου 13.000 περιπτώσεις το 1991. Επίσης υπήρχαν 600.000 περιπτώσεις τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, από τις οποίες οι 50.000 είχαν ταξινομηθεί στο 3^ο στάδιο⁴.

Στις Η.Π.Α. το 1995 υπήρχε ένας υπολογιζόμενος αριθμός 65.000 περιστατικών καρκινώματος *in situ* (CIS), η αρχικότερη μορφή καρκίνου του τραχήλου. Βέβαια μόνο 15.800 περιπτώσεις διηθητικού τραχηλικού καρκίνου αναφέρθηκαν, οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα 4.800 θανάτους. Έτσι περίπου ένα τρίτο των περιπτώσεων καρκίνων *in situ* τελικώς προχώρησαν σε πιο κακοήθεις μορφές. Αυτές οι ευνοϊκές αναλογίες θεωρούνται ότι είναι επακόλουθα της υψηλής αναλογίας ασθενών με προδιηθητικές ανωμαλίες ανιχνευμένες από το τεστ Παπανικολάου. Ο μέσος όρος ηλικίας στην οποία γίνεται διάγνωση στους ασθενείς για καρκίνο του τραχήλου είναι 45 ετών, αλλά η πάθηση διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε νεότερες γυναίκες. Η αναλογία θεραπείας είναι μεγαλύτερη από 95% με πρόιμη διάγνωση³.

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να περιγραφεί σαν η ιδανική πάθηση στην οποία μπορεί να εφαρμοστεί μαζικός προουμπωματικός έλεγχος βασισμένος σε μεγάλους πληθυσμούς. Μια μεγάλη ουμπωματική φάση επιτρέπει πρόιμη ανίχνευση της προδιηθητικής πάθησης που είναι σίγουρα 100% θεραπεύσιμη, κάνοντας τον διηθητικό καρκίνο του θεωρητικά μια εντελώς εμποδιζόμενη πάθηση. Το τεστ του μαζικού προουμπωματικού ελέγχου (Τεστ Παπανικολάου) είναι απλό και ακίνδυνο και έχει αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας και εξειδίκευσης. Αν και η αποτελεσματικότητα του τεστ Παπανικολάου δεν έχει ποτέ παρουσιασθεί σε μια

τυχαία, ελεγχόμενη δοκιμή, εκτεταμένη αιόδειξη από ιστορικές μελέτες ασθενών-μαρτύρων και η εμπειρία μεγάλων προγραμμάτων μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου στην Βόρεια Ευρώπη και στον Καναδά έχουν δείξει ότι το τεστ Παπανικολάου μπορεί να μειώσει την επίπτωση και την θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου περίπου σε 60% με 90%. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι η κατάργηση του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου θα αυξήσει την επίπτωση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου από διπλάσια σε τριπλάσια⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Screening – Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος.

Ο μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) απορρέει από την συστηματική πρόταση μια ιατρικής διαδικασίας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι εντελώς διαφορετικό από μια διαγνωστική διαδικασία η οποία συνήθως αρχίζει με ένα παράπονο ή σύμπτωμα του ασθενούς με τον ασθενή να ξεκινά την διαδικασία. Για το μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο ο πληθυσμός είναι ένας στόχος, κάθε άτομο στον συγκεκριμένο πληθυσμό είναι ένας σκοπός⁹.

Η χρησιμότητα μιας διαδικασίας screening δεν μπορεί να βασιστεί ούτε στην σύγκριση της επιβίωσης μεταξύ των ελεγχόμενων και των μη ελεγχόμενων ασθενών, ούτε στην σύγκριση της θνησιμότητας πριν και μετά την εφαρμογή μιας διαδικασίας screening. Η δραστηριότητα και η αποτελεσματικότητα του screening μπορεί μόνο να επιδειχθεί από μια μειωμένη θνησιμότητα ή επίπτωση σε μελέτες ασθενών μαριτύρων. Μεταξύ των καρκίνων τέτοια επιβεβαίωση μπορεί να γίνει επιτυχώς για τρεις καρκίνους : για τον καρκίνο του τραχήλου με το Παπ τεστ, για τον καρκίνο του μαστού με την μαστογραφία, για τον καρκίνο του παχέως εντέρου με το τεστ ύπαρξης αίματος στα κόπρανα (Hemoccult II). Ενώ η ακτινογραφία θώρακος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί προσυμπτωματικά για τον καρκίνο του πνεύμονα όπως επίσης το PSA για τον καρκίνο του προστάτη⁹.

Ο σκοπός ενός καλά οργανωμένου μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου είναι αρχικά να εμποδίσει την ανάπτυξη του διηθητικού καρκίνου. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι ευσυνείδητη και ευρεία χρήση του τραχηλικού επιχρίοματος θα μειώσει σημαντικά την επίπτωση και την θνησιμότητα του τραχηλικού καρκίνου. Το επιχρίωμα κατά Ιαπωνικόλαού εκτελερώνει όλα τα κριτήρια για ένα ιδανικό τεστ screening. Στις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιθανόν να αποδειχθεί αποτελεσματικό ως προς το κόστος να λαμβάνονται τραχηλικά επιχρίσματα κάθε τρία χρόνια μετά από συνεχόμενα ειήσια αρνητικά αποτελέσματα από την ηλικία των 20 ετών μέχρι την ηλικία των 60 ετών. Η μέτρια ευαισθησία του μονού τραχηλικού επιχρίοματος παραμένει ένα πρόβλημα αλλά με βελτιωμένη ποιότητα ελέγχου της συλλογής του δείγματος και της μετάφρασης του επιχρίοματος στο εργαστήριο να ελαχιστοποιηθεί. Η εισαγωγή εργαλείων όπως ο έλεγχος του του HPV στους ασθενείς

με ανωμαλίες χαμηλής βαθμίδας ή τραχηλογραφία σε γυναίκες που είναι σε κίνδυνο για μόλυνση με τον ιό HPV όπως οι γυναίκες με ιστορικό αιδοϊκών κονδυλωμάτων μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη. Η επιτυχία ενός προγράμματος screening αναμφίβολα εξαρτάται από απλές διαδικασίες, προληπτικές στρατηγικές, κατάλληλη τεκμηρίωση των περιστατικών, σωστή αναφορά των ασθενών και εξασφάλιση ότι οι ασθενείς υψηλού κινδύνου έχουν μια μακρά περίοδο παρακολούθησης. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, ωστόσο, οι ιδέες αυτές αποδεικνύονται ως μη ρεαλιστικές. Οικονομικοί περιορισμοί ή έλλειψη πόρων και τεχνικής εμπειρία, μία σημαντικά υψηλή αναλογία σφάλματος (τα οποία σε μερικές περιοχές μπορεί να είναι τόσο υψηλό μέχρι και 80%) και η έλλειψη εκπαίδευσης ανάμεσα στις ομάδες στόχους, είναι οι λόγοι που έχει παρουσιαστεί ως μάλιστα το να εδραιωθεί ή οργανωθεί πρόγραμμα screening για τον καρκίνο του τραχήλου⁶.

Κυτταρολογία

Η κυτταρολογία βασίζεται στην φυσιολογική αποβολή των κυττάρων από τα επιθήλια των διαφόρων τοιών που έχουν επικοινωνία με κοιλότητα του σώματος. Ως μέθοδος ελέγχου παθολογικών κυττάρων, κυρίως καρκινικών, οφείλει την εφαρμογή της στον Έλληνα γιατρό Γεώργιο Παπανικολάου και φέρει το όνομα του διεθνώς. Έτσι είναι γνωστή ως Papnikolaou Test ή Pap Test¹⁰.

Στην Γυναικολογία, όπου εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, έχει πολύ ευρεία χρήση ως μέθοδος μαζικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων και συνειπώς την πρόληψη του καρκίνου^{10,11}, κυρίως του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου, λιγότερο του ενδομητρίου και πολύ λιγότερο άλλων έσω γεννητικών οργάνων (σάλπιγγες, ωοθήκες). Είναι δυνατόν επίσης η κολπική κυτταρολογία, εκτός από την παραπάνω εφαρμογή της, να χρησιμοποιηθεί και για τον έλεγχο της λειτουργικότητας των ωοθηκών (ορμονική κυτταρολογία), παράλληλα δε να διαπιστωθεί η ύπαρξη φλεγμονών στον κόλπο ή τον τράχηλο¹⁰.

Το τεστ Παπανικολάου περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1943. Από τότε, η θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου έχει μειωθεί σχεδόν κατά 50%¹¹.

Ιστολογικοί και Κυτταρολογικοί Όροι.

Παρακεράτωση : Είναι η ύπαρξη μιας επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα.

Υπερκεράτωση ή Λευκοπλακία : Είναι η ύπαρξη μιας επιπολής οιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες.

Μεταπλασία : Είναι η αντικατάσταση του κυλινδρικού επιθηλίου από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο είναι μία φυσιολογική κατάσταση σε ορισμένες φάσεις της ζωής της γυναίκας (νεογνική ηλικία, εφηβεία, εγκυμοσύνη). Στα σημεία που γίνεται η μεταπλασία έχουμε την ζώνη μετατροπής.

Δυσπλασία : Είναι διαταραχές στην ωρίμανση του πλακώδους επιθηλίου που κυμαίνονται μεταξύ του φυσιολογικού και του καρκινώματος *in situ*. Τα επιπολής κύτταρα του επιθηλίου έχουν μεγαλύτερη ωρίμανση και καλύτερη διαφοροποίηση σε σχέση με τα κύτταρα των εν τω βάθει οιβάδων που είναι άτυπα.

Οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις χωρίζονται σε ελαφρού μέσου και σοβαρού βαθμού.

Καρκίνωμα *in situ* : Αφορά αλλοιώσεις με άτυπα κύτταρα και πυρήνες, που εντοπίζονται σε όλο το πάχος του επιθηλίου.

Δυσκαρίωση : Είναι κυτταρολογικός όρος και χαρακτηρίζει τα κύτταρα που παρουσιάζουν ανωμαλίες στους πυρήνες. Υπάρχουν τρεις βαθμοί δυσκαρίωσης : Η ελαφρά, η μέση και η βαριά. Ο βαθμός καθορίζεται από την σχέση μεγέθους πυρήνα προς κυτταροπλάσμα από τον βαθμό ωριμότητας του κυτταροπλάσματος και από την μειωτική κατάσταση των πυρήνων. Συνήθως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ βαθμού δυσκαρίωσης στο κυτταρολογικό επίχρισμα και βαθμού CIN στην ιστολογική εικόνα¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.

Ανατομική περιγραφή του τραχήλου.

Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας και διακρίνεται σε δύο μοίρες : την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας και την ενδοκολπική, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τον πρόοθιο, τον οπίοθιο, τον δεξιό και τον αριστερό θόλο.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου 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 ο' αυτές, που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

Η φορά του τραχήλου είναι ανάλογη με την θέση της μήτρας. Έτσι ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας οξεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίοθιο κολπικό θόλο^{1,2}.

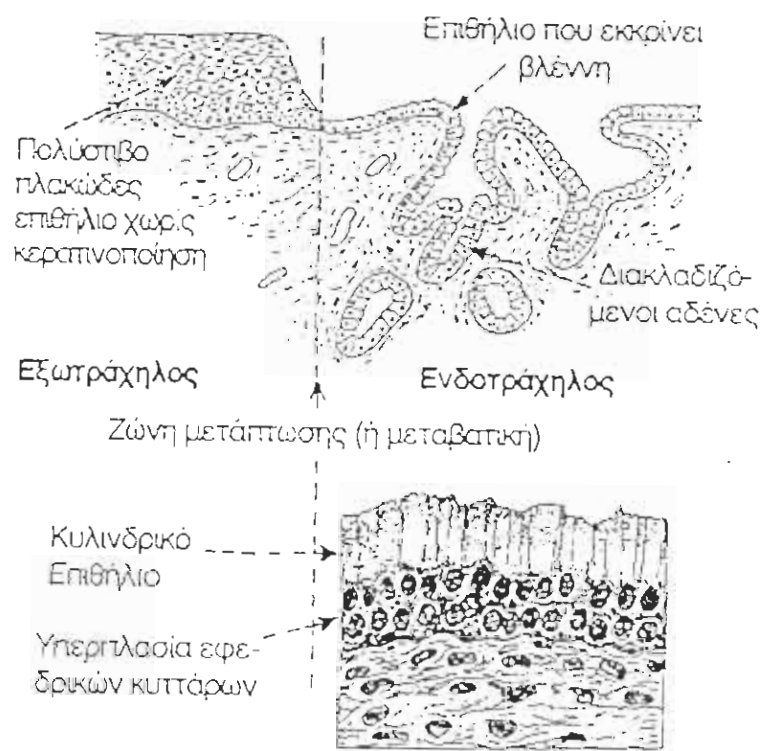
Φυσιολογία των τραχηλικών κυττάρων.

Υπάρχουν δύο τύποι τραχηλικών κυττάρων παρόντα κατά την γέννηση : τα πλακώδη και τα κυλινδρικά. Τα πλακώδη κύτταρα είναι πιο παχιά και πλασιώνουν τον περιφερικό εξωτράχηλο και τον κόλπο. Τα κυλινδρικά κύτταρα έχουν ένα σπώμα πάχος και πλασιώνουν τον εγγύτατο και τον μεσαίο ενδοτράχηλο.

Το σημείο ένωσης μεταξύ αυτών των δύο τύπων κυττάρων είναι γνωστή σαν ζώνη μετάπτωσης (μειαβαπική / πλακωδοκυλινδρική ένωση)^{3,13}. Σε μερικές γυναίκες αυτή η περιοχή μπορεί να είναι κονιά στο ανατομικό στόμιο του τραχήλου, σε άλλες μπορεί να υπάρχει μεγαλύτερη έκθεση του ενδοτράχηλου³.

Κατά την διάρκεια της εφηβείας και σε άλλες χρονικές περιόδους όπως στην εγκυμοσύνη και την λοχεία, το κολπικό ΡΗ μειώνεται σαν αντίδραση στα αυξανόμενα επίπεδα οιστρογόνων. Όταν τα αρχικά κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα εκτείθονται σ' αυτό το εκθροικό περιβάλλον αρχίζουν να μεταλλάσσονται σε

πλακώδες επιθήλιο χωρισμένο σε στρώματα. Αυτή η φυσιολογική διαδικασία είναι γνωστή σαν μείαπλασία εκ του πλακώδους επιθηλίου και συμβαίνει στην ζώνη μετάπτωσης. Η πλειονότητα των ανωμαλιών των πλακωδών κυττάρων του τραχήλου ξεκινούν σ' αυτή τη ζώνη μετάπτωσης. Επομένως είναι πολύ σημαντικό να παίρνεται δείγμα από αυτή την περιοχή κατά την διάρκεια του τεστ Παπανικολάου³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ).

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί, κατά καιρούς, με διάφορους αιτιολογικούς επιβαρυντικούς παράγοντες, ως προς την ανάπτυξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας αλλά και διηθητικού καρκινώματος στον τράχηλο της μήτρας.

Το σεξουαλικό ιστορικό έχει ιδιαίτερα μελετηθεί και φαίνεται ότι ορισμένες παράμετροι του παίζουν ρόλο στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. Κυρίως η έναρξη σεξουαλικών επαφών πριν τα 17 χρόνια καθώς και οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι φαίνεται ότι επιδρούν ευνοϊκά στην ανάπτυξη νεοπλασίας.

Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, η πολυτοκία και η περιτομή ή μη των ουντρόφων δεν φαίνεται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου¹⁰.

Το σεξουαλικό ιστορικό μας δίνει ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα κινδύνου για τον τραχηλικό καρκίνο. Ο κίνδυνος είναι αντιστρόφως σχετιζόμενος με την ηλικία κατά την πρώτη συνουσία και άμεσα σχετιζόμενος με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων σε όλη την διάρκεια της ζωής¹⁻³. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι αντρών των οποίων οι προηγούμενες σύντροφοι έχουν καρκίνο του τραχήλου έχουν αυξημένο κίνδυνο για τραχηλική νεοπλασία¹. Επίσης αυξημένο κίνδυνο έχουν οι σύντροφοι αντρών με καρκίνωμα *in situ* CIS του πέους³.

Η αναγνώριση της σεξουαλικής συμπεριφοράς σαν παράγοντας κινδύνου έχει κινητοποιήσει μια έρευνα για αφοροδισιακώς μεταδιδόμενους προκλητικούς παράγοντες. Η περισσότερη προσοχή αρχικά εστιάστηκε στον ιό του απλού έρπητα (HSV2) αν και τώρα ο ιός HSV πιστεύεται ότι είναι συμπληρωματικός παράγοντας παρά ο αρχικός παράγοντας¹.

Η ακριβής βιολογική αιτία τραχηλικού καρκίνου είναι άγνωστη, αλλά η τραχηλική πάθηση θεωρείται ότι μεταδίδεται σεξουαλικώς στην προέλευση της. Πιστεύεται ότι σεξουαλικώς μεταδιδόμενοι παράγοντες δρουν σαν καρκινογόνα. Οι ερευνητές έχουν δείξει προσφάτως ότι μερικοί τύποι του σεξουαλικώς μεταδιδόμενου ιού του ανθρώπινου παπλώματος (HPV) οδηγούν στην ανάπτυξη τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN)^{3,11}.

Περισσότερο από 90% όλων των τραχηλικών καρκίνων παρουσιάζουν απόδειξη ύπαρξης του HPV. Τα τελευταία δέκα χρόνια, μια δυνατή σύνδεση μεταξύ συγκεκριμένων τύπων HPV, τραχηλικών καρκίνων και κρεατοελιών στην γεννητική

περιοχή έχει προοριστεί. Περίπου το 20 εκ των 70 υπολογιζόμενων HPV τύπων έχουν εμπλακεί στην ανάπτυξη των αλλοιώσεων την γεννητικής περιοχής. Οι τύποι του HPV διαιρούνται σε χαμηλού κινδύνου, μέσου και υψηλού κινδύνου κατηγορίες βασισμένες στις ογκογεννητικές τους ικανότητες. Οι τύποι 6, 11, 42, 43, 44 ανευρίσκονται πιο συχνά μαζί με οξυτευή κονδυλώματα αλλά σπάνια με υψηλού βαθμού πλακωδών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων και γι' αυτό θεωρούνται χαμηλού κινδύνου όσον αφορά τον καρκίνο^{3,4,11}.

Οι μέσου κινδύνου τύποι είναι οι 31, 33, 35, 39, 51 και 52. Αυτοί συνδέονται και με χαμηλού βαθμού και με υψηλού βαθμού αλλοιώσεις αλλά σπάνια βρίσκονται σε διηθητικές αλλοιώσεις. Οι τύποι 16, 18, 45 και 56 συχνά ανιχνεύονται σε πλακώδη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, η οποία μπορεί να αναπτυχθεί σε καρκίνο του πλακώδους επιθηλίου και αναφέρονται σαν υψηλού κινδύνου^{11,3}.

Η ενοχοποίηση των τύπων HPV 16 και 18 στηρίζεται και σε πειραματικές μελέτες όπου μετά από προσβολή κυτταροκαλλιιεργειών με τους ιούς HPV 16 και 18, δημιουργήθηκαν παθολογικές μωβικές εικόνες στα κύτταρα και ανευιλοειδία, στοιχεία που συνυπάρχουν και στα κύτταρα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα κολλοιτραχηλικά επιχρίσματα και η ιστολογική εικόνα παρουσιάζουν ειδικές βλάβες, η πιο χαρακτηριστική βλάβη είναι η κοιλοκυττάρωση¹¹.

