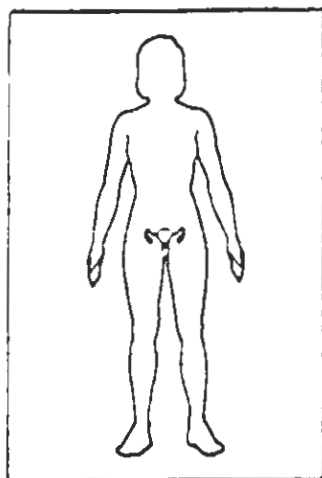


**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**



**ΘΕΜΑ:**

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**



**Ο ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:**  
**ΜΠΙΝΙΑΡΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ- ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**  
**Dr. ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2000**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3072

## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

*Αφιερώνω την εργασία μου σ' όλους εκείνους τους ανθρώπους που παλεύουν με τη γη, σ' όλους εκείνους τους ανθρώπους που με κόπο, τόλμη και αίμα κατάφεραν να δημιουργηθούν μέσα από τη σκληρή και απάνθρωπη ζωή της αγροτιάς.*

**Θανάσης Μπινιάρης**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Ευχαριστώ όλους όσους συνέβαλαν στην επίτευξη και ορθή διεκπεραίωση της ιδανικής αυτής και τόσο δημιουργικής Πτυχιακής Εργασίας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Πρόλογος . . . . .	1
Γεώργιος Ν. Παπανικολάου (βιογραφικό σημείωμα) . . . . .	3

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

- Ανατομία . . . . .	7
- Παθολογική ανατομία . . . . .	12
- Φυσιολογία . . . . .	15

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

- Επιδημιολογία . . . . .	20
- Συχνότητα . . . . .	22
- Αιτιολογία – Προδιάθεση . . . . .	24

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

- Μορφές καρκίνου . . . . .	28
- Παθολογικοί τύποι καρκίνου . . . . .	31
- Στάδια καρκίνου . . . . .	32
- Συμπτωματολογία . . . . .	35
- Μεταστάσεις . . . . .	37

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

- Διάγνωση . . . . .	41
- Επισκόπηση . . . . .	41
- Ψηλάφηση . . . . .	41
- Κυτταρολογική εξέταση (Test Παπανικολάου) . . . . .	43
- Δοκιμασία Schiller . . . . .	48

	Σελ.
- Κολποσκόπηση . . . . .	48
- Βιοψία τραχήλου μήτρας . . . . .	49
- Μικροκολποϋστεροσκόπηση . . . . .	51
- Ιστοληψία τραχήλου . . . . .	52
- Αξονική τομογραφία . . . . .	53
- Υπέρηχοι . . . . .	54
- Τραχηλογραφία . . . . .	55
- Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας . . . . .	57
- Αιματολογικές εξετάσεις . . . . .	59
- Διαφορική διάγνωση . . . . .	59

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

- Θεραπεία . . . . .	61
- Προληπτική θεραπεία . . . . .	61
- Χειρουργική θεραπεία . . . . .	62
- Ακτινοθεραπεία . . . . .	66
- Αντιμετώπιση με Laser CO <sub>2</sub> . . . . .	67
- Βραχυθεραπεία . . . . .	68
- Χημειοθεραπεία . . . . .	69
- Παρηγορητική θεραπεία . . . . .	69
- Δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλάσματα γεννητικού συστήματος μετά ακτινοθεραπεία καρκίνου τραχήλου μήτρας . . . . .	70
- Θεραπεία ανά στάδιο . . . . .	73
- Πρόγνωση . . . . .	80

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°**

- Καρκίνος τραχήλου μήτρας και εγκυμοσύνη . . . . .	82
• Πορεία εγκυμοσύνης και τοκετού μετά κωνοειδή εκτομή του τραχήλου της μήτρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης . . . . .	83

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

- Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην αποκατάσταση του καρκίνου . . . . . 86
- Διαγνωστικός έλεγχος καρκίνου τραχήλου μήτρας και  
Νοσηλευτική παρέμβαση . . . . . 88
- Νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομο με καρκίνο τραχήλου μήτρας. . . . . 89
- Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα . . . . . 91
- Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα . . . . . 92
- Σχεδιασμός εξόδου από το Νοσοκομείο – Διδασκαλία. . . . . 94
- Παρακολούθηση και διδασκαλία μετά της χειρουργικής επέμβασης . . . 95
- Ακτινοθεραπεία και Νοσηλευτική παρέμβαση . . . . . 95
- Χημειοθεραπεία και Νοσηλευτική παρέμβαση . . . . . 102
- Ο ρόλος των Νοσηλευτών στην εκπαίδευση ογκολογικών αρρώστων . . 104
- Πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας . . . . . 112

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

- Νοσηλευτική διεργασία . . . . . 116
- 1<sup>ο</sup> περιστατικό . . . . . 117
- 2<sup>ο</sup> περιστατικό . . . . . 132
  
- Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου . . . . . 144
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ . . . . . 146
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ . . . . . 150
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ . . . . . 151

\*\*\*

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Σήμερα, στην εποχή της ραγδαίας και αλματώδους ανάπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, ο καρκίνος, συνεχίζει να παραμένει ως ασθένεια που το άκουσμά της προκαλεί φόβο και τρόμο στον πληθυσμό, ως ασθένεια ανίατη αλλά και ως ένα στίγμα από τα μεγαλύτερα στο χώρο της ιατρικής.