Η μόλυνση με HPV από μόνη της δεν προκαλεί καρκίνο του τραχήλου. Πολλές γυναίκες με αιμοδεδειγμένη μόλυνση με HPV, ποτέ δεν αναπτύσσουν καρκίνο. Οι λόγοι που οι γυναίκες αναπτύσσουν ή δεν αναπτύσσουν καρκίνο προσφάτως διερευνώνται. Επιπρόσθετα μερικές δεκαετίες μπορεί να περάσουν μεταξύ της ενάρξεως της μόλυνσης και της ανάπτυξης του καρκίνου. Για να αναπτυχθεί καρκίνος, ο ιός πρέπει να ενοποιηθεί μέσα στο DNA του κυττάρου που φιλοξενείται, μια ενοποίηση που φαίνεται ότι συμβαίνει τυχαία. Δύο γονίδια του HPV, τα E6 και E7, υπάρχουν σταθερά στον καρκίνο του τραχήλου. Αυτές οι δύο ογκοπρωτεΐνες εμποδίζουν τις φυσιολογικές λειτουργίες των κυττάρων καταστολής του όγκου. Αυτό σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες μεταλλάξης όπως ο ιός HSV, το κάπνισμα ή ανοσοκατασταλμένος οργανισμός μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου³.

Άλλος ένας προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου πιστεύεται ότι είναι και η φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως, ενώ η συχνότητα του στις Ισραηλινές είναι 6:100.000, στις Αφρικανές

είναι 50:100.000 και πως αυτή είναι η μεγαλύτερη στην μαύρη φυλή απ' ότι στην λευκή. Φαίνεται πως και αυτές οι διαφορές πρέπει να αποδοθούν στην σεξουαλική συμπεριφορά των διαφόρων λαών¹².

Επίσης ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας^{12,3,13}, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής γίνεται νωρίς ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου¹².

Η γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού έχει δεχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης, τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όσο και διηθητικού καρκίνου^{12,2,3,4}. Γυναίκες με μειαμόσχευση νεφρού έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα εμφάνισης CIN ενώ γυναίκες με AIDS έχουν επίσης αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης CIN^{12,10} όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή^{9,2,3,4}.

Το κάπνισμα έχει επανειλημμένα θεωρηθεί σαν ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου^{12,2,3,4,10}.

Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για τραχηλική νεοπλασία ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, αν και ο κίνδυνος είναι περίπου 3^ο-πολύ χαμηλότερος απ' ότι αρχικά θεωρείτο².

Τέλος πιστεύεται πως οι γυναίκες που έχουν εκτεθεί στην διαθυλοσιλβοιστρόλη (DES) βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος, αλλά όχι απαραίτητα για καρκίνωμα πλακώδους επιθηλίου². Πιο συγκεκριμένα, η χορήγηση διαθυλοσιλβοιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια, που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία, ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4:1.000¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο.

Τυπική ανάπτυξη της πάθησης.

Η ανάπτυξη του τραχηλικού καρκίνου συμβαίνει όταν τα πρόδρομα κύτταρα αναπτύσσονται σε διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου σε μία χρονική περίοδο. Δύο μελέτες αναφέρουν ότι η μέση ηλικία των ασθενών με τραχηλική δυσπλασία είναι περίπου 34 ετών με καρκίνωμα *in situ* 42 ετών και με διηθητικό καρκίνο 48 έως 51 ετών. Αυτά τα στοιχεία υπονοούν ότι η ανάπτυξη από την δυσπλασία στο διηθητικό καρκίνωμα συμβαίνει σε αρκετά χρόνια.

Δύο μεγάλες αναδρομικές έρευνες έχουν επιπλέον περιγράψει πως οι τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις αναπτύσσονται. Σ' αυτές τις μελέτες, 6% έως 31% όλων των δυσπλασιών υποχωρούν σε μια χρονική περίοδο άνω των 10 ετών, ενώ το 60% προχωρεί σε καρκίνωμα *in situ*. Ένας αριθμός άλλων μελετών δείχνει ένα χαμηλότερο εκατοστιαίο ποσοστό δυσπλασιών που προχωρούν σε μία παρόμοια χρονική περίοδο. Η διαφορά μεταξύ των μελετών στην εκατοστιαία αναλογία των περιπτώσεων που οπισθοδρομούν και αυτών που προχωρούν σε καρκίνο, είναι πιθανόν ένα αποιέλεσμα του βαθμού της δυσπλασίας στην χρονική στιγμή κατά την οποία η ασθενής εισέρχεται στην μελέτη και η υποκείμενη σταδιοποίηση των κυτταρολογικών και ιστολογικών δειγμάτων της δυσπλασίας. Ωστόσο, όσο η σοβαρότητα των αλλοιώσεων αυξάνει, η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου αυξάνει και η περίοδος που απαιτείται για ανάπτυξη μειώνεται. Ο αριθμός των όγκων που προχωρούν από καρκίνωμα *in situ* σε διηθητικό καρκίνωμα κυμαίνεται από 20% σε 71%, αναλόγως των παραμέτρων της μελέτης και του μήκους της παρακολούθησης¹.

Επί του παρόντος έχει συμφωνηθεί παγκοσμίως ότι το CIN3 είναι ένας αληθινός πρόδρομος καρκίνου και ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα αναπτύξουν διηθητική πάθηση εάν συνεχιστεί για αρκετό χρονικό διάστημα. Σε ξεχωριστές μελέτες ο διηθητικός καρκίνος έχει δείξει να αναπτύσσεται σε ποσοστό 30 έως 71 επί τοις εκατό των γυναικών με μη ανιμετωπιζόμενο καρκίνο μέσα σε μία δεκάχρονη περίοδο παρακολούθησης συγκρινόμενο με ένα 1,5 επί τοις εκατό ποσοστό γυναικών που συνέχισαν να έχουν φυσιολογική κυτταρολογία. Μια σημαντική αναλογία ασθενών με CIN2 αλλοιώσεις θα προχωρήσουν σε CIN3,

μερικές θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο. Αυθόρμητη οπιθοδρομηση μπορεί να συμβεί, αν και σε μια ουσιαστικά χαμηλότερη αναλογία από εκείνη των ασθενών με CIN1.

Η φυσική ιστορία του CIN1 δεν είναι ξεκάθαρη με εντυπωσιακά αντιφατικά αποτελέσματα. Ωστόσο η ομοφωνία είναι ότι οι χαμηλές βαθμίδες CIN αλλοιώσεων έχουν μια υψηλή αυθόρμητη αναλογία ύφεσης και ασυνήθως, αν και έχει περιγραφεί, ανάπτυξη σε διηθητικό καρκίνο⁵.

Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).

Ο ιστολογικός προσδιορισμός της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) ή πλακώδους ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης (SIL) βασίζεται στις αρχιτεκτονικές και κυτταρολογικές εμφανίσεις του τραχηλικού επιθηλίου. Τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τη διαφοροποίηση, την κατηγοριοποίηση και την ωριμότητα, όπου οι πυρηνικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν αυξημένη αναλογία πυρήνα κυτταροπλάσματος, υπερχρωματισμό, πυρηνικό πλεομορφισμό και ποικιλία στο μέγεθος του πυρήνα. Και ο συνολικός αριθμός των μιτωτικών φιγούρων και το ύψος τους στο επιθήλιο συνυπολογίζονται με το γεγονός ότι όσο περισσότερο επιπόλαιες είναι οι μιτωτικές φιγούρες, τόσο πιο σοβαρό είναι πιθανόν να είναι το CIN στάδιο.

Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) μπορεί να επηρεάσει τόσο τις αδενικές κρύπτες όσο και το επιφανειακό επιθήλιο⁶.

Ο όρος τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) συμπεριλαμβάνει όλες τις διαταραχές που συμπεριλαμβάνονται στους όρους δυσπλασία και καρκίνωμα *in situ*. Η καθιέρωση του όρου CIN έγινε γιατί παρατηρήθηκε ότι υπάρχει μια εξελικτική πορεία των δυσπλαστικών αλλοιώσεων προς καρκίνωμα *in situ*¹¹.

Υπάρχουν τρεις τύποι CIN :

- ◆ *CIN I Ελαφρά Δυσπλασία.*
- ◆ *CIN II Μέτρια Δυσπλασία.*
- ◆ *CIN III Σοβαρή Δυσπλασία και καρκίνωμα *in situ**^{11,9}.

CIN I. Τα άνω 2/3 του πλακώδους επιθηλίου συνήθως παρουσιάζουν καλή διαφοροποίηση των κυττάρων. Οι ανωμαλίες των πυρήνων είναι ελαφράς μορφής και εντοπίζονται στα κύτταρα του ανώτερου 1/3 του επιθηλίου. Υπάρχουν μιτωτικές εικόνες, αλλά είναι λίγες και εντοπίζονται επίσης στο κάτω 1/3 του επιθηλίου.

CIN II. Το άνω 1/2 του επιθηλίου είναι ώριμο και καλώς διαφοροποιημένο, αλλά με μερική ατυπία στους πυρήνες των κυττάρων. Οι παθολογικοί πυρήνες είναι πιο εκσημασμένοι και βρίσκονται πιο επιπολής από ότι στην CIN I. Παθολογικές μιτωτικές εικόνες παρατηρούνται στα κατώτερα 2/3 του επιθηλίου.

CIN III. Η ύπαρξη ωριμότητας στα κύτταρα, εντοπίζεται στο πάνω επιπολής 1/3 του επιθηλίου ή λείπει τελείως. Υπάρχουν σε όλο το πάχος ανωμαλίες των πυρήνων. Επίσης σε όλο το πάχος ανευρίσκονται και μιτωτικές εικόνες.

Στην περίπτωση του καρκινώματος *in situ* πέραν της προσβολής ολοκλήρου του επιθηλίου από τα δυσπλαστικά κύτταρα, υπάρχει και αλλοίωση στην πολικότητα των κυττάρων, πολύ αυξημένες μιτωτικές εικόνες και πολυμορφισμός.

Οι πιο πολλές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες αναπτύσσονται στην ζώνη μετατροπής ή μετάπτωσης του τραχηλικού επιθηλίου¹¹.

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.

Όταν η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία διασπάσει σε μικρή έκταση τη βασική μεμβράνη αναπτύσσεται το μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Είναι δυνατόν πολύ σπάνια να παρατηρηθεί διάσπαση της βασικής μεμβράνης σε CIN I, ενώ είναι αρκετά συχνή σε CIN III ή καρκίνωμα *in situ*. Ακόμη είναι δυνατή η διάσπαση σε μικρό ποσοστό σε περιπτώσεις φλεγμονής με ιούς παπιλώματος.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις όσον αφορά την έκταση που πρέπει να καταλαμβάνει η διάσπαση της βασικής μεμβράνης, ώστε ένα μικροδιηθητικό καρκίνωμα να χαρακτηριστεί ως διηθητικό. Ο χρόνος εξέλιξης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας σε διηθητικό καρκίνο πιθανολογείται σε 10 χρόνια περίπου, όταν υπάρχει καλή ιστολογική διαφοροποίηση. Σε ένα μεγάλο ποσοστό μεταξύ CIN I και CIN II υπάρχει αμφίδρομη εξέλιξη. Υπολογίζεται ότι διάσπαση της βασικής μεμβράνης συμβαίνει σε 5-10% των καρκινωμάτων *in situ*. Αρχικά προκαλεί εμφανή συμπτώματα, αλλά καθώς προχωρεί η βλάβη εμφανίζονται τα κλινικά σημεία της νόσου¹¹.

Διηθητικό καρκίνωμα.

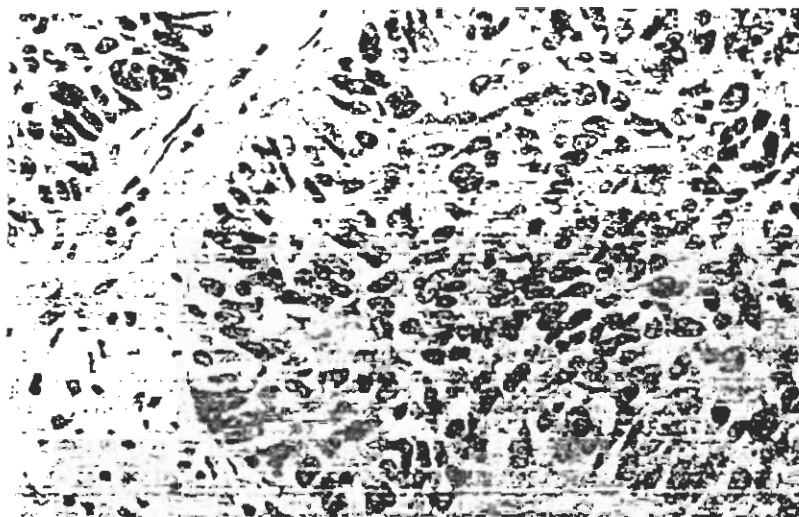
Το διηθητικό καρκίνωμα από το πλακώδες επιθήλιο αναπτύσσεται, όταν διηθηθεί το τραχηλικό σιρόφιο μετά από διάσπαση της βασικής μεμβράνης. Από το σημείο αυτό το καρκίνωμα του τραχήλου επεκτείνεται με άμεση διήθηση των ιστών και με λεμφογενείς και αιματογενείς μεταστάσεις. Με την λεμφική οδό τα νεοπλασματικά κύτταρα μεταφέρονται στους επιχώριους λεμφαδένες (παραμήτριους, υπογαστρικούς, έξω λαγόνιους, ιερούς) και συνήθως όσο πιο προχωρημένη είναι η τοπική αλλοίωση τόσο περισσότεροι δημιουργούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το ήμισυ είναι η πιο συνηθισμένη εντόπιση αιματογενούς διασποράς, αλλά το νεοπλασματικό μπορεί ακόμα να προσβάλλει τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο, τα οστά, τα επινεφρίδια, το σπλήνα ή το πάγκρεας. Μακροσκοπικά το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με δύο μορφές την εξωφυσική

μορφή ή ανθοκραμβοειδή που μοιάζει σαν κουνουπίδι και την ελκώδη μορφή, με μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας που χαίνει.

Σε πρώιμα στάδια η αλλοίωση συχνά είναι ενδοεπιθηλιακή, έτσι ώστε να μοιάζει με τραχηλική εκτοπία ή χρόνια τραχηλίτιδα. Καθώς η νόσος επιδεινώνεται το έλκος γίνεται βαθύτερο και νεκρωτικό με ασαφή όρια και εύθρυπτη αιμορραγική επιφάνεια. Οι κοιλικοί θόλοι μπορεί να προσβληθούν στην συνέχεια από την επέκταση της διήθησης εκτεταμένη παραμητρική διήθηση από το διηθητικό νεόπλασμα μπορεί να σχηματίσει μια οζώδη πάχυνση την ιερομητρικών και βαιικών συνδέσμων της μήτρας, που συνοδεύεται με αιώλεια της ευκινησίας και καθήλωση του τραχήλου και μήτρας.

Αδενοκαρκίνωμα.

Δεν διαφέρει στην εντόπιση, στην μακροσκοπική εμφάνιση, στην διασπορά και στην ευαισθησία στην ακτινοβολία, από το καρκίνωμα με πλακώδη επιθήλια. Εξυρμάται από το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχήλου και αποτελείται από υψηλά κυλινδρικά κύτταρα, εκκριτικά, συγκεντρωμένα σε αδενωματώδεις σχηματισμούς με λίγο στρώμα. Ταξινομείται σε καλής διαφοροποίησης, μέτριας και χαμηλής. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολογοανατόμο είναι η διάκριση του πρωτοπαθούς τραχηλικού αδενοκαρκινώματος, από την επέκταση καρκινώματος του ενδομητρίου προς τον τράχηλο. Λιγότερο συχνό είναι το αδενοκαρκίνωμα από υπολείμματα του μεσονεφρικού πόρου του Wolf μέσα στον τράχηλο¹¹.



Ιστολογική εικόνα κερατινοπαραγωγού καρκινώματος τραχήλου.



Ιστολογική εικόνα μη κερατινοπαραγωγού καρκινώματος τραχήλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.

Κατάταξη κολποτραχηλικών επιχρισμάτων.

Οι αλλοιώσεις των κυττάρων στο τεστ ΠΑΠ μπορεί να είναι καλοήθειες, φλεγμονώδεις ή δυσκαριωτικές. Μερικές φορές είναι δύσκολος ο διαχωρισμός μεταξύ σοβαρών φλεγμονωδών αλλοιώσεων και ελαφράς δυσκαριώσης. Η ύπαρξη CIN μπορεί να τεθεί υπό τα επιχρίσματα Παπανικολάου επειδή τα κύτταρα που λαμβάνονται από τις επιπολής στιβάδες είναι δυνατό να έχουν δυσκαριώση. Βέβαια η οριστική διάγνωση ύπαρξης CIN θα τεθεί μόνο μετά από βιοψία και ιστοπαθολογική διάγνωση¹¹.

Σύμφωνα με την κατάταξη κατά Παπανικολάου διακρίνουμε πέντε κατηγορίες ή τάξεις κυττάρων κατά την εξέταση των τραχηλικών και κολπικών κυττάρων που αποφολιδώνονται¹¹.

Η κατηγορία I χαρακτηρίζεται από κύτταρα που είναι φυσιολογικά ενώ στην κατηγορία II τα κύτταρα είναι φλεγμονώδη. Στην τάξη III έχουμε δυσκαριωτικά κύτταρα και μετά βιοψία ή κωνοειδή εκτομή του τραχήλου μπορεί να βρεθεί καρκίνωμα *in situ* ή πιο σπάνια μικροκαρκίνωμα. Εάν έχουμε διηθητικό καρκίνο βρίσκουμε καρκινικά κύτταρα αραιά (τάξη IV) ή κατά σωρούς (τάξη V).

Σε μερικές περιπτώσεις καρκινώματος *in situ* ανευρίσκονται μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα (τάξη IV)¹¹.

Η ονοματολογία και η κατηγοροποίηση των πλακωδών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων του τραχήλου έχει υιάρξει αντιφατική.

Η κλασική ορολογία διαχωρίζει τις μη διηθητικές τραχηλικές αλλοιώσεις σε δύο ομάδες, την δυσπλασία και το καρκίνωμα *in situ*. Ο όρος δυσπλασία χρησιμοποιήθηκε για να ορίσει μια εξάπλωση κυτταρολογικώς ανώμαλων κυττάρων που ομοιάζουν αυτά του βασικού επιπέδου του επιθηλίου αλλά επίσης δείχνουν πυρηνική αιτιία, αλλαγές στην αναλογία πυρήνα κυτταροπλάσματος και απώλεια της φυσιολογικής πόλωσης. Η δυσπλασία μπορεί να διαχωριστεί σε ήπια, μεσαία και σοβαρή μορφή ανάλογα με την βαθμίδα και το πάχος των επιθηλιακών αλλαγών. Το καρκίνωμα *in situ* δείχνει μια πλήρους – πάχους επιθηλιακή ανωμαλία που παρουσιάζει κάποια διήθηση. Η αρχική και ευρέως

χρησιμοποιημένη κατάταξη κατά Παπανικολάου, με τις τάξεις I έως IV, που ανταποκρίνονται σε αυτές τις μορφές, θεωρείται τώρα ως άχρηστη.

Ο Richart το 1968 πρότεινε τον όρο «τραχηλική επιθηλιακή νεοπλασία» CIN, κάτω από τον οποίο ομαδοποιείται ένα φάσμα ιστολογικών αλλαγών που μοιράζονται μια κοινή αιτιολογία, βιολογία και φυσική ιστορία. Άλλες σχετικές αλλαγές υπονοούν ότι υπάρχει μια κακοήθης προδρομική αλλοίωση που, όταν μένει χωρίς αντιμετώπιση, έχει την δυνατότητα να προχωρήσει σε διηθητικό καρκίνο. Οι βαθμίδες τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας 1, 2 και 3 σχετίζονται με ήπια, μεσαία και σοβαρή δυσπλασία αντίστοιχα. Η βαθμίδα 3 περιλαμβάνει και το καρκίνωμα *in situ*⁴.

Βέβαια με την έλευση της μοριακής Βιολογίας και των ερευνών για το DNA, συγκρίνοντας τους τύπους του ιού HPV που συνδέονται με κάθε μια από αυτές τις ονιότητες, προτάθηκε ότι τα επίπεδα κονδυλώματα και το CIN I είναι κλινικώς, μοριακώς και βιολογικώς ίσα, όσο και το CIN II με το CIN III. Ακολουθώντας αυτές τις έρευνες συστάθηκε το CIN να χωριστεί σε δύο κατηγορίες : χαμηλής βαθμίδας CIN (CIN I και επίπεδα κονδυλώματα) και υψηλής βαθμίδας CIN (CIN II και CIN III). Αυτή η ανανέωση της ιστοπαθολογικής κατάταξης προμηθεύει τα στοιχεία που προεινούν το σύστημα Bethesda : χαμηλής βαθμίδας SIL πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (CIN I και επίπεδα κονδυλώματα) και υψηλής βαθμίδας SIL πλακώδης ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN II και CIN III)⁶.