Όσον αφορά την έννοια του καρκίνου θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Γαληνό Κλαύδιο, Έλληνα γιατρό κατά τον 3<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ., «Καρκίνος» σημαίνει κάβουρας. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιγράφει ο Γαληνός αλλά και ο Ιπποκράτης παρουσιάζει διόγκωση και διήθηση της περιοχής, τα δε αγγεία έχουν διαταχθεί με τέτοιο τρόπο γύρω από τον όγκο, ώστε η όλη εικόνα να μοιάζει με τον κάβουρα της θάλασσας. Η ονομασία παρουσιάζει και τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με τον όρο κακόηθες νεόπλασμα. Πρόκειται για ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβή στον οργανισμό που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι κάποτε ένας γιατρός αποκάλυψε τον καρκίνο, κλέφτη. Ο λόγος που τον οδήγησε σ' αυτό το συμπέρασμα είναι ο ακόλουθος. Είχε κατανοήσει τρολύ καλά ότι ο καρκίνος είναι αυτός που έχει την ικανότητα να παίρνει μακριά όλα τα όνειρα του ανθρώπου. Όνειρα για το σχολείο, τη δουλειά, την σύνταξη, τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, τα παιδιά, τα εγγόνια. Διακόπτει προγράμματα, σχέδια, διακοπές, κλέβει την αυτοπεποίθηση, την εμπιστοσύνη, το σωματικό είδωλο, την ασφάλεια και την ελπίδα.

Αν έχουμε να παρατάξουμε στην ύπουλη αυτή και χρόνια ασθένεια την προσοχή στη φροντίδα της υγείας μας με τις έγκαιρες και συχνές εξετάσεις, με την υποψία για κάποιο σύμπτωμα από πριν γνωστό, που γίνεται λαβή για να τρέξουμε στο γιατρό και όχι να το αναβάλλουμε, γιατί στην ουσία είναι σαν να



επισπεύδουμε με την αναβολή αυτή το θάνατο, αν τηρούμε τους κανόνες υγιεινής ζωής και διαβίωσης και αν προ παντός είμαστε ψυχολογικά προετοιμασμένοι για όλα, ο καρκίνος είναι τότε μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.

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

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

Είναι χρήσιμο να κατανοηθεί από όλους ότι είναι ντροπή στη χώρα του Παπανικολάου να πεθαίνουν γυναίκες από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, λόγω άγνοιας και προκατάληψης.

## **ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Δρ ΠΑΠ)**

### **Ο πατέρας της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας**

#### *Βιογραφικό σημείωμα*

Ο Γεώργιος Παπανικολάου (1883-1962) γεννήθηκε στην Κύμη της Εύβοιας, σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και αργότερα φιλοσοφία και βιολογία στο Πανεπιστήμιο του Μονάχου. Από το 1913 μέχρι το θάνατό του εργάστηκε στο Πανεπιστήμιο Cornell της Νέας Υόρκης. Δημιούργησε ένα νέο κλάδο στην ιατρική την «Αποφολιδωτική Κυτταρολογία», την εξέταση δηλαδή των κυττάρων που αποφολιδώνονται – πέφτουν – από βλάβες, κυρίως νεοπλασματικές στους βλεννογόνους των διαφόρων σωματικών κοιλοτήτων.

Μέγιστη προσφορά του στην ανθρωπότητα η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, με τη μέθοδο που έχει το όνομά του, «ΠΑΠ-Τεστ» και που καθιερώθηκε παγκοσμίως.

*«Το ιδανικό μου δεν είναι να πλουτίσω ούτε να ζήσω ευτυχής, αλλά να εργασθώ, να δράσω, να δημιουργήσω, να κάμω κάτι τι αντάξιο ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού».*

*Γεώργιος Παπανικολάου*

Αυτό ήταν το ιδανικό και γι' αυτό πάλεψε σ' όλη του τη ζωή ο Γεώργιος Παπανικολάου, ο μυθικός Δρ ΠΑΠ, ο πιο διάσημος Έλληνας γιατρός του αιώνα μας. Έτος Γεωργίου Παπανικολάου ονομάστηκε το 1983 και ολόκληρος ο κόσμος γιόρτασε τα 100 χρόνια από τη γέννησή του.

Η πρώτη ανίχνευση καρκινικών κυττάρων σε επίχρισμα του τραχήλου της μήτρας ήταν μια από τις πιο συναρπαστικές εμπειρίες της επιστημονικής του σταδιοδρομίας.

Το έργο του «Άτλας Αποφολιδωτικής Κυτταρολογίας» που ήλθε το 1954 σαν αποκορύφωμα της μακρόχρονης προσπάθειάς του, αποτελεί μέχρι και σήμερα το «Ευαγγέλιο» των κυτταρολόγων και κοσμεί τις βιβλιοθήκες των εργαστηρίων όλου του κόσμου.

Στις 18 Φεβρουαρίου του 1962, η ανθρωπότητα χάνει για πάντα τον Μεγάλο Ερευνητή. Η καρδιά του τον πρόδωσε. Έκλεισαν τα μάτια που για μισό αιώνα παρατηρούσαν μέσα από το μικροσκόπιο τα φαινόμενα της ζωής, της νόσου και του θανάτου στο κύτταρο. Εξέπνευσε διατηρώντας μέχρι την τελευταία στιγμή το πνεύμα της επιστημονικής δημιουργίας που φώτιζε τις έρευνές του εναντίον της επάρατης νόσου.

Ο Παπανικολάου θα ζήσει στην αιωνιότητα ως ένας από τους αθάνατους της Ιατρικής όλων των εποχών.<sup>1</sup>

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

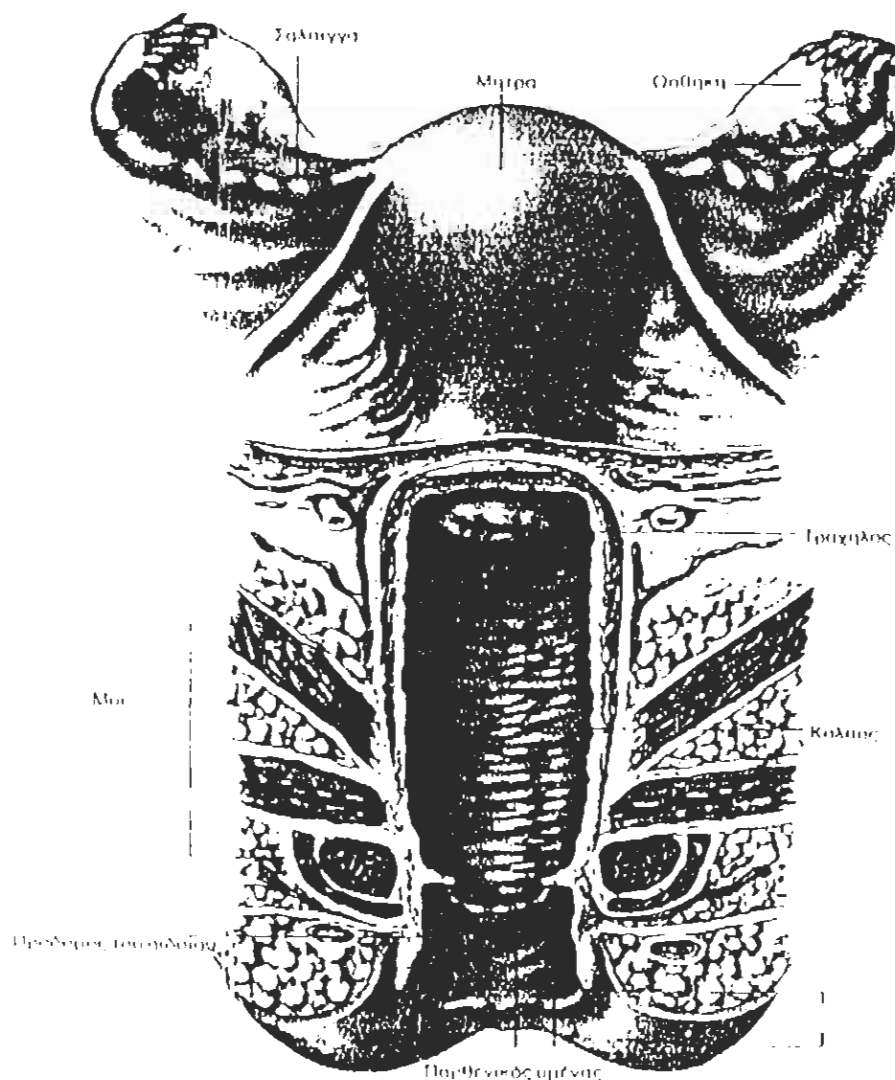
**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

**ΑΝΑΤΟΜΙΑ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ  
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

## - ANATOMIA

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο το οποίο βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, μεταξύ ουροδόχου κύστεως και απευθυσμένου, και έχει προς τα κάτω τον κολεό, και προς τα πάνω εντερικές έλικες.

Το σχήμα της μήτρας είναι απιοειδές. Είναι αποπεπλατυσμένη από εμπρός προς τα πίσω, και η βάση της στρέφεται προς τα πάνω. Παρουσιάζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, και δύο πλάγια χείλη στα οποία προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας.



Η κατασκευή της μήτρας

Το μήκος της μήτρας είναι 7,5 εκ. Της μήτρας διακρίνονται τρία μέρη τα οποία είναι από πάνω προς τα κάτω, ο πυθμένας, το σώμα και ο τράχηλος της μήτρας. Μεταξύ τραχήλου και σώματος παρατηρείται μία στενή ζώνη η οποία λέγεται ισθμός, και η οποία αποτελεί το όριο μεταξύ του τραχήλου και του σώματος της μήτρας.

Ο πυθμένας της μήτρας, το ανώτερο δηλαδή μέρος αυτής φέρεται προς τα εμπρός και άνω και δεν υπερβαίνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης.

Το σώμα της μήτρας εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική, η οποία έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη και την οπίσθια ή εντερική η οποία έρχεται σε σχέση με εντερικές έλικες. Στα πλάγια χείλη του σώματος της μήτρας προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι. Επίσης κατά μήκος των πλαγίων χειλέων ανέρχεται η μητριαία αρτηρία.

Ο ισθμός της μήτρας αποτελεί στενή μοίρα του σώματος της μήτρας η οποία αντιστοιχεί εσωτερικά στο έσω στόμιο της μήτρας. Εξωτερικά αντιστοιχεί εις στην ανάκαμψη του περιτοναίου από την ουροδόχο κύστη στην μήτρα.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος περίπου 2,5 εκατοστά και υποδιαιρείται δια του άνω άκρου του κολεού, ο οποίος προσφύεται κυκλικά στον τράχηλο σε δύο μέρη, στο υπερκολεϊκό και στο ενδοκολεϊκό μέρος. Το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου, εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, και δύο πλάγια χείλη. Η οπίσθια επιφάνεια είναι βραχύτερη από την πρόσθια διότι ο κολεός προσφύεται επί του τραχήλου υψηλότερα προς τα πίσω, και επικαλύπτεται από το περιτόναιο του ευθυμητρικού κολπώματος. Η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου είναι περισσότερο επιμήκης, και συνάπτεται με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης με χαλαρό συνδετικό ιστό. Τα πλάγια χείλη του υπερκολεϊκού μέρους έρχονται σε σχέση με τη βάση του πλατέος συνδέσμου, με το παραμήτριο, και με τον χιασμό της μητριαίας αρτηρίας μετά του ουρητήρα, ο οποίος στο σημείο εκείνο απέχει 2 εκατοστά από την μήτρα.

Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου, είναι ψηλαφητό στη γυναίκα και ορατό με το μητροσκόπιο. Στο άκρο του παρατηρείται το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτού αποφράσσεται από βλέννη, και παρουσιάζει, ιδίως στην τεκούσα γυναίκα δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Το πρόσθιο

χείλος είναι παχύτερο από το οπίσθιο και βρίσκεται χαμηλότερα από το οπίσθιο. Τα χείλη του έξω στομίου, στην άτοκο είναι λεία, ομαλά και ροδόχροα, ενώ στην πολύτοκο είναι ρωγμώδη και σκοτεινότερου χρώματος.

Η κοιλότης της μήτρας διακρίνεται στην κοιλότητα του σώματος και στην κοιλότητα του αυχένος. Το μεταξύ τους όριο ονομάζεται έσω στόμιο της μήτρας και αντιστοιχεί εξωτερικά στον ισθμόν.

Η κοιλότητα του σώματος είναι σχισμοειδής, διότι το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας σχεδόν εφάπτονται. Στην κατά μέτωπο τομή παρουσιάζει σχήμα τριγώνου, του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της μήτρας και η βάση προς τον πυθμένα. Η κοιλότητα του σώματος στις άνω γωνίες του τριγώνου σχηματίζει δύο προσεκβολές, τα κέρατα της μητριαίας κοιλότητας, τα οποία μεταπίπτουν στους वाγγωούς.

Η κοιλότητα του αυχένα ή αυχενικός σωλήνας, εμφανίζει στο πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα αυτής τις φοινικοειδείς πτυχές. Αυτές είναι πτυχώσεις του βλεννογόνου οι οποίες συγκλίνουν στη μέση γραμμή και σχηματίζουν την πρόσθια και την οπίσθια στελεχιαία φοινικοειδή πτυχή. Οι πτυχές των δύο τοιχωμάτων, παρεμβαίνουν οι μεν στις απέναντι αυτών, και έτσι γίνεται καλύτερη η σύγκληση του αυχενικού σωλήνα.

### **Θέση και στήριξη της μήτρας**

Η τυπική θέση της μήτρας, είναι εκείνη στην οποία ο επιμήκης άξονας του τραχήλου συμπίπτει με τον άξονα της πυέλου, ενώ το σώμα της μήτρας βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη και σχηματίζει με τον τράχηλο γωνία. Στην θέση αυτή ευρίσκεται η μήτρα όταν η ουροδόχος κύστη και το απευθυσμένο είναι κενά. Η θέση αυτή επηρεάζεται από τον βαθμό πληρότητας των οργάνων αυτών, και από την ενδοκοιλιακή πίεση. Εκτός από την περιγραφείσα τυπική θέση της μήτρας, είναι δυνατόν, το σώμα να παρουσιάζει ισχυρή κάμψη προς τα εμπρός, οπότε ευρίσκεται σε παθολογική πρόσθια κάμψη, είτε να κάμπτεται προς τα πίσω οπότε βρίσκεται σε οπίσθια κάμψη. Επίσης η μήτρα είναι δυνατόν να παρουσιάζει και άλλες θέσεις, προς τα εμπρός, πίσω προς τα πλάγια ή και σε συστροφή.



Η στήριξη της μήτρας, επιτυγχάνεται προς τα κάτω από τον κολεό και το περίνεο. Αλλά συμβάλλουν στην στήριξη και τα εξής: το περιτόναιο, οι πλατείς σύνδεσμοι και οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας.

Το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα, το σώμα και την οπίσθια επιφάνεια του υπερκοιλιακού μέρους του τραχήλου. Προς τα εμπρός ανακάμπτει επί της ουροδόχου κύστεως, και προς τα πίσω ανακάμπτει προς το απευθυσμένο. Με την διάταξη αυτή του περιτοναίου σχηματίζονται δύο κολπώματα, εμπρός το κυστεομητρικό, και πίσω το ευθυμητρικό κόλπωμα, το οποίο οπίσθιο καλείται και δουλγάσειος χώρος.

Οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας, είναι δύο πτυχές του περιτοναίου, και εκτείνονται από τα πλάγια χείλη της μήτρας εκατέρωθεν προς τα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου. Αποτελούν συνεπώς μαζί με την μήτρα στο κέντρο, ένα συνεχές διάφραγμα. Ο κάθε ένας εκ των πλατέων συνδέσμων αποτελείται από δύο πέταλα του περιτοναίου, τα οποία προς τα άνω περιλαμβάνουν τους αγωγούς και τους συνδέσμους της ωοθήκης. Προς τα κάτω τα δύο πέταλα αυτά προσφύονται στο έδαφος της πυέλου και απομακρύνονται λίγο μεταξύ τους.

Περιλαμβάνεται δε προς τα κάτω μεταξύ των δύο πετάλων του περιτοναίου χαλαρός συνδετικός ιστός ο οποίος ονομάζεται παραμήτριο. Μέσα στο παραμήτριο ευρίσκεται ο ουρητήρας και η μητριαία αρτηρία, η οποία ανακάμπτει προς τα άνω και πορεύεται κατά μήκος των πλαγίων χειλέων της μήτρας.

Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας, ο δεξιός και ο αριστερός αποτελούν δύο ινώδεις ταινίες, οι οποίες εκφύονται από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας εκατέρωθεν. Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι, αφού διέλθουν κατ' αρχάς κάτω από το πρόσθιο πέταλο των πλατέων συνδέσμων, κατευθύνονται προς το πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, στην συνέχεια διελαύνουν τον βουβωνικό σωλήνα και καταλήγουν εκατέρωθεν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου όπου και καταφύονται. Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι μόνον στην τελευταία μοίρα τους είναι στρογγύλοι, και χρησιμεύουν για να συγκρατούν την μήτρα προς τα εμπρός.