Το πρωτότυπο Bethesda σύστημα για κατηγοριοποίηση συστάθηκε μετά από συνέλευση στο Εθνικό Ινστιτούτο για τον καρκίνο το 1988, σε μια προσπάθεια να αναπτυχθεί ομοιομορφή ορολογία που αντικατοπτρίζει ακριβέστερα την πρόσφατη κατανόηση της ιδιαιτερότητας του ιού του ανθρώπινου παπιλώματος (HPV) και την αδυναμία των κυτταροπαθολόγων να διαφοροποιήσουν μεταξύ τους τις ηπιότερες μορφές των τραχηλικών ανωμαλιών. Το σύστημα αναθεωρήθηκε το 1991⁴.

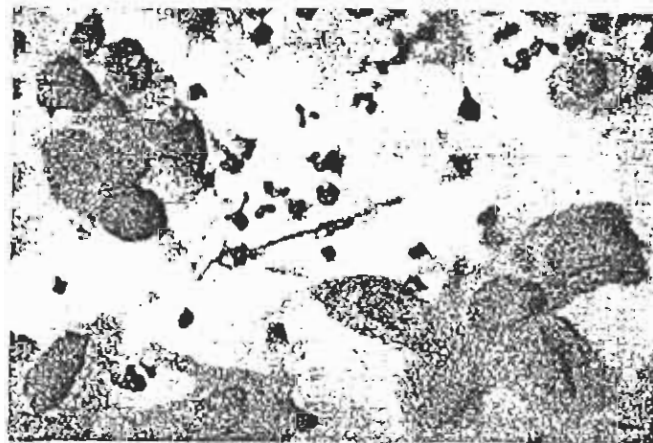
Προτάθηκε ότι το σύστημα Bethesda θα πρέπει να χρησιμοποιείται για κυτταρολογικά αποτελέσματα και όχι για ιστολογικά ευρήματα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερες υποκατηγορίες που κατατάσσουν τις κυτταρολογικές αλλαγές που έχουν σχέση με το CIN I ή την ήπια δυσπλασία. Τα επιχρίσματα με φλεγμονώδη ευρήματα μπορεί να διαγνωσθούν σαν να βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά όρια και αν δεν είναι ξεκάθαρο αν οι πλακώδεις (ή αδενικές)

αλλαγές αντιπροσωπεύουν κακοήθεις ή επανορθωτικές αλλαγές θα δηλωθεί ότι άτυπα πλακώδη (ή αδενικά) κύτταρα ακαθόριστης σημαντικότητας ήταν παρόντα⁶.

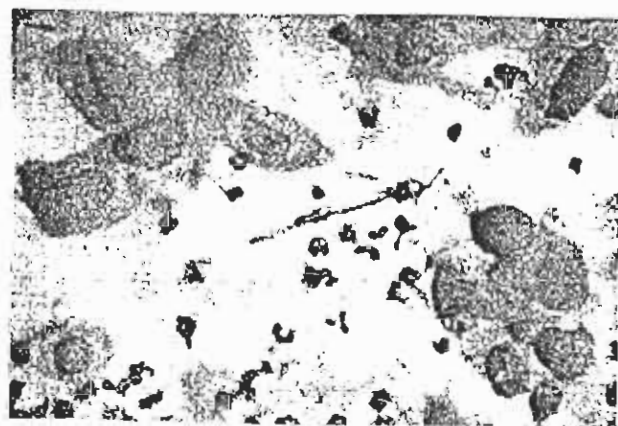
Η δύναμη του συστήματος βρίσκεται στο ότι η ορολογία ακολουθεί πιστά την ιστοπαθολογική ορολογία. Ωστόσο υπάρχει μια αντιφατική άποψη του συστήματος. Η σύγκλιση και της ήπιας δυσπλασίας και της μόλυνσης με τον ιό του ανθρώπινου παπιλώματος στην χαμηλή βαθμίδα αυξάνει την πιθανότητα για υπερδιάγνωση των αλλοιώσεων χαμηλής βαθμίδας και μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των γυναικών που υφίστανται κολιτοσκόπηση χωρίς να υπάρχει λόγος.

Το πρόοφαιο σύστημα Bethesda περιλαμβάνει τα ακόλουθα τρία χαρακτηριστικά :

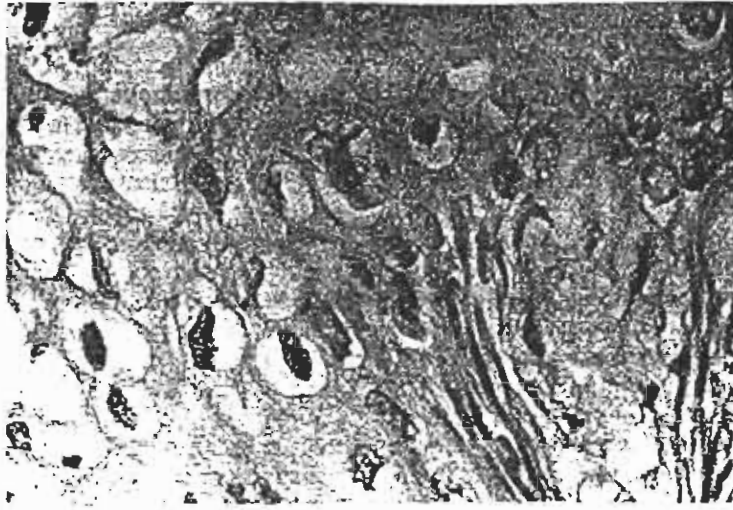
- ♦ Μία εκτίμηση της επάρκειας του δείγματος για διαγνωστική εκτίμηση.
- ♦ Μία γενική κατηγοριοποίηση του δείγματος σαν φυσιολογικό ή μη φυσιολογικό.
- ♦ Μία περιγραφική διάγνωση⁷.



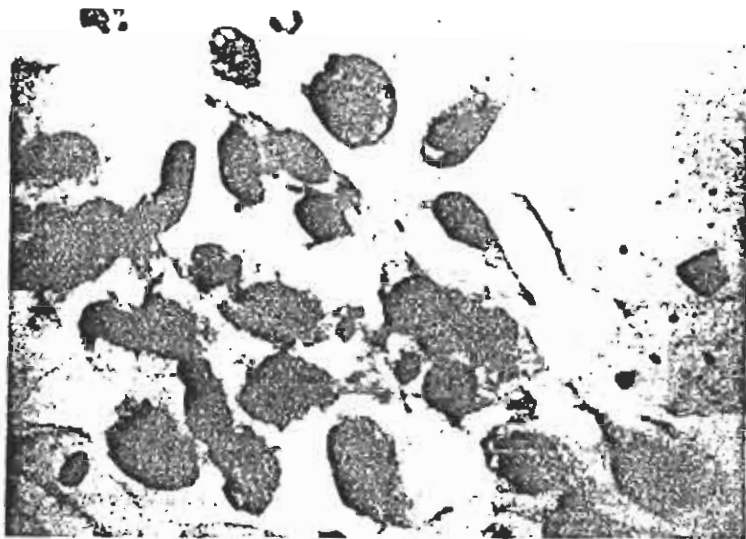
Φυσιολογικό Τραχηλικό Επίχρισμα.



Τραχηλικό Κυτταρολογικό Επίχρισμα που δείχνει Δυσκαρίωση.



Δυσκαριωτικά Κύτταρα σε Υψηλή Μεγέθυνση.



Σοβαρή Δυσκαρίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΟΣ.

Ηλικία της γυναίκας.

Από την ήβη μέχρι την ημμεναρχή : Τις πρώτες μέρες της νεογνικής ζωής λόγω υψηλής στάθμης των κυκλοφορούντων οιστρογόνων στο νεογνό (που προέρχονται από την μητέρα) υπάρχει μια αύξηση του καρυοπυκνωτικού δείκτη, του δείκτη ηωσινοφιλίας και των κυττάρων της επιφανειακής στιβάδας στο δείκτη ωριμότητας¹⁰.

Γεννητική περίοδος – φυσιολογικός γεννητικός κύκλος.

Λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία τα εκκρινόμενα ποσά οιστρογόνων από το ώριμο ωοθυλάκιο και σημαντικά. Αντίθετα, δεν εκκρίνεται προγεστερόνη. Ως εκ τούτου το επιθήλιο του κόλπου έχει ωριμάσει μέχρι την επιφανειακή στιβάδα, και κύτταρα απ' την αποφολιδώνονται σε βάρος της ενδιάμεσης που καλύπτεται από την επιφανειακή.

Έτσι τα κύτταρα της επιφανειακής αποτελούν πλέον το 60% των αποφολιδομένων κυττάρων. Ο δείκτης ωριμότητας είναι : 0/40/60 περίπου (δηλαδή δεν υπάρχουν καθόλου παραβασικά κύτταρα). Τα κύτταρα της επιφανειακής στιβάδας φαίνονται στο μικροσκόπιο μεγάλα, πολυεδρικά και πειλατωμένα με σαφώς καθοριζόμενα όρια, χωρίς να σχηματίζουν σωρούς, τα περισσότερα δε με πυκνωτικό πυρήνα, ενώ δεν υπάρχουν λευκά αιμοσφαίρια. Αυξάνουν σημαντικά ο δείκτης ηωσινοφιλίας (60-80%) και ο καρυοπυκνωτικός δείκτης (50-60%).

Μετά την ωοθυλακιορρηξία και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου, αρχίζει η έκκριση προγεστερόνης μαζί με τα οιστρογόνα (ωχρινική ή οιστρογονοπρογεστερονική φάση), οπότε αρχίζει η προσδευτική ελάττωση του αριθμού των κυττάρων της επιφανειακής στιβάδας και η υπερίσχυση του αριθμού των κυττάρων της ενδιάμεσης στιβάδας, λόγω της υπερίσχυσης της δράσης της προγεστερόνης. Έτσι στην ακμή της λειτουργίας του ωχρού σωματίου, ο δείκτης ωριμότητας είναι περίπου : 0/80/20. Τα κύτταρα τότε της ενδιάμεσης στιβάδας συγκεντρώνονται σε σωρούς και τα όριά τους δεν καθορίζονται σαφώς. Τα μονήρη κύτταρα υπάρχει τάση να εμφανίζουν ενδιπλώση των άκρων τους (πύκνωση) και να

μοιάζουν με σκάφη (σκαφοειδή κύτταρα). Τα κύτταρα αυτά είναι κυρίως βασεόφιλα και επομένως υπάρχει μεγάλη μείωση του δείκτη ηωσινοφιλίας (10-20%) και επίσης του καρυοκυκνωτικού δείκτη. Παρατηρείται εμφάνιση λευκών αιμοσφαιρίων. Στην διάρκεια της εμμήνου ρύσεως η εικόνα των κυττάρων δείχνει κάποια προγεστερονική δράση (ενδιάμεσα κύτταρα, σωροί, πτυχώσεις), ενώ αρχίζει να φαίνεται και μια οιστρογονική επίδραση (επιφανειακά κύτταρα) λόγω της έκκρισης οιστρογόνων από το καινούργιο ωοθυλάκιο που ωριμάζει. Υπάρχουν άφθονα ερυθρά αιμοσφαίρια, ενδομητρικά κύτταρα και ιστοκύτταρα προς το τέλος της εμμήνου ρύσεως. Από το τέλος της εμμήνου ρύσεως μέχρι την ωοθυλακιορρηξία παρατηρείται προσδευτική αύξηση του αριθμού των κυττάρων της επιφανειακής στιβάδας αύξηση του καρυοκυκνωτικού δείκτη και του δείκτη ηωσινοφιλίας, οπότε εμφανίζεται η εικόνα που παρατηρείται λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία. Τα λευκά αιμοσφαίρια και τα βακτηρίδια μειώνονται προσδευτικά.

Οι παραπάνω μεταβολές στα κύτταρα και τους δείκτες στην διάρκεια του γεννητικού κύκλου, όταν παρακολουθούνται με λήψη και ερεύνηση των επιχρισμάτων καθημερινά ή ανά 2 ημέρες, επιτρέπουν τον καθορισμό της ημέρας όπου πραγματοποιείται η ωοθυλακιορρηξία.

Όταν ο κύκλος είναι ανωοθυλακιορρηκτικός, τότε λόγω της συνεχούς οιστρογονικής δράσης, χωρίς την επίδραση της προγεστερόνης, παρατηρείται διαρκής ωριμότητα του επιθηλίου με αύξηση των κυττάρων της επιφανειακής στιβάδας, σε σχέση με την ενδιάμεση και αύξηση των δεικτών ηωσινοφιλίας και καρυοκυκνωτικού¹⁰.

Μετεμμηνοπαυσιακή περίοδος : Λόγω της έλλειψης ωοθηκικών ορμονών στην περίοδο αυτή από την ήδη επειθούσα ατροφία των ωοθηκών, στο κοιλιακό επίχρισμα ανευρίσκονται μόνο κύτταρα της παραβασικής στιβάδας μέχρι και ποσοστού 100% δηλαδή δείκτης ωριμότητας 100/0/0. Συνήθως μπορεί να βρεθεί ένα ποσοστό κυττάρων της ενδιάμεσης στιβάδας μέχρι 20%. Αυτό εξαρτάται από τα επίπεδα των έστω και μικρών ποσών οιστρογόνων που κυκλοφορούν στο αίμα και που προέρχονται κυρίως από μείωση των ανδρογόνων τους στο υποδόριο λίπος. Τα ανδρογόνα αυτά εκκρίνονται από το στρώμα των ωοθηκών και τα επινεφρίδια¹⁰.

Κύηση : Φυσιολογικά στην κύηση, λόγω της έκκρισης μεγάλων ποσών οιστρογόνων και προγεστερόνης, στο κοιλιακό επίχρισμα ανευρίσκονται κύτταρα που

προέρχονται κυρίως από την ενδιάμεση σιβάδα (υπερίοχυση της προγεστερονικής δράσης). Δηλαδή το επίχρισμα είναι παρόμοιο με το παραιτηρούμενο στη δεύτερη φάση του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου με τα χαρακτηριστικά κύτταρα με τα ενδιπλωμένα χείλη (οκαφοειδής) και τους σωρούς των κυττάρων, δηλαδή ο δείκτης ωριμότητας είναι περίπου 0/100/0.

Ο καρυοπυκνωτικός δείκτης δεν ξεπερνά το 10%. Η ανεύρεση καρυοπυκνωτικών κυττάρων πλέον του 10% δηλαδή 20% υποδηλώνει την αρχόμενη πλακουντιακή υπολειτουργία και μπορεί να παρατηρηθεί σε γυναίκες στο τέρμα της κύησης. Η παρουσία παραβασικών κυττάρων στο επίχρισμα της κύησης δηλώνει σημαντική πλακουντιακή ανεπάρκεια, όπως η παρατηρούμενη στην παράταση της κύησης. Παραβασικά κύτταρα ανευρίσκονται φυσιολογικά στην περίοδο της λοχείας¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.

Οδηγίες προς την ασθενή πριν την λήψη του τεστ Παπανικολάου.

Οι ασθενείς δεν πρέπει να πλένονται ή να κάνουν κολπικές πλύσεις για 24 ώρες πριν την λήψη του τεστ. Το τεστ δεν πρέπει να γίνεται κατά την διάρκεια της εμμηνου ρύσεως. Το δείγμα πρέπει να παίρνεται πρώτο κατά την εξέταση, πριν την χρήση λιπαντικών τέτοιων όπως του λιπαντικού ζελέ για την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ή το ασετικό οξύ για την κολπιοσκόπηση¹.

Επίσης η ασθενής δεν πρέπει να έρχεται σε σεξουαλική επαφή πριν το ρανιεβού για το τεστ. Η ασθενής δεν πρέπει να τοποθετήσει τίποτα στον κόλπο, συμπεριλαμβανομένου των ταμιτών, των αντιουληθπικών και των φαρμακευτικών σκευασμάτων για 48 ώρες πριν το ρανιεβού για το τεστ. Τέλος ο ιδανικός χρόνος για το ρανιεβού είναι 1 με 2 εβδομάδες μετά την έμμηνο ρύση, ενώ φυσικά δεν υπάρχει πρόσφατη μόλυνση ή ενεργός αιμορραγία³.

Είναι ακόμη σημαντικό να αναφερθεί, ότι εάν έχει προηγηθεί βιοψία ή απόξεση του ενδομητρίου, πρέπει να παρέλθει τουλάχιστον ένας μήνας από αυτήν¹⁰.

Τρόπος λήψης του τεστ Παπανικολάου.

Η κλασική μεθοδολογία λήψης περιλαμβάνει :

Ένα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο, που αποιεί την θέση όπου λόγω βαρύτητας συλλέγονται τα αποφολιδούμενα κύτταρα του τραχήλου και των πάνω από αυτών οργάνων, ένα άλλο από τον εξωτράχηλο και ένα τρίτο από τον ενδοτράχηλο.

Η λήψη από τον οπίσθιο κολπικό θόλο γίνεται είτε με μια πιπέτα, οπότε αναρροφάτε υγρό, είτε με μια ξύλινη σπάτουλα, οπότε ξύνεται το κολπικό τοίχωμα.

Η λήψη από τον εξωτράχηλο γίνεται επίσης με μια ξύλινη σπάτουλα οπότε ξύνεται κυκλικά ο τράχηλος. Τέλος η λήψη από τον ενδοτράχηλο γίνεται με ένα ειδικό βουρτσάκι (brush) που τοποθετείται μέσα στον τραχηλικό σωλήνα μέσω του έξω τραχηλικού οισμίου και περιστρέφεται. Για την λήψη των τριών αυτών επιχρισμάτων είναι απαραίτητη η προηγούμενη τοποθέτηση μέσα στον κόλπο των κολποδιαστολέων, έτσι ώστε να είναι ορατές οι επιφάνειες που αναφέρθηκαν^{10,3,16}.

Τέλος η ξύλινη σπάτουλα εισέρχεται και περιστρέφεται για να πάρει κύτταρα από ολόκληρη την ζώνη μετάπτωσης¹.

Είναι σημαντικό ο τράχηλος να σχηματίζεται καθαρά και τα δείγματα να παίρνονται από την ζώνη της μετάπτωσης. Η χρήση τέτοιων τεχνικών μπορεί να μειώσει την αναλογία των ψευδώς αρνητικών σε λιγότερο από 5%^{3,16,17}.

Τελευταία η λήψη με βουρτσάκι μιας χρήσεως έχει αποδειχθεί σε στατιστικές η καλύτερη γιατί μπορεί να πάρει υλικό από εσχές του τραχηλικού βλεννογόνου που δεν φθάνει ούτε η σπάτουλα ούτε πολύ περισσότερο ο βαμβακοφόρος στύλεος ο οποίος απορροφά βλέννη και συγκρατεί κύτταρα έτσι ώστε στο επίχρισμα να δίνει πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία¹⁸.

Στο παρελθόν το βουρτσάκι δεν συστηνόταν για συλλογή κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης λόγω του κινδύνου της αιμορραγίας. Όμως τώρα δεν αντενδείκνυται. Αν και λιγότερο αποτελεσματικό ένας υγρός βαμβακοφόρος στυλεός μπορεί να χρησιμοποιηθεί εάν φοβόμαστε για αιμορραγία³.

Για την καλύτερη ανάκτηση κυτάρων, περισσότερο από ένα εργαλείο πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Βέβαια αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να ξεραθεί το δείγμα, λόγω του χρόνου που χρειάζεται για να μεταφερθεί το υλικό από κάθε εργαλείο στην αντικειμενοφόρο πλάκα. Για να αποφύγουμε το στέγνωμα από τον αέρα του πρώτου δείγματος ο χειριστής πρέπει να κρατήσει μέσα την σπάτουλα μετά την συλλογή μέχρι να συλλεχθεί το δείγμα με το βουρτσάκι. Τότε τοποθετούνται και τα δύο δείγματα στην πλάκα και τοποθετείται γρήγορα στερεωτική ουσία. Η χρήση δύο πλακών επίσης βοηθάει να μειωθούν τα ξηραμένα παρασκευάσματα αλλά συχνά διπλασιάζουν το κόστος του τεστ³.