## **Υφή της μήτρας**

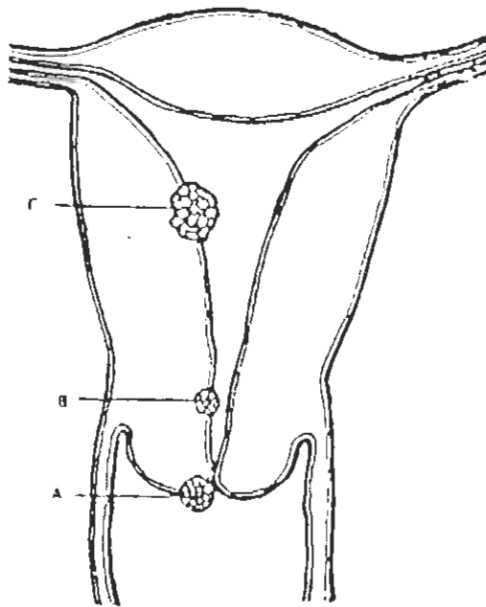
Το τοίχωμα της μήτρας έχει αρκετό πάχος και αποτελείται από έξω προς τα έσω από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, τον μυϊκό και τον βλεννογόνο.

Ο ορογόνος χιτών είναι το περιτόναιο το οποίο καλύπτει την μήτρα και συνάπτεται στερεά προς το μυϊκό χιτώνα. Ο μυϊκός χιτών ή μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές αυτές ίνες παρουσιάζουν επιμήκη, κυκλωτή ή λοξή φορά, συμπλέκονται μεταξύ τους και αποτελούν τρεις στιβάδες. Ο βλεννογόνος της μήτρας, και του σώματος και του τραχήλου, αποτελείται, από κροσσωτό επιθήλιο. Ο βλεννογόνος του σώματος παρουσιάζει αδένες σωληνοειδείς, οι οποίοι εισέχουν στο μυϊκό χιτώνα, Από τον πυθμένα των αδένων αυτών γίνεται η ανάπλαση του βλεννογόνου, όταν αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση ή τον τοκετό.<sup>2</sup>

## - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Δεν υπάρχουν παθολογικές αλλαγές που βοηθούν στην αναγνώριση του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου του τραχήλου στην εξέταση με το γυμνό μάτι. Πράγματι παραδείγματα χρόνιας τραχηλίτιδας παρουσιάζουν πιο έντονη εικόνα στον τράχηλο από ένα ενδοεπιθηλιακό καρκίνο του τραχήλου.

Στο πρώιμο κλινικό στάδιο ο καρκίνος παρουσιάζεται πολύ συχνά σαν μια μικρή βλάβη στο ή κοντά στο έξω στόμιο του τραχήλου στη ζώνη της μετάπτωσης του πλακώδους με το κυλινδρικό επιθήλιο. Φαίνεται σαν μια μικρή σκληρή κοκκιώδης περιοχή που με την ψηλάφηση στο δάκτυλο δίνει την εντύπωση ότι ελαφρά είναι πιο ψηλά από την γύρω περιοχή σαν να προβάλλει.



**Εικ. 1:** Θέσεις έναρξης του καρκίνου της μήτρας

A) Καρκίνος πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου

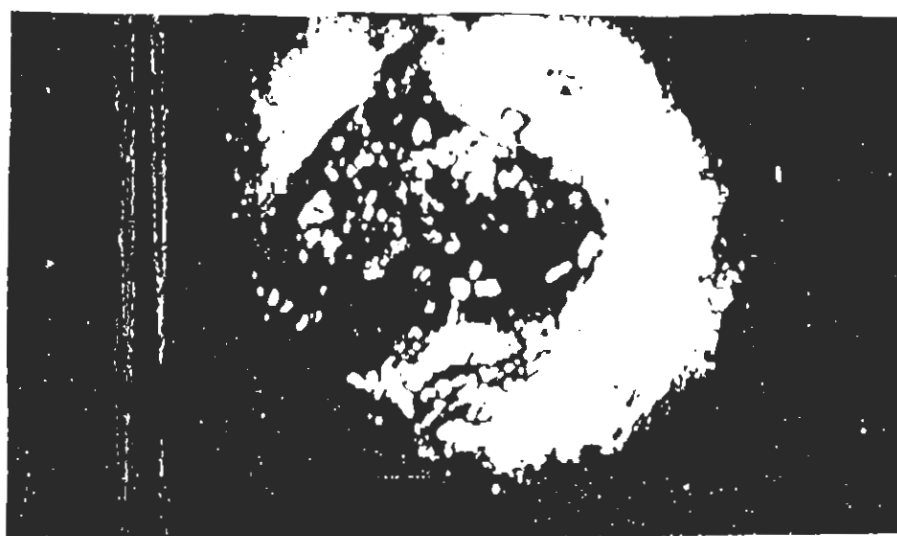
B) Αδενοκαρκίνωμα του ενδοτραχήλου

Γ) Αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου (Jones and Jones)

Στην εξέταση με το κολποσκόπιο ή τις βλάβες η επιφάνεια είναι κοκκιώδης ή ελαφρά προβάλλει και αιμορραγεί στην ελαφρά επαφή με το δάκτυλο. Μερικές φορές ακόμη και σ' αυτό το στάδιο μπορεί να καλύπτεται

από μια θηλωματώδη προς τα έξω αύξηση. Ο υπόλοιπος τράχηλος μπορεί να είναι φυσιολογικός, αλλά πολύ συχνά παρουσιάζει χρόνια φλεγμονώδη αρρώστια. Πράγματι όπως και με τον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο που συχνά είναι αδύνατο να κάνει κανείς μια διάκριση με το μάτι του αρχομένου διηθητικού καρκίνου και καλοήθων βλαβών που είναι οι διαβρώσεις και οι εκτροφές του τραχήλου.