Σήμερα σε περιπτώσεις που εφαρμόζονται προγράμματα μαζικού ελέγχου, όπου ο στόχος είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του γυναικείου πληθυσμού, η διαδικασία έχει απλουστευθεί. Με κατάλληλα διαμορφωμένες ξύλινες ή πλαστικές σπάτουλες με προσβάλλον ρύγχος στην άκρη τους για την εισδοχή στον ενδοτράχηλο και τη σάρωση του, λαμβάνεται συνήθως ένα επίχρισμα (έξω – και ένδο – τραχηλικό). Η λήψη επιχρίσματος από τον οπίσθιο κοιλικό θόλο τείνει να καταργηθεί σε βάση ρουτίνας, καθόσον έχει αποδειχθεί ότι η κοιλική κυτταρολογία, πρώτον δεν ελαττώνει τα ποσοστά των ψευδώς αρνητικών τραχηλικών επιχρισμάτων και δεύτερον σε περιπτώσεις καρκίνου του ενδομητρίου, κατά

κανόνα, υπάρχει ανώμαλη αιμορραγία, η διευκρίνιση της οποίας θα οδηγήσει ούνιομα σε ιστολογική διάγνωση.

Η θέση του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ προσιτή, για την λήψη των αποφολιδωμένων από αυτόν κυττάρων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου αποφολιδώνει άφθονα κύτταρα, ακόμη και στα προδιηθητικά στάδια. Αντίθετα τα λίγα αποφολιδούμενα κύτταρα από το ενδομήτριο σε παθολογικές καταστάσεις, δύσκολα γίνονται αντιληπτά κατά τον συνήθη κυταρολογικό έλεγχο του κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος. Για το λόγο αυτό έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες μέχρι σήμερα για την απ' ευθείας λήψη και εξέταση αποφολιδωμένων κυττάρων από την μητρική κοιλότητα¹⁰.

Για να παρέχουμε την περισσότερο ακριβή και βοηθητική μειάφραση του δείγματος, είναι σημαντικό να καταγραφούν τέτοια γεγονόια, όπως η ηλικία της ασθενούς, η τελευταία έμμηνος ρύση, το είδος της αντισύλληψης, (εάν υπάρχει) και προηγούμενες διαγνώσεις ή θεραπείες, όπως βιοψία, καυτηρίαση, χημειοθεραπεία ή ραδιοθεραπεία¹⁷.



Λήψη κολπικού, έξω και ενδο-τραχηλικού δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο.

Ηλικία της γυναίκας κατά την πρώτη λήψη του τεστ Παπανικολάου και ηλικία κατά την τελευταία λήψη.

Αν και είναι παγκοσμίως αποδεκτό ότι τα προγράμματα ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα στην μείωση της επίπτωσης του διηθητικού καρκίνου σε έναν ελεγχόμενο πληθυσμό, καμία παγκόσμια ομόφωνη απόφαση δεν έχει βγει για το πόσο συχνά και για την ηλικία που πρέπει να γίνεται ο έλεγχος με τεστ Παπανικολάου. Το Καναδικό Ειδικό Απόσπασμα και οι Αμερικανικές υπηρεσίες πρόληψης σαν Ειδικό Απόσπασμα, συστήνουν να ξεκινάει ο έλεγχος στην ηλικία των 18 ετών ή με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων^{13,18} και να αναστέλλεται ο έλεγχος στις ηλικιωμένες γυναίκες αν δυο συνεχόμενα Τεστ Παπανικολάου είναι φυσιολογικά^{1,8}.

Τέλος από άλλους συγγραφείς υποστηρίζεται ότι στις ανεπτυγμένες χώρες η έναρξη του ουσιτηματικού ελέγχου πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 20 ετών και να συνεχίζεται ο έλεγχος μέχρι την ηλικία των 60 ετών. Ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες θα ήταν αρκεία αποτελεσματικό ως προς το κόστος, να καθυστερεί η έναρξη του ελέγχου ως την ηλικία των 25 ετών⁹.

Κατάλληλη χρονική απόσταση μεταξύ δύο διαδοχικών τεστ Παπανικολάου.

Το διάστημα που θα πρέπει να συστήνεται μεταξύ των ελέγχων είναι αμφιλεγόμενο. Ο λόγος γι' αυτό είναι η σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας, αφού ακόμα και ο ετήσιος έλεγχος δεν εγγυάται απόλυτα ότι ένας πρόδρομος του τραχήλου του καρκίνου θα βρεθεί πριν εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο.

Το τεστ Παπανικολάου συστήνεται κάθε χρόνο, αλλά μετά από τρεις ή περισσότερες συνεχείς ετήσιες εξετάσεις με ικανοποιητικά δείγματα και κανονικά αποτελέσματα, η συχνότητα αφήνεται στην κρίση του γιατρού. Το Αμερικάνικο Κολέγιο Μαιευτών και Γυναικολόγων προσθέτει ότι οι ασθενείς υψηλού κινδύνου πρέπει να συνεχίσουν να ελέγχονται ετησίως.

Οι ασθενείς που έχουν εκιεθεί σε διαθυλοστιλβοιστρόλη θα πρέπει να έχουν το πρώτο τεστ κατά την εμμηναρχή και ακόλουθα τεστ κάθε 6 έως 12 μήνες. Καμία σταθερή σύσταση δεν έχει γίνει για την συχνότητα των εκτιμήσεων μετά από

θεραπεία προδιηθητικής πάθησης του τραχήλου. Το γραφείο επίσκεψης για ένα ετήσιο τεστ Παπανικολάου προσφέρει ένα σύνολο προληπτικών μέτρων όπως μέτρηση αρτηριακής πίεσης και εξέταση στήθους¹.

Μια αναθεώρηση που έγινε από το IARC δίνει σε περίληψη τη συνολική γνώση για τη δραστηριότητα του τεστ Παπανικολάου. Η επί τοις εκατό μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες μεταξύ των 35-64 ετών είναι 93,5% με ετήσιο έλεγχο, 92,5% με έλεγχο, κάθε δύο χρόνια, 90,8% με τριετή έλεγχο. Η δραστηριότητα είναι ακόμα πολύ υψηλή με ακόμα μεγαλύτερο διάλειμμα, 83,6% κάθε 5 χρόνια, 64,1% κάθε 10 χρόνια.

Είναι αρκετά αποδεδειγμένο ότι η διαφορά μεταξύ του ελέγχου κάθε χρόνο ή κάθε 3 χρόνια είναι ελάχιστη. Κανένας δε θα οργάνωνε ένα πρόγραμμα ελέγχου δύο φορές κάθε 3 χρόνια για να εμποδίσει ένα λιγότερο από 3% της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου.

Περισσότερα πρόσφατα στοιχεία έχουν δείξει ότι η επιαιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου γίνεται αρκετά μειά το διαμήκημα του ελέγχου, με έναν ενδιάμεσο χρόνο μεταξύ 6 και 10 ετών ή ακόμα περισσότερο.

Το 1998, σε ένα δείγμα 2314 γενικών ιατρών στις 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μόνο σε τρεις χώρες (Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία και Δανία) η συμβουλή του γιατρού στο μεγαλύτερο ποσοστό, θα ήταν για τριετή έλεγχο : (7%, 61%, 52%) όταν η πλειονότητα (περισσότερο από 50%) στους άλλους ο γιατρός θα υπερασπιζόταν ετήσιο έλεγχο, από 50% των Γάλλων γιατρών μέχρι το 77% των γιατρών στην Ελλάδα. Οι Γάλλοι γιατροί ήταν αυτοί που περισσότερο υπερασπιζόνταν το διετή έλεγχο, το οποίο δεν είναι επισημοποιημένα αποδεδειγμένο από κανένα⁹.

Φαίνεται ότι εάν η ποιότητα της κυτταρολογικής υπηρεσίας είναι υψηλή, ο έλεγχος κάθε τρία χρόνια είναι ουσιαστικά τόσο αποτελεσματικός όσο ο ετήσιος έλεγχος. Άλλοι συγγραφείς έχουν δείξει ότι τα διαστήματα μεταξύ των ελέγχων μετά από δύο αρνητικά επιχρίσματα μπορούν να είναι μεγαλύτερα των 3 ετών. Ο έλεγχος σε γυναίκες ηλικίας 35 έως 64 ετών κάθε 5 χρόνια προβλέφθηκε να έχει αποτέλεσμα σε μία 90% μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου. Βέβαια μπορεί να είναι συντηρητικό, να υπερασπιζόμαστε ακόμα τα ετήσια τεστ Παπανικολάου σε ομάδες υψηλού κινδύνου, για παράδειγμα ασθενείς με

πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, ιστορία σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων ή ανοσοκατασταλασμένους ασθενείς⁶.

Παράλληλα το Καναδικό Task Force και οι Αμερικάνικες Υπηρεσίες Ελέγχου Task Force συστήνουν έλεγχο, για κάθε 1-3 χρόνια. Το 1998, το Αμερικάνικο Κολέγιο των Μαιευτών και Γυναικολόγων μαζί με άλλες επαγγελματικές ιατρικές κοινότητες έκδωσαν μια ομόφωνη σύσταση για έλεγχο που δίνει έμφαση στον ετήσιο έλεγχο για νεότερες γυναίκες, αφήνοντας κάθε αλλαγή στη συχνότητα στη κρίση του κάθε γιατρού¹⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΨΕΥΔΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΕΥΔΩΣ ΘΕΤΙΚΑ ΚΟΛΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΑ

Η αναλογία μη φυσιολογικών επιχρισμάτων σε έναν πληθυσμό γυναικών μεσαίας κοινωνικής τάξης στην αναπαραγωγική τους ηλικία, θα πρέπει να είναι κατά προσέγγιση 5%. Εάν οι αναλογίες ξεπερνούν το 12%-15% των μη φυσιολογικών επιχρισμάτων σε έναν πληθυσμό χαμηλού κινδύνου, πρέπει να υποψιαστούμε κυτταρολογική υπερδιάγνωση. Ωστόσο, με την εισαγωγή του συστήματος Bethesda, ο επιπολασμός των μη φυσιολογικών επιχρισμάτων έχει διπλασιαστεί από 5% σε 10% στις Η.Π.Α. ιδιαίτερα λόγω των άτυπων πλακωδών (ή αδενικών) κυτάρων μη καθορισμένης σημασίας. Το επίχρισμα κατά Παπανικολάου έχει μια υπολογισμένη αναλογία ψευδώς θετικό, λιγότερο από 1% αλλά και μία αναλογία ψευδώς αρνητικό που κυμαίνεται από 15-40%.

Ένα αληθώς αρνητικό επίχρισμα είναι ένα ικανοποιητικό επίχρισμα, χωρίς την ύπαρξη κακοηθών κυτάρων και χωρίς την απόδειξη διοκαρίωσης. Τα ψευδώς αρνητικά επιχρίσματα που δεν αντανακλούν βαθύτερη παθολογία, εμφανίζονται λόγω μη επαρκούς δειγματοληψίας ή λόγω του ότι μη φυσιολογικά κύτταρα χάνονται ή δεν μεταφράζονται σωστά. Η εφαρμογή ενός δευτέρου τεστ Παπανικολάου μέσα σε τρεις μήνες από το αρχικό αρνητικό αποτέλεσμα, δείχνει μία αναλογία ψευδώς αρνητικών 18,9% (ή σχεδόν μια στις πέντε αλλοιώσεις δεν υπήρχαν στο πρώτο τεστ). Η λήψη διπλών επιχρισμάτων επίσης δείχνει μία αναλογία ψευδώς αρνητικών 18,5%, τα οποία περιλαμβάνουν 11,1% λάθος στην δειγματοληψία και 7,4% λάθος στον έλεγχο. Σε μια άλλη μελέτη 59% των επιχρισμάτων λέγεται ότι είναι αληθώς αρνητικά για κακοήθη κύτταρα και τα οποία αναπτύσσουν διηθητικό τραχηλικό καρκίνο σε τρία χρόνια από την εφαρμογή του τεστ, ενώ σε εκτενέστερη αναθεώρηση δείχνουν να περιέχουν κακοήθη κύτταρα⁶.

Λόγω της παρουσίας φλεγμονωδών κυτάρων και της αποτυχίας των κυτάρων να αποβάλλονται σε μεγάλους αριθμούς, τα ψευδώς αρνητικά επιχρίσματα είναι περισσότερο συχνά σε διηθητικά παρά σε ενδοεπιθηλιακά νεοπλασμάτια. Επιπλέον, σε μία περιοχική διηθητικού καρκινώματος, η ανεπαρκής αιμάτωση ή η μόλυνση προκαλεί κυτταρόλυση. Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα

που υπονοούν καρκίνο είναι αρκετά για τη συνέχιση της έρευνας ακόμα και εάν η κυτταρολογική εξέταση είναι αρνητική^{10,11}.

Βέβαια η αναλογία των ψευδώς αρνητικών επιχρισμάτων κυμαίνεται από 15%-40%, ανάλογα με τον πληθυσμό και το εργαστήριο¹.

Ενώ σε μια άλλη μελέτη η αναλογία των ψευδώς αρνητικών επιχρισμάτων παρουσιάζεται στο ποσοστό του 20% πιθανόν λόγω της κακής δειγματοληψίας, σφάλμα του εργαστηρίου, ή αποξήρανση του δείγματος³.

Ωστόσο, αν και πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια για να μειωθούν τα ψευδώς αρνητικά τεστ, η αποτυχία των γυναικών να παρακολουθούνται τακτικά με τεστ Παπανικολάου φαίνεται ότι ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις διηθητικής πάθησης⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ CIN-ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η καλύτερη αντιμετώπιση κάθε μη φυσιολογικού τεστ Παπανικολάου πρέπει να βασίζεται στην περιγραφική διάγνωση και στους προδιαθετικούς παράγοντες από την πλευρά του ασθενούς. Κάθε αποτέλεσμα που υπονοεί πλακώδη νεοπλασία, που περιλαμβάνει τη δυσηλουσία, τη τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, καρκίνωμα *in situ*, μικροδιηθητικό καρκίνωμα ή διηθητικό καρκίνωμα, απαιτεί περισσότερη εκτίμηση.

Εκτός αν υπάρχει μια φανερή αλλοίωση, η κολποσκόπηση έχει γίνει η σταθερή διαδικασία για εκτίμηση εμφανών ανωμαλιών ή κληδομένων αποτελεσμάτων. Η κολποσκόπηση πρέπει να γίνεται από γιατρούς που έχουν εκτεταμένη εμπειρία στην τεχνική⁴. Κολποσκόπηση σημαίνει διόφθαλμη επισκόπηση του τραχήλου σε μεγέθυνση 1:20¹³.

Η κολποσκόπηση γίνεται για να αποκλείσει την παρουσία υψηλής βαθμίδας CIN αλλοίωσης σε ασθενή με χαμηλής βαθμίδας αλλοίωση στα ευρήματα του τεστ Παπανικολάου, αφού όπως μερικές μελέτες έχουν δείξει 12% των επιχρισμάτων με χαμηλής βαθμίδας αλλοίωση έχουν βαθύτερη υψηλής βαθμίδας CIN και 0,5% έχουν διηθητικό καρκίνο. Είναι όμως παραδοσιακό στις περισσότερες κλινικές μονάδες, τα ελαχίστως μη φυσιολογικά επιχρίσματα να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και τα σοβαρά μη φυσιολογικά επιχρίσματα. Ωστόσο η καλύτερη αντιμετώπιση των τραχηλικών επιχρισμάτων με χαμηλής βαθμίδας ανωμαλίες έχει δημιουργήσει διαφορετικές γνώμες και ακόμα παραμένει πολύ διαμφισβητούμενο. Η συζήτηση συγκεντρώνεται στο αν η πολιτική άμεσης κολποσκόπησης και αντιμετώπισης είναι καλύτερη από τη συνέχιση κυτταρολογικής παρακολούθησης. Έχει προταθεί ότι 2 στις 1000 γυναίκες με αρχικά ήπιο δυσκαρνώτικο επιχρίσμα θα αναπτύξει καρκίνο εάν υιοθετηθεί μια συντηρητική πολιτική πενταετούς επανάληψης του επιχρίματος. Εάν ο τραχηλικός έλεγχος προσφέρεται κάθε 3 χρόνια αυτό το νούμερο θα μειωθεί σε 1,6 ανά 1000 γυναίκες. Εάν η ασθενής εφαρμόζει άμεση κολποσκόπηση και βιοψία, η υποκείμενη αναλογία του καρκίνου θα παραμείνει 1,6% ανά 1000 γυναίκες. Τέσσερις στους πέντε ασθενείς με χαμηλής βαθμίδας SIL αλλοιώσεις στα επιχρίσματα με αρνητική κολποσκόπηση και βιοψία (αρνητική εκτίμηση του ενδοτραχήλου) που παρακολουθείται

μελλοντικά χωρίς μεγαλύτερη παρέμβαση εκτός και αν είχαν ξανά ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου. Λε θα έχουν απόδειξη CIN ακόμα κι αν παρακολουθούνται για ένα μέσο όρο 10 ετών. Η πέμπτη ασθενής θα έχει ένα επίμονο μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου, ή θα ξανααναπτύξει ένα μη φυσιολογικό τεστ Παπανικολάου και θα απαιτήσει επιπρόσθετα διαγνωστικά μέτρα. Από την άλλη μεριά, πρόσφατα σε μία μελέτη γυναικών με χαμηλής βαθμίδας ανωμαλίες στο τραχηλικό τους επίχρισμα οι οποίες κατευθύνθηκαν τυχαία είτε σε άμεση κολποσκοπική βιοψία είτε σε κυτταρολογική παρακολούθηση για 2 χρόνια και τότε κολποσκόπηση, υπήρξε μια υψηλή αναλογία απουσίας στην τελευταία ομάδα που αυξήθηκε όσο μακραινει η κυτταρολογική παρακολούθηση από 10% σε 6 μήνες ως 23% σε 24 μήνες. Κατά προσέγγιση ως και 35% αυτών των ασθενών παρουσιάστηκαν στον τραχηλικό έλεγχο να αναπτύξουν CIN 3 μέσα σε μία περίοδο 2 ετών. Αυτή η μελέτη παρείχε αποειλέσματα που υποστηρίζουν ουσιαστικά την άμεση κολποσκόπηση και επιβεβαίωσε την πιωκή προγνωστική αξία του αρνητικού επιχρίματος μόνο στην πρόβλεψη του ιστολογικού επιπέδου. Αν και ένα τρίτο των γυναικών θα έχουν μη αναγκαία παρέμβαση με άμεση κολποσκόπηση και βιοψία, τουλάχιστον ένα άλλο τρίτο θα χρειάζεται κολποσκόπηση στη βάση του επιχρίματος που δείχνει υψηλής βαθμίδας αλλοίωση και πιθανόν ένα τρίτο των γυναικών των οποίων τα τελικά επιχρίσματα δείχνουν επίμονα χαμηλής βαθμίδας ανωμαλίες. Εξίσου σημαντικό, η άμεση κολποσκόπηση μπορεί τελικά να αποδειχθεί φθηνότερη από επαναλαμβανόμενη τραχηλική παρακολούθηση όπως δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο στον αριθμό των φυσιολογικών επιχρισμάτων ότι θα επιβεβαιώνουν οίγουρα την υποχώρηση ενός προηγούμενου μη φυσιολογικού επιχρίματος.