Στο προχωρημένο στάδιο από την αρχική του θέση ο καρκίνος επεκτείνεται μέχρις ότου καταλάβει ολόκληρο ή το μεγαλύτερο μέρος σε ένα από τα χείλη του τραχήλου ή τμήματα από τα δύο χείλη του τραχήλου. Καθώς αυτός μεγαλώνει παρουσιάζει ένα από τα δύο κύρια χαρακτηριστικά του. Η θηλωματώδης τάση που μπορεί να υπερισχύει, αφορά την αύξηση κυρίως πάνω από την επιφάνεια έτσι που η βλάβη παίρνει τη μορφή της ανθοκραμβοειδούς ανάπτυξης. Αυτό παριστά την εξωφυτική μορφολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μπορεί επίσης να υπάρχει λίγη ή καθόλου αύξηση της επιφάνειας με τη βλάβη να επεκτείνεται βαθιά στους τραχηλικούς ιστούς κάνοντας μια πολύ σκληρή καιιά φορά σαν πέτρα διήθηση αν και πρακτικά υπάρχει πάντα μια έλκωση. Είναι η ενδοφυτική μορφή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διήθηση εδώ μπορεί να αφορά και τους κοντά κολπικούς θόλους όπως επίσης και οι πλατείς σύνδεσμοι μπορεί να δείξουν διήθηση. (Εικόνα 2).



*Εικ. 2: Μακροσκοπική εμφάνιση προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*

Στην πιο προχωρημένη μορφή, η πρόοδος της βλάβης κάνει μεγάλη καταστροφή του τραχήλου που μπορεί να αντικατασταθεί με μια κοιλότητα ελκωμένη με ρακώδη όρια, εύθριπτους ιστούς και τοιχώματα και που το αίμα μπορεί να βγαίνει και στην πιο ευγενική εξέταση. Τα τοιχώματα του κόλπου και του τραχήλου είναι σκληρά και διηθημένα από την καρκινωματώδη διήθηση και οι πλατείς σύνδεσμοι παρουσιάζουν εκτεταμένη διήθηση όχι μόνο σαν αποτέλεσμα της επέκτασης του καρκίνου, αλλά και σαν αποτέλεσμα της φλεγμονώδους διήθησης που είναι δευτεροπαθείς από τη σηπτική ελκωτική βλάβη του τραχήλου. Αν η βλάβη είναι κυρίως εξωφυτική μια μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα σχηματίζεται που μπορεί να γεμίζει τον κόλπο. Πολλές φορές στις βλάβες αυτές υπάρχει πολύ λίγη φλεγμονώδη διήθηση παρά τη μεγάλη μάζα του τραχήλου. Η πιο προχωρημένη μορφή της νόσου είναι αυτή που περιλαμβάνει και καταστρέφει περισσότερα όργανα, διηθεί τους πλατείς συνδέσμους περισσότερο και περισσότερο, μπλοκάρει τον ένα ή τους δύο ουρητήρες και όχι σπάνια την κύστη και το έντερο με τη δημιουργία συριγγίων μεταξύ των οργάνων αυτών και του κόλπου.<sup>3</sup>

## - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η βιολογική αποστολή του γεννητικού συστήματος είναι η αναπαραγωγή του είδους. Η αναπαραγωγή στον άνθρωπο είναι εγγειής δηλαδή το άτομο που παράγεται δημιουργείται με πολλαπλασιασμό του ζυγωγού (γονιμοποιημένο ωάριο) που σχηματίζεται με την ένωση δύο γαμετών (ωάριο και σπερματοζωάριο). Οι δύο αυτοί γαμέτες αποτελούν τα γεννητικά κύτταρα των δύο φύλων.

Η λειτουργία του γεννητικού συστήματος στη γυναίκα, συνίσταται:

- α) στην ωρίμανση και εκβολή ενός ώριμου ωαρίου,
- β) στην προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και
- γ) στην έμμηνο ρύση, που επέρχεται στην περίπτωση που δεν πραγματοποιείται γονιμοποίηση του ωαρίου.

Η περιοδικότητα της έκκρισης των γεννητικών ορμονών στη γυναίκα, συνεπάγεται παράλληλες περιοδικές μεταβολές που αφορούν στη μορφολογία και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων. Η περιοδικότητα αυτή, που η μέση διάρκεια της είναι 28 ημέρες, λέγεται γεννητικός ή εμμηνορυσιακός κύκλος.

Ο γεννητικός κύκλος διακρίνεται σε 3 φάσεις:

- Την έμμηνο ρύση,
- Την υπερπλαστική και
- Την εκκριτική φάση.

**Έμμηνη ρύση:** Διαρκεί από την 1<sup>η</sup> μέχρι την 5<sup>η</sup> μέρα. Κατ' αρχήν τη φάση, οι υπερπλασθείσες κατά την υπερπλαστική και εκκριτική φάση που προηγήθηκε, στιβάδες του ενδομητρίου αποπίπτουν και αποβάλλονται από τον κόλπο με αίμα.

Αυτό οφείλεται σε απότομη αναστολή της έκκρισης οιστρογόνων και προγεστερόνης 48 ώρες πριν από την έναρξη της έμμηνου ρύσης, που συνεπάγεται έντονη αγγειοδιαστολή των αγγείων του ενδομητρίου και εξαγγείωση αίματος.

Κατ' αυτή τη φάση, το μυομήτριο, επιτελεί συστολές με τις οποίες υποβοηθείται η εκβολή αίματος με τον βλεννογόνο που αποπίπτει. Στο τέλος της φάσης το ενδομήτριο επικαλύπτεται από νεοπλασθέν επιθήλιο.

**Υπερπλαστική φάση:** Διαρκεί από την 4<sup>η</sup> -5<sup>η</sup> μέρα ως την 14<sup>η</sup> ημέρα περίπου. Κατ' αυτή τη φάση προκαλείται με την επίδραση των οιστρογόνων, υπερπλασία και υπερτροφία τόσο του υποστρώματος, όσο και του επιθηλίου και των αδένων του ενδομητρίου.

**Εκκριτική φάση:** Διαρκεί από την 14<sup>η</sup> μέρα, μέχρι την έναρξη της έμμηνης ρύσης. Κατ' αυτή τη φάση, πραγματοποιείται η προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Συνίσταται στη μεγάλη ανάπτυξη και λειτουργία των αδένων του ενδομητρίου, που οφείλονται στην επίδραση της προγεστερόνης που προέρχεται από το ωχρό σωματίο και των οιστρογόνων.

Κατά αυτήν την φάση η κινητικότητα της μήτρας αναστέλλεται από την προγεστερόνη.

Οι φάσεις του γεννητικού κύκλου, μπορούν να διερευνηθούν με διάφορες μεθόδους, από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι: α) βιοψία ενδομητρίου, β) εξέταση κολπικού επιχρίσματος, γ) θερμομετρικό διάγραμμα.

### **Ωθηλακικός κύκλος**

Τα ωάρια προέρχονται από αρχέγοντα κύτταρα που περιέχουν διπλοειδή αριθμό χρωμοσωμάτων που λέγονται ωογόνια.

Η παραγωγή τους συμπληρώνεται στους πρώτους μήνες της ενδομητριακής ζωής. Στη συνέχεια, ένας αριθμός από ωογόνια, μεγαθύνονται και μετατρέπονται σε ωοκύτταρα Α' τάξης. Αυτά αρχίζουν να υφίστανται μειωτική διαίρεση, η οποία όμως δεν συμπληρώνεται, αλλά σταματά στο στάδιο της μετάφασης.

Τα περισσότερα απ' αυτά, σχηματίζουν ωοθηλάκια και παραμένουν σ' αυτή την κατάσταση για 10-50 χρόνια. Όσα ωοκύτταρα δεν μετατραπούν σε

ωοθυλάκια, υφίστανται εκφύλιση, αφού προηγουμένως συμπληρώσουν την πρώτη μειωτική τους διαίρεση.

Τα ωοκύτταρα Α' τάξης που ωριμάζουν σε κάθε εμμηνορυσιακό κύκλο, συμπληρώνουν την μειωτική τους διαίρεση, οπότε το καθένα τους δίνει γένεση σε ένα ωοκύτταρο Β' τάξης και σε ένα πολικό σώμα που το καθένα τους περιέχει 23 χρωμοσώματα.

Το ωοκύτταρο που προέρχεται απ' αυτή τη διαίρεση λέγεται ωάριο και εισέρχεται αμέσως στη φάση της 2<sup>ης</sup> διαίρεσης, η οποία όμως συμπληρώνεται μόνο μετά τη γονιμοποίηση. Με αυτή τη διαίρεση εκβάλλεται ένα δεύτερο πολικό σώμα.

Κατά την έναρξη της εφηβικής ηλικίας μέσα στις ωοθήκες υπάρχουν 500.000 περίπου ωάρια που έχουν ήδη υποστεί την αρχική φάση της μειωτικής διαίρεσης. Το κάθε ένα από αυτά περιβάλλεται από απλό σίχου κουκιδών κυττάρων και όλο σαν συγκρότημα λέγεται αρχέγοντο ωοθηλάκιο.

Στην αρχή κάθε εμμηνορυσιακού κύκλου, ένας μικρός αριθμός από ωοθηλάκια μεγεθύνονται και σχηματίζεται γύρω από το ωάριο, κοιλότητα. Απ' αυτά συνήθως ένα αρχίζει να μεγαλώνει παραπάνω από την 6<sup>η</sup> μέρα του κύκλου, ενώ τα άλλα υφίστανται υποστροφή και μετατρέπονται σε άτρητα ωοθηλάκια.

Το αναπτυσσόμενο αυτό ωοθηλάκιο λέγεται γραφιανό ωοθηλάκιο και από την έσω θήκη του εκκρίνονται οιστρογόνα. Κατά την διάρκεια αυτής της ανάπτυξης συμπληρώνεται η μειωτική διαίρεση. Κατά την 14<sup>η</sup> μέρα περίπου, του εμμηνορυσιακού κύκλου, το ωοθηλάκιο υφίσταται ρήξη και το ωάριο εκβάλλεται στην κοιλότητα της κοιλίας (ωορρηξία), που παραλαμβάνεται δε, από τους κροσσούς της σάλπιγγας (ωαγωγός) που περιβάλουν την ωοθήκη και αρχίζει η μεταφορά του μέσα από τον αυλό της σάλπιγγας στη μήτρα.

Αν κατά τη μεταφορά αυτή, το ωάριο γονιμοποιηθεί από σπερματοζωάριο, η βλοιστοκύστη που θα προκύψει από τις αλληπάλληλες πρώτες διαιρέσεις τους εμφύεται στο ενδομήτριο και ακολουθεί κύηση. Αν δεν προκύψει κύηση, το ωάριο εκβάλλεται προς τον κόλπο.

Το ωοθηλάκιο που υπέστη ρήξη γεμίζει με αίμα και σχηματίζει το αιμορραγικό σωματίο. Το αίμα του εκχύνεται απ' αυτό, μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό στο περιτόναιο, που εκδηλώνεται σαν ελαφρό άλγος, που



εντοπίζεται στο κάτω μέρος της κοιλίας. Τα επιθηλιακά κύτταρα του ωθηλακίου που έχει ρηχθεί, πολλαπλασιάζεται, μετατρέπονται σε ωχρινοφόρα κύτταρα και σχηματίζουν το ωχρο σωματίο. Απ' αυτό εκκρίνονται προγεστερόνη και οιστρογόνα.