Υπερασπιστές που εγκρίνουν την αντιμετώπιση και τη παρακολούθηση όλων των ασθενών με χαμηλής βαθμίδας CIN το κάνουν, γιατί δεν υπάρχει επί του παρόντος αποτελεσματική μέθοδος που θα προσδιορίσει ουσιαστικά ποιες αλλοιώσεις χαμηλής βαθμίδας δεν έχουν την ικανότητα να αναπτυχθούν και ότι υποκαθιστώντας την αποδεδειγμένη αντιμετώπιση με παρακολούθηση αναπόφευκτα θα επιτρέψουν σε έναν διαφορετικά παρεμποδιζόμενο τραχηλικό καρκίνο να αναπτυχθεί σε μερικούς ασθενείς⁶. Για τα τελευταία 20 χρόνια οι προτιμώμενες θεραπείες αντιμετώπισης CIN, αφού ο διηθητικός καρκίνος έχει αποκλείσει, είναι η ηλεκτροκαυτηρίαση, η κρυοχειρουργική και το Laser CO₂,

θεραπείες αποκόλλησης που αποτελούνται από κωνοειδή εκτομή με κρύο μαχαίρι ή με Laser του τραχήλου και υστερεκτομή στις ασθενείς που έχουν δημιουργήσει οικογένεια^{6,13}. Πιο πρόσφατα η ηλεκτροχειρουργική εκτομή της ζώνης μετάπτωσης του τραχήλου έχει αποδειχθεί ως η πιο συνηθισμένη υπερασπιζόμενη εναλλακτική λύση. Είναι αναγκαίο οι γιατροί να συστήσουν παρακολούθηση παρά άμεση αντιμετώπιση σε ασθενείς με χαμηλής βαθμίδας CIN αλλοιώσεις, μόνο όταν οι ασθενείς είναι αξιόπιστοι, γιατί έχει παρατηρηθεί διηθητικός καρκίνος σε μερικούς ασθενείς που δεν συνέχισαν την παρακολούθησή⁶.

Εξίσου σημαντικό γεγονός ωστόσο είναι, αν και δεν συμβαίνει συχνά, ότι έχουν αναπτυχθεί διηθητικοί καρκίνοι μετά από αντιμετώπιση CIN σταδίου. Η συντηρητική θεραπεία CIN δεν θα έπρεπε να καταλήγει σε διηθητικό καρκίνο, και οι αναφερόμενες αναλογίες μετά από υστερεκτομή, κωνοειδής βιοψία και εκτομή με Laser είναι 0,36%, 0,7%, 0,2%, αντίστοιχα. Η εμφάνιση διηθητικού καρκίνου μετά από κάθε μορφή αντιμετώπισης CIN πρέπει να θεωρηθεί αποτυχία της αντιμετώπισης. Σφάλματα μπορούν να συμβούν σε κάθε στάδιο, για παράδειγμα στον έλεγχο, στην κολποσκόπηση, στη βιοψία, στην αντιμετώπιση και στην παρακολούθηση. Τεχνική έλλειψη στην καλοσκοπηση του τραχήλου έχει προφανώς αναφερθεί⁶.

Σφάλματα στην κολποσκοπική διάγνωση του μικροδιηθητικού και του κρυφού καρκίνου έχουν υπολογιστεί ότι είναι 15,9% και 10,4% αντίστοιχα⁶.

Δύο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι 25,47% των ασθενών είχαν μία σοβαρότερη αλλοίωση, συμπεριλαμβανομένου μη υποψιασθέντος αδενοκαρκινώματος in situ και κρυφού καρκίνου που ανιχνεύθηκε σε μεγάλη εκτομή της ζώνης μετάπτωσης όταν συγκρίθηκε με τις μικρές βιοψίες. Αν και η πρωταρχική αιτία αποτυχίας της αντιμετώπισης μπορεί να είναι αδιάντροπη απόκλιση από το πρωτόκολλο, υπάρχουν προτάσεις που καθιέρωσαν την ιδέα ότι η διηθητική πάθηση μπορεί να μείνει απαρατήρητη πριν την αφαιρετική θεραπεία⁶.

Το τι πρέπει να κάνουν οι ασθενείς των οποίων τα αποτελέσματα των επιχρισμάτων δείχνουν αιτιία των πλακωδών κυττάρων χωρίς απόδειξη δυσπλασίας ή καρκινώματος in situ δεν είναι ξεκάθαρο. Αυτό το εύρημα μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονώδη αιτιία, μόλυνση με τον ιό του ανθρώπινου παπιλώματος, επανορθωτικές αλλαγές, ενδοτραχηλική αιτιία ή τραχηλική νεοπλασία.

Ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται, ο μέσος όρος των ασθενών με βαθύτερη νεοπλασία που δεν έχει ανιχνευτεί στην κολπισκοκόπηση και στην βιοψία κυμαίνεται από 18% σε 25%. Πολλές από αυτές τις ενδοεπιθηλιακές ανωμαλίες βρίσκονται να είναι τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία βαθμίδας 1, αν και 17% έως 57% ιελικά είναι τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία βαθμίδας 2 ή 3. Η επίπτωση της δυσπλασίας είναι ακόμα χαμηλότερη στις γυναίκες στην εμμηνόπαυση, και η επίπτωση της δυσπλασίας με επιμονή αιτυπία (π.χ. αιτυπία σε πολλαπλά τραχηλικά επιχρίσματα) δεν φαίνεται να είναι οημαντικά διαφορετική από την επίπτωση της δυσπλασίας στον αρχικό κατάλογο του ιεσι Παπανικολάου. Το εύρημα της ενδοτραχηλικής αιτυπίας συνδέεται με κλινικώς αξισημείωτες τραχηλικές αλλοιώσεις στο 50% των περιστατικών¹.

Θα' πρεπε η ασθενής με το πρώτο της άτυπο ιεσι Παπανικολάου να παρακολουθείται απλά ή να κάνει αμέσως κολπισκοκόπηση; Αυτή η απόφαση εξαρτάται από τους διαθέσιμους πόρους, τους παράγοντες κόστους, και το ιστορικό του ασθενούς. Βεβαίως κάθε οημάδι κολιίτιδας ή τραχηλίτιδας θα πρέπει να ερευνάται και να αντιμετωπίζεται. Ένας αριθμός μελετών έχουν επιδειξει μία υψηλή αναλογία απόφασης όταν γυναίκες με άτυπα ιεσι Παπανικολάου απλά παρακολουθούνται και το ιεσι επαναλαμβάνεται αργότερα¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Ο καρκίνος του τραχήλου παραμένει μια σημαντική αιτία μιας αναπόφευκτης θνησιμότητας από καρκίνο μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών. Οι γυναίκες πάνω από 65 ετών αποτελούν το 13% του συνολικού γυναικείου αμερικάνικου πληθυσμού αλλά υπολογίζεται σε 25% των νέων περιστατικών και 41% των θανάτων από αυτή την πάθηση. Αν και η πρόωγη ανίχνευση μπορεί να μειώσει αυτή τη δυσαναλογία της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, οι ηλικιωμένες γυναίκες υπο-παρουσιάζονται στα προγράμματα ελέγχου κατά του καρκίνου⁷.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Περισσότεροι από 10 επαγγελματικοί οργανισμοί έχουν συστήσει τεστ Παπανικολάου για όλες τις γυναίκες, με κανένα ανώτερο όριο ηλικίας. Οι περισσότερες ομάδες συμφωνούν ότι μετά από μερικά ειήσια αρνητικά τεστ, ο έλεγχος μπορεί να γίνεται κάθε τρία χρόνια.

Οι συστάσεις από το u.s Preventive Servises Task Force διαφέρουν γιατί προεινούν ότι ο έλεγχος μπορεί να διακοπεί στην ηλικία των 65 ετών εάν ο ασθενής έχει ένα αποδεδειγμένο ιστορικό τακτικού ελέγχου με τεχνικώς επαρκή, αρνητικά αποτελέσματα πριν από αυτή την ηλικία. Οι γυναίκες που ποτέ δεν έχουν ελεγχθεί και αυτές που είχαν μη τακτικά τεστ πρέπει να έχουν προτεραιότητα στον έλεγχο. Εκείνες που έχουν θεραπευτεί για HPV – το οποίο βρέθηκε συσχετιστικά σε όλους τους καρκίνους του τραχήλου και στις πρόδρομες αλλοιώσεις- ή είναι θετικές HPV επίσης πρέπει να παρακολουθούνται στενά.

Η μόνη ομάδα που έχει αποδώσει άμεσα την αναγκαιότητα του ελέγχου στις γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή είναι η Canadian Task Force, η οποία συστήνει διακοπή του ελέγχου αν:

- η υστερεκτομή έγινε για καλοήγη κατάσταση.
- υπάρχει παθολογική απόδειξη ότι το τραχηλικό επιθήλιο έχει ολικώς αφαιρεθεί.

- και όλα τα τεστ πριν την υστερεκτομή ήταν φυσιολογικά⁷.

ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Για να εκτιμήσουμε τα οφέλη από τον έλεγχο των ηλικιωμένων γυναικών, ας κοιτάξουμε τα αναμενόμενα κλινικά αποτελέσματα σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Μεταξύ του 72% και του 92% των ηλικιωμένων γυναικών θα δεχθούν ένα τεστ Παπανικολάου πως τους προσφέρθηκε σε μια κλινική εξέταση. Πολλές δηλώνουν μια προτίμηση σε γυναίκα εξεταστή. Ο έλεγχος μπορεί να χρειάζεται να συμπεριλάβει ηλικιωμένες γυναίκες οι οποίες είχαν υποστεί υστερεκτομή πριν το 1965 γιατί η μερική αφαίρεση ήταν συνήθης. Έτσι, περίπου 25% των ηλικιωμένων γυναικών που αναφέρουν ιστορικό υστερεκτομής μπορεί να έχουν έναν ανέπαφο τράχηλο και παραμένουν σε κίνδυνο για τραχηλική νεοπλασία. Όταν υπάρχει αμφιβολία, πρέπει να συμπληρωθεί πλήρες ιστορικό και να γίνει μια αρχική ενδοσκοπική εξέταση που θα επιβεβαιώσει την καιάσταση της γυναίκας.

Μεταξύ των γυναικών (ηλικιωμένων) που ελέγχονται, 14 με 22 κάθε 1000 θα έχουν μη φυσιολογικά επιχρίσματα. Από αυτά το 70% έχουν διαγνωστεί σαν τραχηλική νεοπλασία. Άλλες καταστάσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα μη φυσιολογικά επιχρίσματα είναι η ατροφική κολπίτιδα, η βακτηριακή ή μονιλική κολπίτιδα, κολπική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, και οτιδήποτε άλλες γυναικολογικές κακοήθειες, ιδιαίτερα ενδομητρικός ή ωθητικός καρκίνος.

Η αμφίχειρη εξέταση σ' αυτή την περίπτωση του τεστ Παπανικολάου μπορεί να ανιχνεύσει σημαντική γυναικολογική παθολογία, πολύ σημαντικά, πρώιμα ωθητικά ή αιδοϊκά νεοπλασμάτα. Καλοήθεις καταστάσεις όπως ουροποιητικά ή σεξουαλικά προβλήματα επίσης μπορεί να διαπιστωθούν και να προσδιοριστούν. Για ηλικιωμένες γυναίκες με νεοπλασία, η αντιμετώπιση είναι γενικά αποδεκτή, η αντιμετώπιση είναι τόσο αποτυχεματική στις ηλικιωμένες όσο και στις υπόλοιπες γυναίκες. Πέντε χρόνων επιβίωση για καρκίνο in-situ είναι ουσιαστικά 100%, και για πάθηση σε πρώιμο στάδιο 90%. Δυστυχώς, μέχρι και 20% των ηλικιωμένων γυναικών μπορεί να αρνηθούν περισσότερο διαγνωστικό έλεγχο μετά από ένα μη φυσιολογικό επίχρισμα ή ψηλαφητές ανωμαλίες.

Παρ' όλες τις υψηλές αναλογίες μη φυσιολογικών επιχρισμάτων σε προγράμματα ελέγχου, εξειδικευμένα οίκοι πάνω στην ευαισθησία και την

εξειδίκευση του τεστ στις ηλικιωμένες δεν είναι διαθέσιμα. Οι αναλογίες των ψευδώς θετικών επιχρισμάτων μπορεί να είναι υψηλότερες στις ηλικιωμένες απ' ό τι στις νεότερες γυναίκες, διότι ατροφικές κυτταρικές αλλαγές μπορεί να μιμηθούν νεοπλαστικές αλλαγές.

Τα ψευδώς αρνητικά επιχρίσματα μπορεί επίσης να συμβούν σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα λόγω της μειωμένης προσέγγισης της ζώνης μετάπτωσης, συνδυασμένη με κολπική και τραχηλική στένωση και ελαττωμένη κυτταρική αποφολίδωση'.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ

Για να αποχτούμε υψηλής ποιότητας επιχρίσματα, πρέπει να κάνουμε απλά βήματα για να εξασφαλίσουμε την άνεση του ασθενούς. Χρησιμοποιούμε την θέση εξέτασης που βολεύουν ασθενείς με ορθοπεδικές διαταραχές, και χρησιμοποιούμε ένα μικρό ή σιεντότερο Pederson ενδοσκόπιο. Μια μικρή ποσότητα λιπαντικού μπορεί να χρειαστεί. Στενά εργαλεία δειγματοληψίας, συμπεριλαμβανόμενου της ενδοτραχηλικής βούριας ή του βαμβάκοφόρου στυλεού βρεγμένου με φυσιολογικό ορό, μας διευκολύνει να πάρουμε κυτταρικό υλικό από ένα στενό τραχηλικό στόμιο'.

Συμπεράσματα

Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι το πρόγραμμα για το καρκίνο του τραχήλου σε ηλικιωμένες γυναίκες είναι και ωφέλιμο και πρακτικό :

Ο έλεγχος μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από αυτή την πάθηση. Στις ηλικιωμένες, ο έλεγχος κάθε 3 χρόνια μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα μείωση κατά 74% στη θνησιμότητα που σχετίζεται με το καρκίνο του τραχήλου. Αυτό αντιπροσωπεύει μια 32% συνολική μείωση στην θνησιμότητα από την πάθηση μεταξύ των γυναικών όλων των ηλικιών.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πρόθυμες στον έλεγχο του καρκίνου, ιδιαίτερα όταν ο έλεγχος προσφέρεται σαν μέρος συστηματικής ιατρικής φροντίδας. Ο έλεγχος ανιχνεύει υψηλές αναλογίες καρκίνου του τραχήλου σ' αυτό τον πληθυσμό'.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Πώς να προσεγγίσουμε το μη ελεγχόμενο πληθυσμό

Αν και η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου στις Η.Π.Α. έχει παρηκμάσει σταθερά από την εισαγωγή του τεστ Παπανικολάου για μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο (Screening) το 1945, πρόσφατες στατιστικές δείχνουν μία αυξανόμενη επίπτωση, με 15.700 νέες περιπτώσεις να αναμένονται το 1996 αναπαράγοντας μία υψηλή αναφορά που έχει γίνει από τη δεκαετία του '80. Αν και η αυξανόμενη επίπτωση μπορεί μερικώς να οφείλεται στην επιδημία του ιού HPV, μέρος της αυξανόμενης επίπτωσης μπορεί να οφείλεται στους αυξανόμενους αριθμούς γυναικών που δεν λαμβάνουν τεστ Παπανικολάου. Οι γυναίκες από εθνικές μειονότητες, ιθαγενείς Αμερικάνες, Αφρο- Αμερικάνες, και Λατινογενείς έχουν υψηλότερες αναλογίες τραχηλικού καρκίνου από τις λευκές, και μαζί με τις ηλικιωμένες γυναίκες, υπερβολική θνησιμότητα. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών με αναπτυγμένο στάδιο πάθησης είναι επίσης υψηλότερος για τις μειονότητες και τις ηλικιωμένες, που τουλάχιστον υπονοεί ότι η μειωμένη χρήση του τεστ Παπανικολάου σε αυτούς τους πληθυσμούς μπορεί να συνεισφέρει στην παρατηρούμενη υψηλότερη θνησιμότητα και επίπτωση.

Λόγω της έλλειψης ενός εθνικού προγράμματος screening για τον καρκίνο του τραχήλου στις Η.Π.Α., τα στοιχεία που αντανακλούν τις πραγματικές αναλογίες του screening πρέπει να συγκεντρωθούν από μία ποικιλία πηγών, καμία πηγή δεν αντανακλά ακριβώς όλες τις γυναίκες που κινδυνεύουν. Τα πιο διαθέσιμα στοιχεία βασίζονται στις αυτο- αναφορές των ασθενών για τα τεστ Παπανικολάου, τα οποία συνήθως υπερεκτιμούν την εφαρμογή. Η Εθνική Δημοσκόπηση για την Υγεία (NHIS) μία μεγάλη εθνική μελέτη συνεντεύξεων που συντάσσεται ετησίως από τα κυβερνητικά πρακτορεία, περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν την αυτοαναφερόμενη χρήση του τεστ Παπανικολάου. Τα στοιχεία από το 1987 και το 1992 συγκρινόμενα αποκαλύπτουν δύο σημαντικές τάσεις: ότι η χρήση του τεστ Παπανικολάου στις Η.Π.Α. έχει αυξηθεί με τον καιρό αλλά μειώνεται σε άμεση αναλογία με την αύξηση της ηλικίας. Η αναλογία των γυναικών στις Η.Π.Α. που έχουν ποτέ ελεγχθεί με τεστ Παπανικολάου φθάνει το 90%, που συμφωνεί με τους στόχους του προγράμματος Υγείας Άνθρωποι 2000. Ωστόσο, η αναλογία που έχει πρόσφατα ελεγχθεί, και τοιςυτοιρόπως ο αριθμός των γυναικών που επιπρόκει για

τοιουτοτρόπως ο αριθμός των γυναικών που επιστρέφει για παρακολούθηση, είναι πιο χαμηλός, αντανακλώντας το πρόβλημα με την εφαρμογή.

Αυτό που τα περιληπτικά στοιχεία από τις δημοσκοπήσεις όπως η NHIS δεν αντανακλούν ακριβώς, είναι η ταυτότητα των υποπληθυσμών των γυναικών στις Η.Π.Α. που είτε δεν ελέγχονται καθόλου είτε δεν ελέγχονται τακτικά. Αυτές υπολογίζονται ως η πλειονότητα των νέων περιστατικών καρκίνου του τραχήλου σ' αυτή τη χώρα, με το 50% των καρκίνων να συμβαίνουν στις γυναίκες που ποτέ δεν έχουν ελεγχθεί και το 60% στις γυναίκες που δεν έχουν κάνει το τεστ Παπανικολάου τα τελευταία 5 χρόνια. Οι γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου και δεν έχουν κάνει πρόσφατα τεστ Παπανικολάου, έχουν πιο ανεπτυγμένο στάδιο πάθησης τη στιγμή της παρουσίασης συγκρινόμενες με γυναίκες που είχαν κάνει πρόσφατα τεστ Παπανικολάου.

Ποιες είναι οι γυναίκες στις Η.Π.Α. που δεν κάνουν καθόλου τεστ Παπανικολάου ή το κάνουν ανεπαρκώς; Αυτοί οι μη ελεγχόμενοι πληθυσμοί αποτελούνται από τις ηλικιωμένες γυναίκες, τις ανασφάλιστες, τις φτωχές γυναίκες, μέλη εθνικών μειονοτήτων, ιδιαίτερα ισπανόφωνες, και ηλικιωμένες ΑφροΑμερικάνες, και γυναίκες που κατοικούν σε αγρικές περιοχές.

Ποια είναι μερικά από τα εμπόδια για έλεγχο που παρουσιάζονται από αυτές τις γυναίκες; Τα εμπόδια για το μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο με το τεστ Παπανικολάου συμπεριλαμβάνεται σε τέσσερις τουλάχιστον κατηγορίες: έλλειψη γνώσεων από το μέρος του ασθενή ή από μέρους του προσώπου που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας, οικονομικά εμπόδια, εμπόδια σύμφωνα με την κουλτούρα της ομάδας ή τα πιστεύω του συστήματος και προβλήματα οργάνωσης.

Στην ανάλυση από τον Harlan et al των στοιχείων από τη NHIS του 1987, η πιο συνηθισμένη αιτία που δινόταν από όλες τις γυναίκες όλων των ηλικιών, εθνικοτήτων και οικονομικών επιπέδων για τη μη χρησιμοποίηση του screening ήταν ότι δε γνώριζαν το σκοπό του τεστ Παπανικολάου δεν καταλάβαιναν ότι σκοπός του είναι να εμποδίσει τον καρκίνο του τραχήλου. Άλλες μελέτες αντανακλούν την ιδιαιτερότητα αυτού του εμποδίου, κυρίως μεταξύ των γυναικών με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και των γυναικών των εθνικών μειονοτήτων. Η δεύτερη πιο συνηθισμένη αιτία για την έλλειψη του ελέγχου που δίνεται σ' αυτή τη δημοσκόπηση από περισσότερες από 12.000 γυναίκες ήταν ότι ο γιατρός ποτέ δεν είχε στις γυναίκες ότι χρειαζόνταν ένα τεστ Παπανικολάου. Αυτό

είναι ιδιαίτερος σημαντικό γιατί πολλές από τις γυναίκες που δεν ελέγχονται, δέχονται φροντίδα από οικογενειακούς πρακτικούς οι οποίοι μπορεί να μην είναι ενήμεροι του υψηλού κινδύνου και της έλλειψης ελέγχου στους ασθενείς τους, ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες και φτωχές γυναίκες.

Το κόστος του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου με το τεστ Παπανικολάου είναι φανερό ένα εμπόδιο για τις φτωχές και ανασφάλιστες. Πολλές από αυτές τις γυναίκες ιδιαίτερος αυτές που μένουν σε αγροτικές περιοχές, μπορεί να μην έχουν ποτέ πρόσβαση σε προγράμματα ελέγχου. Ένας λιγότερο απτός παράγοντες που σχετίζεται με τη σχέση μεταξύ ασθενούς και αυτού που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας, μπορεί επίσης να είναι εμπόδιο στον έλεγχο φτωχών και ανασφάλιστων γυναικών. Σε μία πρόσφατη έρευνα οι γυναίκες ρωτήθηκαν τι θεωρούν σαν εμπόδιο στη φροντίδα υγείας. Οι γυναίκες που δέχονται δημόσια βοήθεια παραπονέθηκαν ότι οι γιατροί και οι άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας τις αντιμετώπιζαν με λιγότερο σεβασμό και φροντίδα γιατί υπάγονταν στην κοινωνική πρόνοια.

Οι στάσεις και τα πιστεύω ενός ιδιαίτερου πληθυσμού για τον καρκίνο είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για την πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου ή κάθε τύπου ελέγχου για τον καρκίνο που έχει προσδιοριστεί σε αρκετές μελέτες. Μοιρολατρικές απόψεις για τον καρκίνο φαίνεται να κυριαρχούν στα πιστεύω πολλών φτωχών γυναικών εθνικών μειονοτήτων. Γυναίκες που πιστεύουν ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύεται αποφεύγουν τον έλεγχο ή κάθε αλληλεπίδραση που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να τους πουν ότι έχουν καρκίνο. Εσφαλμένες αντιλήψεις για τα αποτελέσματα της θεραπείας, όπως η πεποίθηση ότι το χειρουργείο θα προκαλέσει καρκίνο με εξάπλωση από την έκθεσή του στον αέρα, έχουν βρεθεί επίσης συχνά να εκφέρονται από γυναίκες χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων και εθνικών μειονοτήτων. Η γλώσσα είναι ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο προσδιορισμένο σε πολλές μελέτες. Οι Ισπανόφωνες γυναίκες αποφεύγουν την επαφή με τις Αγγλικές κλινικές και το προσωπικό τους και έτσι αποφεύγουν και τον έλεγχο. Συγκεκριμένα εμπόδια κουλτούρας μεταξύ των Ιθαγενών Αμερικανίδων και των Ισπανόφωνων γυναικών μπορεί να περιλαμβάνουν μια δυνατή πεποίθηση της ιδιωτικής φύσης της καιάισης της υγείας ενός ατόμου ή της πάθησης του. Σύμφωνη δυοιοτία στο σύστημα υγείας βασισμένη σε προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες, τέτοιες όπως το Tuskegee πείραμα, μπορεί επίσης να εμποδίζουν τις

γυναίκες εθνικών μειονοτήτων να αναζητήσουν τις υπηρεσίες screening για τον καρκίνο.

Οργανωτικοί παράγοντες συχνά παρουσιάζονται σαν εμπόδια στο screening. Η έλλειψη μεταφοράς, η έλλειψη φύλαξης των παιδιών και η αδυναμία εγκατάλειψης των καθηκόντων του νοικοκυριού ή της εργασίας, όλα αυτά εκφράζονται σαν αιτίες που δεν ελέγχονται γυναίκες που έχουν ερωτηθεί σε πολλές μελέτες. Πιο περίπλοκα είναι τα αποτελέσματα της δυσκολίας να διαπραγματευτούν με το πολύπλοκο σύστημα υγείας οι φτωχές και ηλικιωμένες.

Μερικές δημοσιοποιημένες αναφορές περιγράφουν μεθόδους υπερπήδησης των εμποδίων για το τεστ Παπανικολάου στους «δύσκολους» πληθυσμούς. Επιτυχείς μέθοδοι υπερπήδησης των πολλαπλών εμποδίων για το τεστ Παπανικολάου που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένες και οι γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου έχουν γενικά ακολουθήσει μια από τρεις προσεγγίσεις. Μία μέθοδος καλείται «inreach» και βασίζεται στο στοιχείο προσφοράς του ελέγχου τη στιγμή κάθε απροσδόκητης συνάντησης για τη φρονίδα της υγείας. Χρησιμοποιώντας επαγγελματίες νοσηλεύτριες που προσφέρουν εκπαίδευση και έλεγχο την ίδια μέρα στις ηλικιωμένες που παρακολουθούν μια γενική ιατρική κλινική, μια ομάδα ήταν ικανή να αυξήσει το μέσο όρο των γυναικών πάνω από 65 ετών που κάνουν τεστ Παπανικολάου από 18% σε 74%. Στην παραδοσιακή out reach παρέμβαση, γράμματα, τηλεφωνήματα και άλλες υπενθυμίσεις έχουν υπάρξει επιτυχείς στην αύξηση του αριθμού των γυναικών που ελέγχονται με τεστ Παπανικολάου, σε δύο μελέτες, εφαρμόζοντας τον. Μία άλλη υψηλά επιτυχημένη προσέγγιση στρατολογεί μέλη της κοινότητας σαν μη ειδικούς εργάτες υγείας οι οποίοι βοηθούν να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί η εκπαίδευση για το τεστ Παπανικολάου. Οι ομάδες εστίασης έχουν υπάρξει πολύ επιτυχημένα εργαλεία για τον καθαρισμό των αναγκών ενός συγκεκριμένου πληθυσμού και των απόψεων για τον καρκίνο πριν σχεδιαστεί κάθε στρατηγική παρέμβασης.

Για να υπερπηδηθούν τα οικονομικά εμπόδια στον έλεγχο με τεστ Παπανικολάου πολλά προγράμματα προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες, μεταφορά και υπηρεσίες φύλαξης παιδιών. Ωστόσο τα προβλήματα φτώχειας και έλλειψης πρόσβασης στη φρονίδα στις Η.Π.Α. απαιτούν ευρύτερες, πιο μακροπρόθεσμες λύσεις που είναι πέρα από το πεδίο κάθε μονοδιάστατου προγράμματος screening⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο.

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ TEST ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.

Η εκτίμηση της αποφολιδωτικής τραχηλικής κυτταρολογίας (TEST ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ) είναι μία αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου ή των προδρομών αυτού. Ο τράχηλος είναι εύκολα προσβάσιμος στην εξέταση και ένα test ΠΑΠ γίνεται εύκολα με ξύσιμο του τραχήλου και εκτιμώντας το κυτταρολογικό δείγμα.

Αν και το test είναι απλά ανεπαρκές όσον αφορά την ακρίβεια, είναι ακόμα ένα από τα πιο αποτελεσματικά test screening για τον καρκίνο. Αυτό ουσιαστικά συμβαίνει γιατί ο καρκίνος του τραχήλου έχει γενικά μια μακρά προδιηθητική φάση (5-10 χρόνια ή περισσότερα) η οποία δίνει αρκετό χρόνο για έλεγχο, ανίχνευση και αντιμετώπιση της προδιηθητικής πάθησης. Το test ΠΑΠ είναι εξαιρετικά εξειδικευμένη μέθοδος (χαμηλή αναλογία ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων) για την ανίχνευση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου και υψηλής βαθμίδας τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, αν και είναι λιγότερο εξειδικευμένο για χαμηλής βαθμίδας τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία¹.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Η έρευνα θεμάτων που αναφέρονται στην νοσηλευτική πρακτική είναι απαραίτητη, αν πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και να αναπτύσσεται επαρκής βάση επιστημονικής επαγγελματικής γνώσης²⁰.

Η νοσηλευτική σαν μια βασική ανθρώπινη ενέργεια και σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας, επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς τόσο της τοπικής όσο και της διεθνούς ζωής. Μέσα στις αλλαγές αυτές είναι και οι απαιτήσεις του κοινού που ζητούν υπηρεσίες που προσανατολίζονται στην διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας²¹.

Έχοντας αυτά σαν δεδομένα ξεκινήσαμε την έρευνα μας με σκοπό να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό είναι ενημερωμένος ο γυναικείος πληθυσμός για το προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ειδικότερα θελήσαμε:

- α) Να καταγραφούν οι γνώσεις και η εμπειρία πάνω στην διαδικασία της εξέτασης.
- β) Η στάση των νέων γυναικών.
- γ) Η στάση των ηλικιωμένων γυναικών πάνω στην αξία του τεστ.
- δ) Να εξαχθούν συμπεράσματα στην προσπάθεια βελτίωσης των γνώσεων πάνω στην αξία αλλά και την αποτελεσματικότητα του τεστ αφού βασίζεται στην τακτική επανάληψη του από όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού.

Για τον λόγο αυτό και συντάχθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο (το οποίο και παρουσιάζεται αναλυτικά σε Παράρτημα).

Στην συνέχεια οι απαντήσεις που δόθηκαν από ένα αριθμό γυναικών διαφόρων ηλικιών, μορφωτικών επιπέδων, ηλικιών και περιοχών διαμονής, αναλύθηκαν και τέλος με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης βγήκαν τα σχετικά συμπεράσματα γύρω από το θέμα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της πιλοτικής έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από γυναίκες.

Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιούνιο του 1998 έως τον Αύγουστο του 1998 στις πόλεις των Πατρών, Αμαλιάδας, Καλαμάτας και Μελιγαλά Μεσσηνίας.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας δηλαδή τη σχολή της φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στην συμπλήρωση των 14 ερωτήσεων κλειστού τύπου, ανέρχεται στους 200 .

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Α, της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA για Windows '95.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά επί %, που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό (και το ποσοστό επί



του συνόλου) των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2. χ^2 (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρήσαμε σαν στατιστικώς στατιστικά σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0.05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

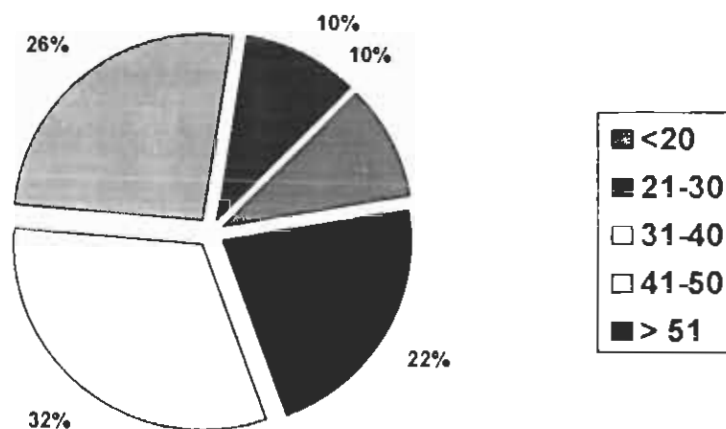
Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων. Παρακάτω παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
< 20 έτη	20	10
21-30 έτη	44	22
31-40 έτη	64	32
41 - 50 έτη	52	26
> 51 έτη	20	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν μεταξύ των 31 και 40 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία .

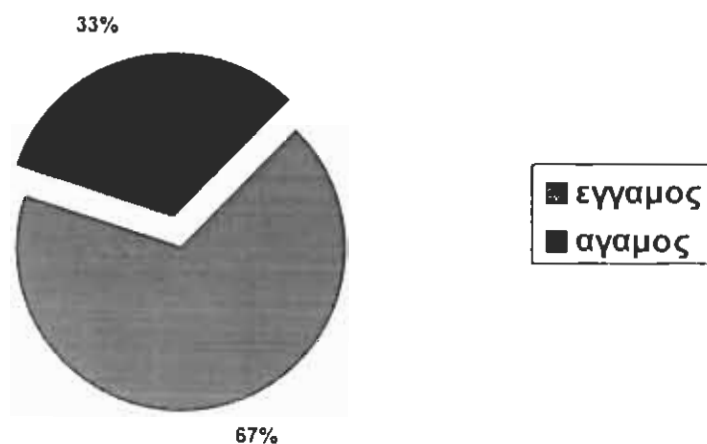


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΓΓΑΜΗ	135	67
ΑΓΑΜΗ	65	33

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

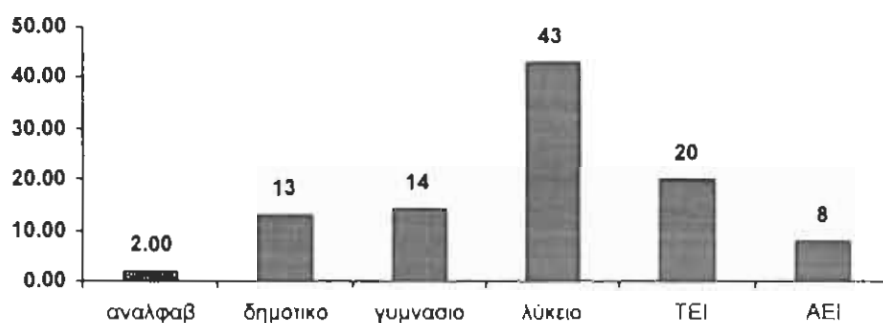


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΗ	4	2
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	26	13
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	27	14
ΛΥΚΕΙΟ	86	43
ΤΕΙ	41	20
ΑΕΙ	16	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν μορφωτικό επίπεδο λυκείου.

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την μόρφωση.

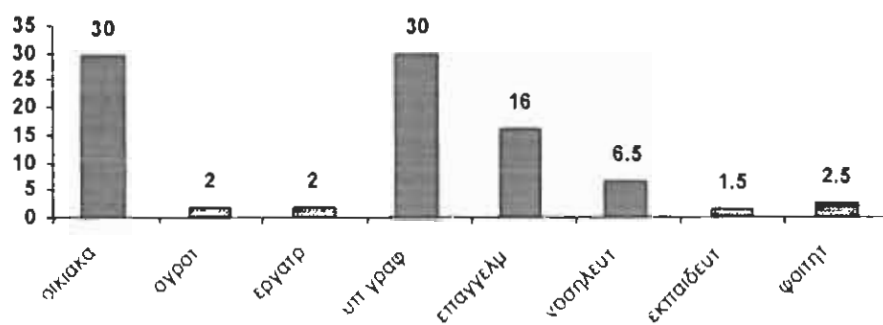


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΙΚΙΑΚΑ	59	29.5
ΑΓΡΟΤΙΚΑ	4	2
ΕΡΓΑΤΡΙΑ	4	2
ΥΠ. ΓΡΑΦΕΙΟΥ	60	30
ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΠΑΓΓ.	32	16
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΜΑΘΗΤΡΙΑ	5	2.5
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	13	6.5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	3	1.5
ΑΛΛΟ	20	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν υπάλληλοι γραφείου ή ασχολούνταν αποκλειστικά με τα οικιακά.

ΣΧΗΜΑ 4 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα.

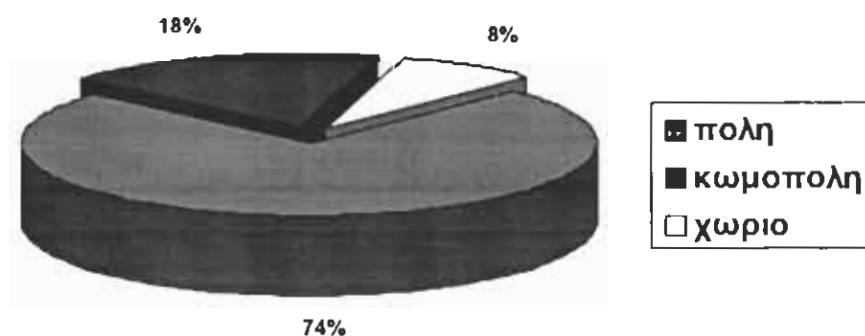


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 20 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΟΛΗ	148	74
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	36	18
ΧΩΡΙΟ	16	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διέμεναν σε πόλη.

ΣΧΗΜΑ 5 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν για το ΤΕΣΤ.

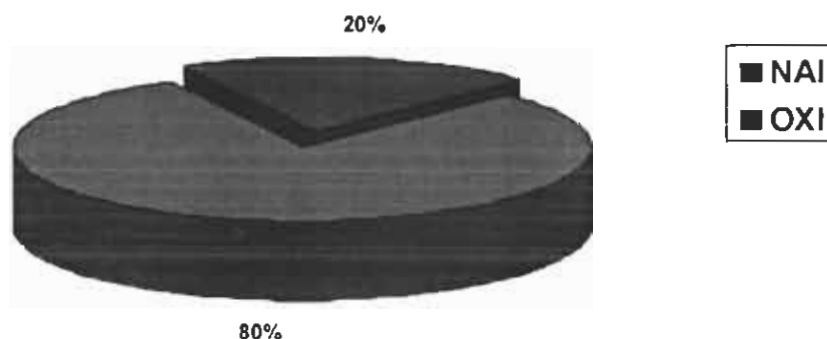
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	197	99
ΟΧΙ	3	1

Όλοι σχεδόν οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνώριζαν για το ΤΕΣΤ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει το ΤΕΣΤ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	158	80
ΟΧΙ	42	20

Οι περισσότεροι στην παρούσα έρευνα έχουν κάνει το ΤΕΣΤ.

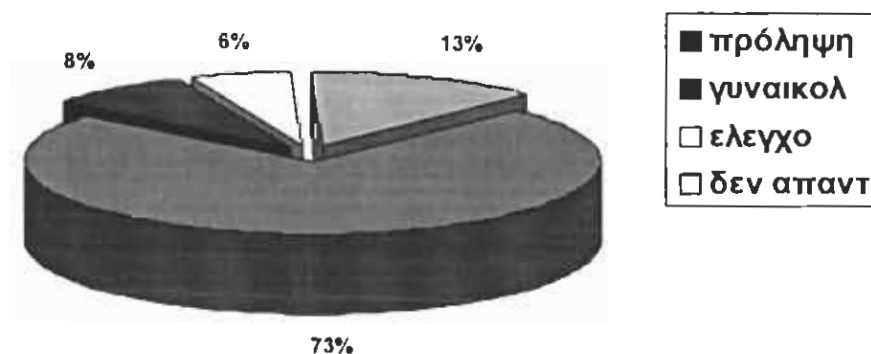


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον λόγο που έγινε η εξέταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΟΛΗΨΗ	147	73
ΓΥΝΑΙΚΟΛ ΠΡΟΒΛ	15	8
ΕΛΕΓΧΟΣ	12	6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣ	26	13

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έκαναν το ΤΕΣΤ για πρόληψη για καρκίνο.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που έγινε η εξέταση.

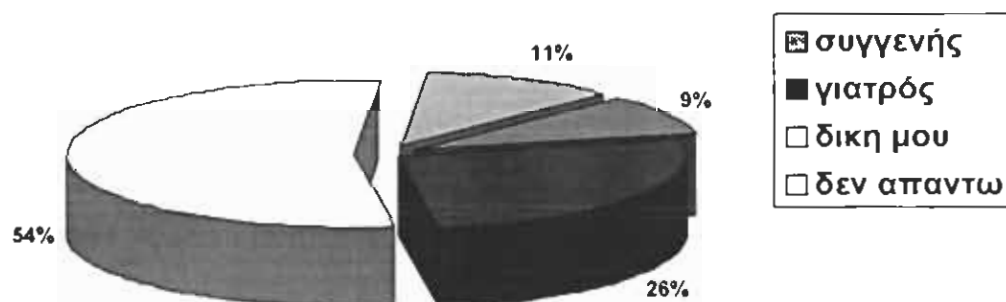


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος πρότεινε το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ-ΦΙΛΟΣ	18	9
ΓΙΑΤΡΟΣ	52	26
ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ	107	53
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	21	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έκαναν το τεστ από δική τους πρωτοβουλία.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος πρότεινε την εξέταση.

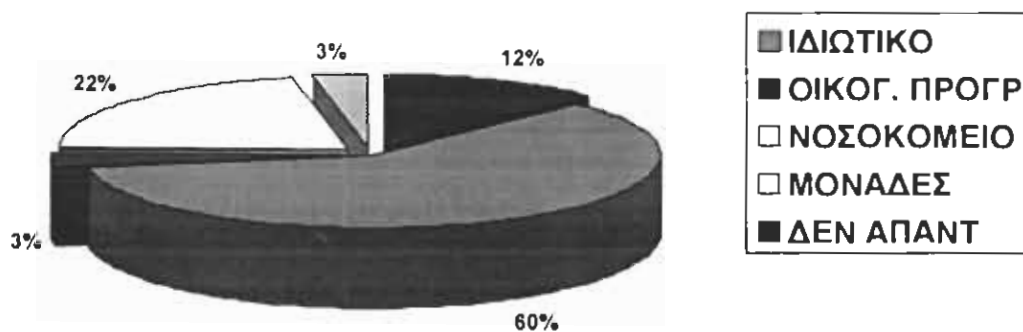


ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το που έγινε το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	115	58
ΚΕΝΤΡ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜ.	6	3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	42	21
ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	5	3
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	23	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έκανα την εξέταση σε ιδιωτικό ιατρείο.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το που έγινε η εξέταση.

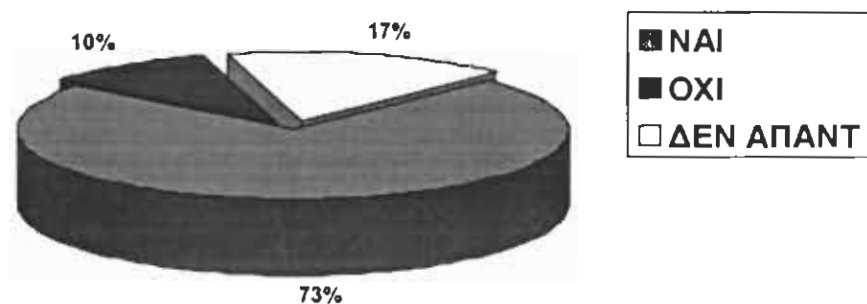


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις υπηρεσίες στο χώρο που έγινε το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	146	73
ΟΧΙ	20	10
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	34	17

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες στο χώρο όπου έγινε το τεστ.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με τις υπηρεσίες στο χώρο που έγινε το τεστ.

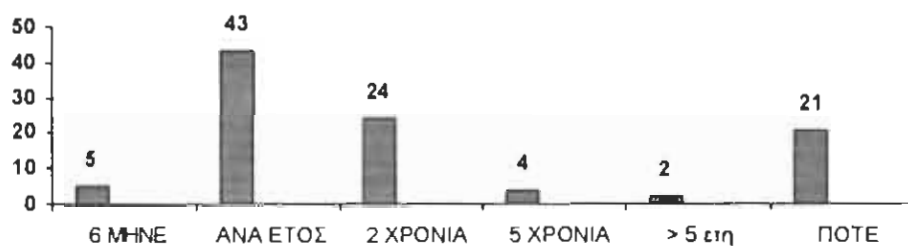


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά κάνουν το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	10	5
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	87	43
ΚΑΘΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ	47	24
ΚΑΘΕ 5 ΧΡΟΝΙΑ	7	4
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ	5	2
ΠΟΤΕ	42	21

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες κάνουν την εξέταση μια φορά τον χρόνο.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το πόσο συχνά κάνουν το τεστ.

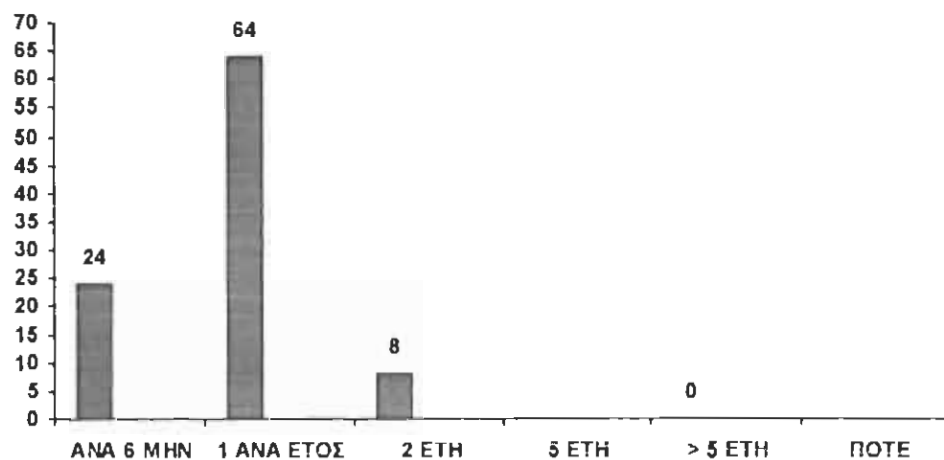


ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά πρέπει να γίνεται το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	48	24
1 ΑΝΑ ΕΤΟΣ	127	64
ΚΑΘΕ 2 ΕΤΗ	16	8
ΚΑΘΕ 5 ΕΤΗ	1	0.5
> ΑΠΟ 5 ΕΤΗ	0	0
ΠΟΤΕ	1	0.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η εξέταση πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε χρόνο.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το πόσο συχνά πρέπει να γίνεται το τεστ.

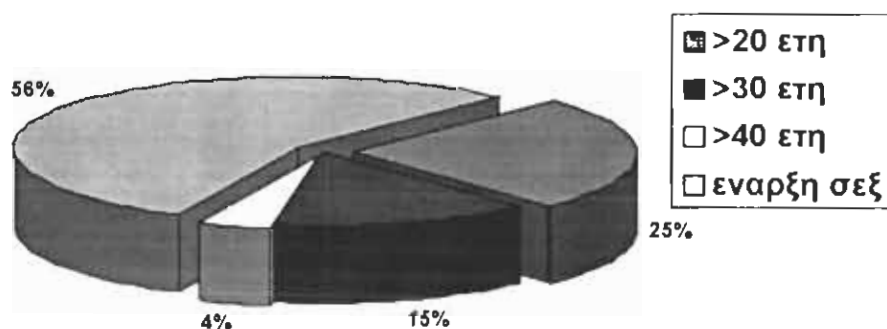


ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε πρέπει να αρχίσει το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
>20 ΕΤΩΝ	49	25
> 30 ΕΤΩΝ	30	15
>40 ΕΤΩΝ	8	4
ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	109	55

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων πρέπει να αρχίζει η εξέταση.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το πότε πρέπει να αρχίσει το τεστ.

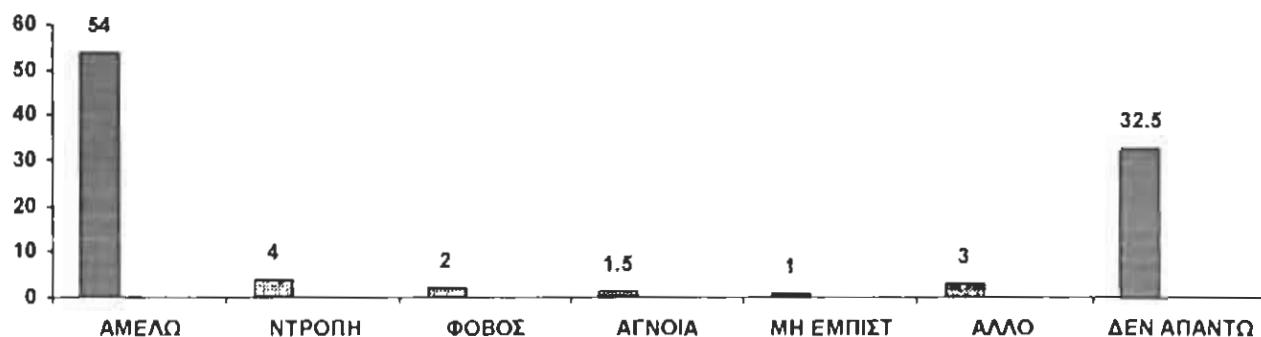


ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που δεν κάνουν το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΤΟ ΑΜΕΛΩ	108	54
ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ	8	4
ΦΟΒΑΜΑΙ	4	2
ΑΓΝΟΙΑ	3	1.5
ΜΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ	2	1
ΑΛΛΟ	6	3
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	65	32.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες αμελούν να εξετασθούν.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων για τον λόγο που δεν κάνουν το τεστ.

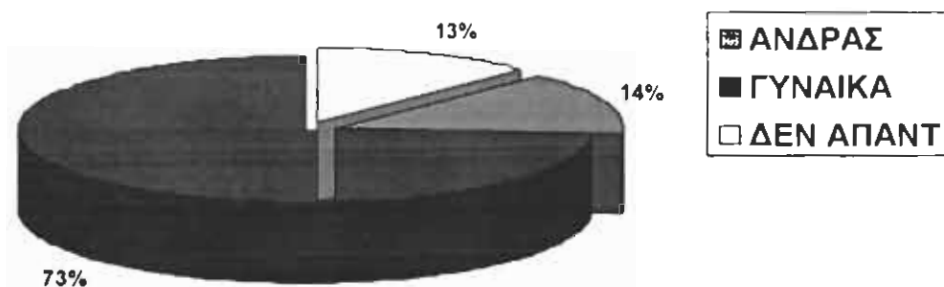


ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το πρόσωπο που πρέπει να κάνει το τεστ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΝΔΡΑΣ	28	14
ΓΥΝΑΙΚΑ	147	73.5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	25	12.5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες νοιώθουν πιο άνετα αν την εξέταση την πραγματοποιεί γυναίκα.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το πρόσωπο που πρέπει να κάνει το τεστ.

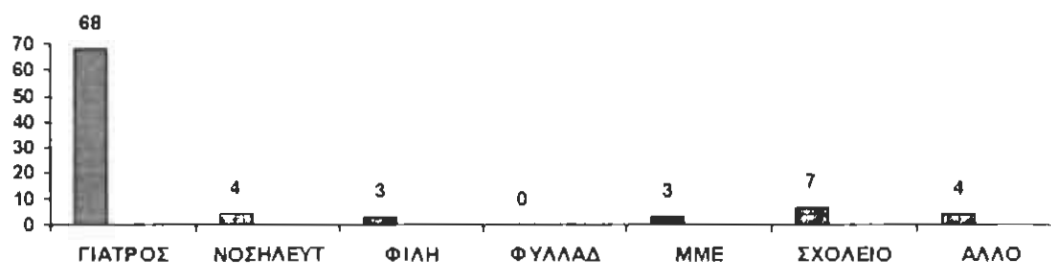


ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το από ποιόν θα ήθελαν να γίνει η ενημέρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΓΙΑΤΡΟ	137	68
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	7	4
ΦΙΛΗ-ΣΥΓΓΕΝΗΣ	6	3
ΦΥΛΛΑΔΙΑ	0	0
ΜΜΕ	6	3
ΣΧΟΛΕΙΟ	14	7
ΑΛΛΟ	7	4

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θα ήθελαν να ενημερώνονται επίσης από ιατρό

ΣΧΗΜΑ 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το από ποιόν θα ήθελαν να γίνει η ενημέρωση.

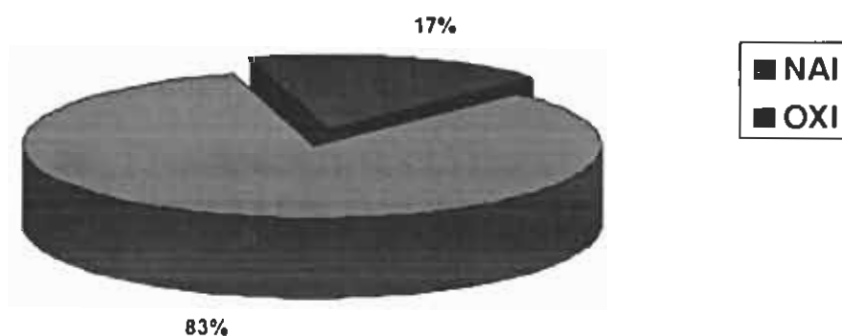


ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	165	83
ΟΧΙ	35	17

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν στην ανάγκη περισσότερης ενημέρωσης.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων με το αν χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν στο οικογενειακό περιβάλλον γυναικολογικό καρκίνο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	35	17
ΟΧΙ	165	83

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν είχαν περιστατικό γυναικολογικού καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον τους

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν περιστατικό με γυναικολογικό καρκίνο.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον λόγο που κάνουν την εξέταση ανάλογα με την ηλικία (Ερωτήσεις «ηλικία» και 3). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για την ανάδειξη τυχόν διαφορών μεταξύ ηλικιών.

Αριθμός	καρκίνος	γυναικολογικ ό πρόβλημα	πρόληψη	ΣΥΝΟΛΟ
< 20	7	1	2	10
21-30	30	2	1	33
31-40	52	2	2	56
41-50	45	4	5	54
51 και άνω	13	3	2	18
ΣΥΝΟΛΟ	147	12	12	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	75.0	0.005

Όπως φαίνεται από την παραπάνω συσχέτιση, όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας κάνουν το τεστ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ για τους ίδιους λόγους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης ανάλογα με την εκπαίδευση (Ερωτήσεις 3 και 12α). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για την ανάδειξη τυχόν διαφορών μεταξύ επιπέδων εκπαίδευσης.

Αριθμός	ΙΑΤΡΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥ ΤΗΣ	ΣΧΟΛΕΙΟ	ΦΙΛΟΣ	ΜΜΕ	ΣΥΝΟ ΛΟ
αναλφάβητη	0	0	0	2	0	2
Δημοτικό	13	1	0	4	4	22
Γυμνάσιο	14	1	0	7	3	25
Λύκειο	33	0	4	12	21	70
ΤΕΙ	17	3	0	1	2	23
ΑΕΙ	6	0	0	2	1	9
ΣΥΝΟΛΟ	83	5	4	28	31	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	76.0	0.001

Οι γυναίκες ασχέτως του μορφωτικού τους επιπέδου ενημερώθηκαν για τοτέστ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ κυρίως από το γιατρό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωση για την συχνότητα του τεστ και το επίπεδο εκπαίδευσης (ερωτήσεις 3 και 7β).

Αριθμός	6 μην	1 ετος	2 ετη	5 ετη	> 5 ετη	ΣΥΝΟΛΟ
αναλφάβητη	0	1	2	1	0	4
Δημοτικό	10	16	0	0	0	26
Γυμνάσιο	12	12	0	0	0	24
Λύκειο	10	67	8	0	0	85
ΤΕΙ	10	25	6	0	0	41
ΑΕΙ	6	6	0	0	0	12
ΣΥΝΟΛΟ	48	127	16	1	0	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	80.0	0.001

Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν επηρεάζει το επίπεδο της ενημέρωσης, για την συχνότητα επανάληψης του τεστ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που δεν κάνουν το τεστ και την ηλικία (Ερωτήσεις 1 και 9). Η ανάλυση έγινε για να διαπιστωθούν πόσο διαφορετικές είναι οι απόψεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων γυναικών.

Αριθμός	αμελώ	φοβος	ντροπή	αγνοια	ΣΥΝΟΛΟ
< 20	10	1	0	1	12
21-30	27	1	0	0	28
31-40	20	1	0	0	21
41-50	41	0	0	1	42
51 και άνω	10	1	8	1	20
ΣΥΝΟΛΟ	108	4	8	3	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	80.0	0.001

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση που παρατηρείται διαπιστώνουμε ότι ο φόβος και η ντροπή σχετίζονται με τις μεγάλες ηλικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το που γίνεται η εξέταση ανάλογα με το επάγγελμα (Ερωτήσεις 5 και 4).

Αριθμός	ιατρείο	νοσοκομείο	Μονάδες Πρόληψης	Κεντρα Οικογ. Προγραμμ	ΣΥΝΟΛΟ
οικιακά	45	0	2	0	47
αγροτικά	0	1	1	1	3
εργάτρια	0	1	0	2	3
υπαλ. Γραφείου	50	10	0	0	60
Ελευθ. Επαγγ	20	8	0	1	29
ΣΥΝΟΛΟ	115	20	3	4	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	55.0	0.003

Με βάση την μικρή συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι ο χώρος όπου γίνεται η εξέταση δεν σχετίζεται με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων. Ίσως αυτό σημαίνει ότι η οικονομική κατάσταση της γυναίκας δεν επηρεάζει την επιλογή του χώρου που θα γίνει το τεστ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο του ειδικού που κάνει την εξέταση ανάλογα με την ηλικία (Ερωτήσεις 1 και 16). Η ανάλυση έγινε για να διαπιστωθούν πόσο διαφορετικές είναι οι απόψεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων γυναικών.

Αριθμός	άνδρας	γυναίκα	οποιοσδήποτε	ΣΥΝΟΛΟ
< 20	2	2	16	20
21-30	20	15	9	44
31-40	4	60	0	64
41-50	2	50	0	52
51 και άνω	0	20	0	20
ΣΥΝΟΛΟ	28	147	25	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	59.0	0.003

Διαπιστώνουμε με βάση την συσχέτιση που υπολογίστηκε ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες προτιμούν την εξέταση να πραγματοποιηθεί από γυναίκα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωση πάνω στην συχνότητα του τεστ και την ηλικία (Ερωτήσεις 1 και 7). Η ανάλυση έγινε για να διαπιστωθούν πόσο διαφορετικές είναι οι απόψεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων γυναικών.

Αριθμός	6 μην	1 ετος	2 ετη	5 ετη	> 5 ετη	ΣΥΝΟΛΟ
< 20	8	10	1	0	0	19
21-30	11	28	3	1	0	43
31-40	19	40	4	0	0	63
41-50	9	37	4	0	0	50
51 και άνω	1	12	4	0	0	17
ΣΥΝΟΛΟ	48	127	16	1	0	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	80.0	0.001

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση που παρατηρείται διαπιστώνουμε ότι η καλή ενημέρωση σχετίζεται με τις μικρές ηλικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ανάγκη ενημέρωσης και την ηλικία (Ερωτήσεις 1 και 9). Η ανάλυση έγινε για να διαπιστωθούν πόσο διαφορετικές είναι οι απόψεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων γυναικών.

Αριθμός		ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΟ
< 20		15	5		20
21-30		37	7		44
31-40		51	13		64
41-50		45	7		52
51 και άνω		17	3		20
ΣΥΝΟΛΟ		165	35		

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	80.0	0.001

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι η ανάγκη για ενημέρωση είναι ίδια για όλες τις ηλικίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ύστερα από την μελέτη των αποτελεσμάτων – όπως αυτά παρουσιάστηκαν νωρίτερα – οι περισσότερες ερωτηθείσες στην παρούσα έρευνα ήταν μεταξύ των 31 και 40 ετών και έγγαμες (πίνακες ½). Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι συμμετέχουν 20 γυναίκες κάτω των 20 ετών και 20 άνω των 50 ετών, ώστε να έχουμε ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων.

Αν και το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών ποικίλει και στην έρευνα συμμετείχαν γυναίκες από όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, η πλειοψηφία των ερωτηθείσων είχε μορφωτικό επίπεδο λυκείου (πίνακας 3). Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθείσων ήταν υπάλληλοι γραφείου ή ασχολούνταν αποκλειστικά με τα οικιακά (πίνακας 4).

Χαρακτηριστικό ήταν ότι οι περισσότερες γυναίκες διέμεναν σε πόλη αν και περιλαμβάνονται και συμμετοχές γυναικών που διέμεναν σε χωριό ή σε κωμόπολη (πίνακας 5).

Όλες σχεδόν οι ερωτηθείσες στην παρούσα έρευνα απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν τι είναι το τεστ Παπανικολάου (πίνακας 6). Επίσης η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε ότι κάνει το τεστ Παπανικολάου αν και υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που δεν έχει κάνει ποτέ το τεστ (πίνακας 7). Όσον αφορά την ερώτηση που εξετάζει για ποιους λόγους κάνουν το τεστ οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν ότι το κάνουν για πρόληψη για καρκίνο (πίνακας 8)

Βέβαια υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό που δεν απάντησε στην ερώτηση και ένα ποσοστό που έδωσε γενικευμένες απαντήσεις.

Οι περισσότερες ερωτηθείσες έκαναν το τεστ ύστερα από δική τους πρωτοβουλία, ενώ ήταν μικρό ποσοστό εκείνων που το έκαναν ύστερα από πρόταση του γιατρού τους και ακόμα μικρότερο το ποσοστό των γυναικών που έκαναν το τεστ ύστερα από προτροπή κάποιου οικείου προσώπου.(πίνακας 9).

Οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν να κάνουν την εξέταση σε ιδιωτικό ιατρείο, ενώ πολύ λίγες είναι αυτές που προτιμούν τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (πίνακας 10). Αυτά πιστεύουμε πως μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη οργανωμένων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας είτε στην έλλειψη ενημέρωσης του κοινού για την ύπαρξή τους. Βέβαια η μεγάλη προτίμηση των γυναικών στα ιδιωτικά ιατρεία, μπορεί να

οφείλεται επίσης και στο γεγονός ότι πολλές φορές τα αποτελέσματα των τεστ που γίνονται σε δημόσιες υπηρεσίες, αφενός αργούν πολύ αφιέρου δεν έχουν ακόμα κερδίσει την εμπιστοσύνη του κοινού, όσον αφορά την αξιοπιστία.

Ακόμα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που τους προσφέρουν στον χώρο που γίνεται η εξέταση (πίνακας 11).

Όσον αφορά την συχνότητα του τεστ, οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζονται ενημερωμένες και πραγματοποιούν ειήσια ειανάληψη του τεστ. Βέβαια υπάρχει ποσοστό που δεν κάνει ποτέ το τεστ (πίνακας 12). Όμως το ποσοστό των γυναικών που γνωρίζουν για τον ειήσιο έλεγχο του τεστ είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό που εφαρμόζει τον ειήσιο έλεγχο (πίνακας 13). Πράγμα που δείχνει πως εκτός από την ενημέρωση συμβάλλουν κι άλλοι παράγοντες στην πραγματοποίηση του τεστ. Αξιοπρόσεκτο είναι επίσης το γεγονός ότι πολλές γυναίκες απάντησαν ότι το τεστ πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες, που δείχνει ίσως μια υπερβολική ευαισθησία και κάποια παραιτηροφόρηση.

Οι περισσότερες ερωτηθείσες γνωρίζουν πως η έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων πρέπει να ευαισθητοποιεί την γυναίκα για την πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου, ανεξαρτήτως ηλικίας (πίνακας 14).

Η αμέλεια παρουσιάζεται σαν ο πιο σημαντικός λόγος από τις γυναίκες που δεν κάνουν το τεστ ή δεν το κάνουν όσο συχνά πρέπει. Η ντροπή, ο φόβος και η άγνοια παρουσιάζονται σε πολύ μικρά ποσοστά (πίνακας 15).

Οι ερωτηθείσες σε μεγάλη πλειοψηφία προτιμούν το τεστ να γίνεται από γυναίκα, ενώ δεν είναι μικρό το ποσοστό αυτών που προτιμούν να γίνεται από άνδρα (πίνακας 16).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών φαίνεται πως δεν φοβάται να πραγματοποιήσει το τεστ, ενώ οι γυναίκες που απάντησαν πως φοβούνται για το αποτέλεσμα του τεστ (πίνακας 17). Γεγονός που δείχνει πως αφενός ο γυναικείος πληθυσμός είναι εξοικειωμένος με τις ιατρικές εξετάσεις, αφετέρου όμως υπάρχει ευδιάκριτος ο φόβος για την επάρατη νόσο, τον καρκίνο.

Οι περισσότερες ερωτηθείσες ενημερώθηκαν για το τεστ Παπανικολάου από γιατρό, ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών που ενημερώθηκαν από συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο (πίνακας 18). Επίσης υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που ενημερώθηκε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τέλος περισσότερες ερωτηθείσες θα ήθελαν να ενημερωθούν από γιατρό (πίνακας 19). Πρέπει να

σημειώσουμε εδώ την απουσία του νοσηλευτικού χώρου, καθώς παρουσιάζεται με πολύ μικρά ποσοστά, πράγμα που δείχνει, κατά τη γνώμη μας, ότι ο νοσηλευτικός κόσμος πρέπει να δώσει μεγαλύτερη σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στον τομέα της πρόληψης. Το γεγονός μάλιστα ότι ο πληθυσμός στην πλειοψηφία όχι μόνο δεν ενημερώθηκε από νοσηλευτή αλλά και δεν επιθυμεί να ενημερωθεί από νοσηλευτή, μας δείχνει ότι ο κόσμος είτε δεν εμπιστεύεται τους νοσηλευτές είτε δεν γνωρίζουν το έργο τους.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι οι περισσότερες ερωτηθείσες θεωρούν ότι χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση (πίνακας 20).

Τέλος η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν έχουν περιστατικά γυναικολογικού καρκίνου στο άμεσο περιβάλλον τους (πίνακας 21). Σύμφωνα με τις συσχετίσεις που έγιναν πάνω στα αποτελέσματα των διαφόρων ερωτήσεων, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στους λόγους για τους οποίους γίνεται το τεστ ανάμεσα στις διάφορες δέσμες ηλικιών. Υπήρχε υψηλή συσχέτιση απαντήσεων ($P=0.005$) (πίνακας 22).

Επίσης όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, και την πηγή ενημέρωσης των ερωτηθειών, υπάρχει επίσης υψηλή συσχέτιση απαντήσεων, αν και μπορούμε να πούμε πως το πολύ μικρό ποσοστό των αναλφάβητων γυναικών φαίνεται πως έχει ενημερωθεί κατά αποκλειστικότητα από κάποιο οικείο πρόσωπο, ενώ οι ερωτηθείσες με μόρφωση λυκείου, αποσιελούν την πλειοψηφία που ενημερώθηκαν από κάποιο μέσο μαζικής ενημέρωσης ($P=0,001$) (πίνακας 23).

Ακόμα δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στο επίπεδο ενημέρωσης για την συχνότητα επανάληψης του τεστ Παπανικολάου ανάμεσα στα επίπεδα μόρφωσης. Υψηλή συσχέτιση απαντήσεων ($P=0,001$) (πίνακας 24).

Με βάση ακόμα μία συσχέτιση μεταξύ των ηλικιών των ερωτηθειών γυναικών και τις απαντήσεις τους στην ενημέρωση για τους λόγους που δεν κάνουν το τεστ, διαπιστώνουμε ότι ο φόβος και η ντροπή σχετίζονται με τις μεγάλες ηλικίες ($P=0,001$) (πίνακας 25).

Με την ειχόμενη συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι ο χώρος που γίνεται η εξέταση δε σχετίζεται με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθειών γυναικών ($P=0,003$) (πίνακας 26).

Στη συνέχεια βλέπουμε πως οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είναι αυτές που προτιμούν να πραγματοποιείται η εξέταση από γυναίκα. Αυτό βέβαια,

δικαιολογείται αν οκεφτούμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις αντιλήψεις των νέων γυναικών και αυτές των ηλικιωμένων ($P=0,003$) (πίνακας 27).

Σε μια άλλη συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι η καλή ενημέρωση σχετίζεται με τις μικρές ηλικίες. Αν και βέβαια διακρίνουμε μία υπερβολή στις απόψεις των νεαρών γυναικών όσον αφορά την συχνότητα επανάληψης του τεστ ($P= 0,001$) (πίνακας 28).

Τέλος στον τελευταίο πίνακα διαπιστώνουμε ότι η ανάγκη ενημέρωσης είναι η ίδια σε όλες τις ηλικίες ($P=0,001$) (πίνακας 29).

- Το γεγονός μάλιστα ότι ο πληθυσμός στην πλειοψηφία όχι μόνο δεν ενημερώθηκε από νοσηλεύτη αλλά και δεν επιθυμεί να ενημερωθεί από νοσηλεύτη, μας δείχνει ότι ο κόσμος είτε δεν εμπιστεύεται τους νοσηλεύτες είτε δεν γνωρίζουν το έργο τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αφού αναλύσαμε τα αποτελέσματά της τυχουικής μας έρευνας, καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα :

Ο γυναικείος πληθυσμός είναι αρκετά ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος όσον αφορά το προσυμπτωματικό τεστ Παπανικολάου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθείσων γυναικών πραγματοποιεί το τεστ μια φορά τον χρόνο και γνωρίζει πως η ετήσια ειανάληψη του τεστ γίνεται για την πρόληψη του καρκίνου.

Βέβαια υπάρχει ακόμα ένα σημαντικό ποσοστό που είτε δεν γνωρίζει ότι πρέπει να επαναλαμβάνεται το τεστ ετησίως είτε δεν εφαρμόζει το τεστ από αμέλεια. Πιστεύουμε επίσης ότι είναι πολύ πιθανόν το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο σε άλλες περιοχές, μια και οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα διέμεναν σε πόλη και είχαν ένα αρκετά ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο, στοιχεία που διευκολύνουν την ενημέρωση.

Διακρίνουμε επίσης κάποια υπερβολή στις απαντήσεις για την συχνότητα του τεστ, που αφορά κυρίως τις νεαρές ηλικίες, πράγμα που δείχνει ίσως έναν υπερβολικό φόβο για τον καρκίνο και τις ασθένειες γενικότερα. Γενικότερα όμως η σωστή ενημέρωση, σχετίζεται με τις μικρότερες ηλικίες. Παρατηρούμε επίσης τις διαφορετικές αντιλήψεις που παρουσιάζονται μέσα από τις απαντήσεις των πιο ηλικιωμένων γυναικών. Έτσι η ντροπή και ο φόβος σχετίζονται με αυτές τις ηλικίες και κατά συνέπεια οι πιο ηλικιωμένες γυναίκες είναι αυτές που προτιμούν το τεστ να πραγματοποιείται από γυναίκα.

Αυτά τα στοιχεία είναι πολύ σημαντικά σε περίπτωση που θέλουμε να οργανώσουμε πρόγραμμα μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου, που θα περιέχει το τεστ Παπανικολάου.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό συμπέρασμα που εξάγουμε από τα αποτελέσματά είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθείσων πραγματοποιεί της εξέταση σε ιδιωτικά ιατρεία, πράγμα που δείχνει πως είτε οι δημόσιοι φορείς δεν έχουν φροντίσει να ενημερώσουν το κοινό, είτε το κοινό δεν είναι ευχαριστημένο με τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι δημόσιοι φορείς.]

Κι αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί οι δημόσιοι φορείς, όπως οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, οι κινητές

μονάδες πρόληψης, είναι αυτοί που θα πρέπει να προσεγγίσουν τον μη ελεγχόμενο πληθυσμό.

Τέλος ένα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα είναι η μηδαμινή παρουσία του νοσηλευτικού χώρου, σε ένα τόσο σημαντικό τομέα, όπως είναι ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό και πρέπει να ληφθεί υπ' όψη από τους νοσηλευτές αφού σκοπός της νοσηλευτικής δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση της ασθένειας αλλά και η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της αρρώστιας και η προαγωγή της ποιότητας της ζωής.

Πρέπει λοιπόν οι νοσηλευτές να προβληματιστούν και να αναπτύξουν μεγαλύτερη δράση στον τομέα της πρόληψης. Ειδικότερα μάλιστα στον τομέα πρόληψης γυναικολογικού καρκίνου που με δοκιμασίες όπως το τεστ Παπανικολάου, μπορεί να βελτιώσει πολύ την ποιότητα ζωής πολλών γυναικών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επιχειρήθηκε η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων της ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα γύρω από το τεστ Παπανικολάου, που είναι ένα προσυμπτωματικό τεστ ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ειδικότερα θελήσαμε να περιγράψουμε τόσο τη στάση των νεαρών γυναικών όσο και των ηλικιωμένων και να εξάγουμε συμπεράσματα στην προσπάθεια βελτίωσης των γνώσεων πάνω στην αιτιολογικότητα του τεστ. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, 14 ερωτήσεων κλειστού τύπου που συμπληρώθηκε, από 200 γυναίκες διαφόρων ηλικιών, ιότιων διαμονής, επιπέδων μόρφωσης. Το δείγμα ήταν τυχαίο. Τελικά ο πληθυσμός της μελέτης παρουσιάστηκε αρκετά ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος, αν και υπάρχει ένα ποσοστό που αμελεί να πραγματοποιήσει το τεστ. Γι' αυτό και πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενημέρωση, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων γυναικών, βελτιώνοντας την ποιότητα υπηρεσιών των δημοσίων φορέων. Ιδιαίτερα οι νοσηλεύτριες, που απουσιάζουν αισθητά από την ενημέρωση του πληθυσμού πρέπει να δείξουν ευαισθησία σ' αυτόν τον τομέα. Έτσι ο νοσηλεύτης πρέπει να εμπλουτίσει τις γνώσεις του για να προσεγγίσει τόσο τον ελεγχόμενο όσο και τον μη ελεγχόμενο πληθυσμό.

SUMMARY

With this study we attempted to investigate, the level of knowledge of female population in Greece about test Papanikolaou, which is a presymptomatic control test for the cancer of the cervix. More specifically, we wanted to describe the attitude of the young women and that of the older women as well and to make results trying to improve the knowledge for the effectiveness of the test. We used questionnaire made of in 14 questions which was completed by 200 women who have different ages different states of residence, different levels of education. The sample was random. Finally the population of the study was quite informed and alarmed even though there is a percentage which neglects to perform the test.

That's why, we have to place more emphasis on the informing, especially the older women by improving the quality of the public services in the health care. Especially nurses who are absent at the informing field, must show more sensitivity in this field.

So nurses must enrich their knowledge in order to approach not only the controlled population but the uncontrolled as well.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτρης, Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986.
2. Melnikow Joy, Nuovo James, "Cancer Prevention and screening in women", Primary care, Vol. 24, No1, U.S.A. 1997.
3. Mashburn Jane, Scharbo – De Haan Marianne, "A clinician' s Guide to Pap Smear Interpretation". The nurse practitioner, Vol 22, No4. U.S.A. 1997.
4. Cruikshank H. Stephen, "screening for cervical cancer", Postgraduate Medicine, Vol 93, No 2, U.S.A. 1993.
5. Richart M. Ralph, "Screening - the next century", Cancer, Vol. 76, No 10, U.S.A.1995.
6. Guidozi Franco, "Screening for Cervical Cancer", Obstetucal and Gynecological Survey, Vol. 51, No4, U.S.A. 1996.
7. Mandelblatt S. Jeanne, Phillips N. Robin, "Cervical Cancer How often - and why - to screen older women", Geriatrics, Vol. 51, No6, U.S.A. 1996.
8. Brown L. Carol, "Screening Patterns for Cervical Cancer : How Best to Reach the Unscreened Population", Journal of the National Cancer Institute Monographs, No21, U.S.A. 1996.
9. Dubois Gerard, "Cytologic screening for cervix cancer : each year or each 3 years?". European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Vol.65 No1, Ireland 1996.
10. Λώλης Ε. Δημήτριος, Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος πρώτος, εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγόριος, ΑΘΗΝΑ 1995.
11. Μανταλενάκης Ι. Σέργιος, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Β' έκδοση, εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ 1990.
12. Παπανικολάου Α. Νίκος, Παπανικολάου Ν. Αλέξιος, Γυναικολογία, Τρίτη έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγόριος, ΑΘΗΝΑ 1994.
13. Govan (Hart) Callander, Γυναικολογία, Μετάφραση – Επιμέλεια : Σαρρής Γ., εκδότης ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΑΘΗΝΑ.
14. HAINES TAYLOR, Obstetrical an Gynecological Pathology, Edited by FOX H., U.S.A. 1991.

15. Blachledge, Jordan, Shingleton, Textbook of gynecologic oncology, Edited by Saunders U.B. Company L.t.d., Great Britain, 1991.
16. VARMA R. THANKAM, CLINICAL GYNAECOLOGY, Great Britain, 1991.
17. Jones W. Howard III, Wentz Lolston Anne Burrett S. Lonnie, NOVAK' S Textbook of Gynecology eleventh edition, Williams and Wilkins edition, U.S.A. 1988.
18. Κουρούνης Σ. Γεώργιος, Παθολογία τραχήλου μήτρας – Κολποσκόπηση, Β' έκδοση, ΑΘΗΝΑ 1991.
19. De Cherney H. Alan, Pernoll L. Martin, CURRENT Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, edition 8, Edited by Appleton and Lange, U.S.A. 1994.
20. Σακίνη – Καρδάση Άννα, Μεθοδολογία Έρευνας, Δ' έκδοση, Εκδόσεις Zymel, ΑΘΗΝΑ 1991.
21. Κυριακίδου Θ. Ελένη, Κοινωνική Νοσηλευτική, ΑΘΗΝΑ 1995.

П А Р А Р Т Н М А

4. Ποιός σας πρότεινε να κάνετε τεστ Παπ ;

- Συγγενής - Φίλος
- Γιατρός
- Δική μου πρωτοβουλία

5. Άν κάνετε τεστ Παπ πού κάνετε την εξέταση ;

- Ιδιωτικό ιατρείο
- Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- Νοσοκομείο
- Κινητές μονάδες πρόληψης του καρκίνου
- Άλλο

6. Είστε ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που σας προσφέρουν στο χώρο που γίνεται η εξέταση ;

- Ναι
- Όχι

7α. Πόσο συχνά κάνετε τεστ Παπ ;

- Κάθε 6 μήνες
- Μία φορά το χρόνο
- Κάθε 2 χρόνια
- Κάθε 5 χρόνια
- Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών
- Ποτέ

7β. Ποσό συχνά πιστεύετε ότι πρέπει να κάνετε τεστ Παπ ;

- Κάθε 6 μήνες
- Μία φορά το χρόνο
- Κάθε 2 χρόνια
- Κάθε 5 χρόνια
- Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών
- Ποτέ

8. Από πότε πιστεύετε ότι πρέπει να αρχίσει να γίνεται το τεστ Παπ ;

- 20 ετών και άνω
- 30 ετών και άνω
- 40 ετών και άνω
- Με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων

9. Αν δεν κάνετε τεστ Παπ, ποίος είναι ο λόγος ;

- Το αμελώ
- Ντρέπομαι
- Φοβάμαι
- Λόγω άγνοιας
- Δεν έχω εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα
- Άλλο.....

10. Θα προτιμούσατε να γίνεται το τεστ Παπ από άντρα ή από γυναίκα ;

- Άντρα
- Γυναίκα

11. Αν φοβάστε να κάνετε τεστ Παπ, για ποιό λόγο φοβάστε ;

- Φοβάμαι το αποτέλεσμα
- Φοβάμαι μήπως πονέσω
- Άλλο.....

12α. Αν γνωρίζετε τι είναι το τεστ Παπ από ποιόν ενημερωθήκατε ;

- Γιατρό
- Νοσηλεύτρια - τή
- Φίλη - Συγγενή
- Φυλλάδια
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Σχολείο
- Άλλο.....



12β. Από ποιόν θα θέλατε να ενημερωθείτε ;

- Γιατρό
- Νοσηλεύτρια - τή
- Φίλη - Συγγενή
- Φυλλάδια
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Σχολείο
- Άλλο.....

13. Πιστεύετε ότι χρειάζεστε περισσότερη ενημέρωση ;

- Ναι
- Όχι

14. Έχετε περιστατικό στο άμεσο περιβάλλον σας με γυναικολογικό καρκίνο ;

- Ναι
- Όχι