Σε περίπτωση κύησης το ωχρο σωματίο διατηρείται σε όλη τη διάρκειά της, οπότε δεν ακολουθεί άλλος ωθηλικός και εμμηνορρησιακός κύκλος, παρά μόνο μετά τον τοκετό.

Σε περίπτωση που δεν πραγματοποιείται κύηση, το ωχρο σωματίο αρχίζει να εκφυλίζεται 4 ημέρες (24<sup>η</sup> μέρα του κύκλου των 28 ημερών).

Με την εκφύλιση αυτή, μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο.<sup>4</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ  
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ  
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ**

## **- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος. Οι παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη νόσο, σχετίζονται με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των γυναικών, τους κανόνες υγιεινής και καθαριότητας και τις σεξουαλικές συνήθειες αυτών.<sup>5</sup>

Ο επιθετικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί το 2,5% του συνόλου των καρκίνων που προσβάλλουν τις γυναίκες στις Η.Π.Α. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 13.500 νέες περιπτώσεις επιθετικών καρκίνων του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχουν τουλάχιστον 50.000 νέες περιπτώσεις πρόδρομης μορφής (είναι γνωστή ως καρκίνωμα *in situ*), όπου τα καρκινικά κύτταρα περιορίζονται στην επιφάνεια του τραχήλου.<sup>6</sup>

Στην Ελλάδα ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου αποτελεί μέχρι σήμερα σημαντικό πρόβλημα υγείας (καρκίνος του τραχήλου της μήτρας 4% και του σώματος 4,5%).

Είναι επίσης γνωστό ότι η μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις διάφορες χώρες σχετίζεται με την αποφυγή των ενοχοποιητικών παραγόντων και κυρίως με την υλοποίηση προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου (*screening*) για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Στην Ισλανδία μετά από την υλοποίηση ενός εκτεταμένου προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου ο δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε κατά 80%. Στη Φινλανδία και στη Σουηδία η μείωση ανήλθε σε 50% και 39% αντίστοιχα. Στη Δανία, όπου το πρόγραμμα κάλυψε μόνο το 40% του γυναικείου πληθυσμού, η μείωση του διηθητικού καρκίνου ήταν μικρότερη από 25%.

Τα 50 τελευταία χρόνια, η εξέταση κατά Παπανικολάου (*Pap-test*) έχει αποδειχθεί η ευκολότερη και η ασφαλέστερη μέθοδος για την έγκαιρη διάγνωση των βλαβών αυτών μέσα από προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου (*cervical mass screening*). Η Ελλάδα είναι μια από τις πρώτες χώρες όπου

εφαρμόστηκε το Pap-test (1955), χωρίς όμως προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου.<sup>6</sup>

Η εγγενής πιθανότητα να υποστεί μια λευκή γυναίκα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε από 1,1% το 1975 σε 0,7% το 1985. Το ίδιο συμβαίνει και με τις μαύρες γυναίκες, όπου η αντίστοιχη πιθανότητα μειώθηκε από 2,3% το 1975 σε 1,6% το 1985.

## **- ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος επί υπάνδρων γυναικών και πολυτόκων ενώ αντιθέτως ο καρκίνος του σώματος παρατηρείται συχνότερα επί ατόκων γυναικών.<sup>7</sup>

Ο καρκίνος του τραχήλου στην εποχή μας έρχεται τρίτος σε σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του ενδομητρίου. Έχει υπολογισθεί πως δύο γυναίκες στις 100 θα πάθουν καρκίνο στον τράχηλό τους πριν το 80ό έτος της ηλικίας τους.<sup>8</sup>

### **Ηλικία**

Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών και από προδιηθητικό των 30 ετών. Σπάνια παρατηρείται σε μικρότερη ηλικία. Μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του ελαττώνεται, για να αυξηθεί του ενδομητρίου.<sup>8</sup>

Σε συχνότητα 85% ο καρκίνος προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, και σε συχνότητα 4-5% του ενδοτραχήλου. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, που δεν φτάνει το 1%, αφορά σε μικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του.<sup>8</sup>

### **Επίπτωση**

Έχει αναφερθεί με στατιστικές μια επίπτωση για όλες τις ηλικίες με μια αναλογία 14.9/100.000 για ολικό θήλυ πληθυσμό. Οι αναλογίες αυτές διαφέρουν σε διάφορες κοινωνικές και εθνικές ομάδες από μια χαμηλή αναλογία των 3.6/100.000 για τις Εβραίες σε μια ψηλή αναλογία των 97.6/100.000 για τις γυναίκες του Πόρτο-Ρίκο. Οι Νέγρες γυναίκες έχουν μια αναλογία των 47.8/100.000 ενώ οι λευκές γυναίκες 13.5/100.000. Οι αναλογίες αυτές διαφέρουν φυσικά με την ηλικία του πληθυσμού. Διάφορες μελέτες σε ασυμπτωματικές γυναίκες δίνουν μεγαλύτερες αναλογίες πολύ ψηλότερες από ότι οι αναλογίες που παραπάνω αναφέρθηκαν.<sup>3</sup>

Έχει αναφερθεί και αναλογία 1.000/100.000 για τον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο μεταξύ των 30-40 ετών. Τέτοιοι συγκριτικοί αριθμοί παριστούν μια σωστή πλευρά υποστηρίζοντας την άποψη ότι ο ενδοεπιθηλιακός καρκίνος υπάρχει για πολλά χρόνια πριν γίνει διηθητικός. Η αναγνώριση της δυνατότητας κακοήθειας της ενδοεπιθηλιακής βλάβης του τραχήλου μαζί με την ικανότητα να διαγνωσθούν οι βλάβες με σχετικά όχι ακριβό και ανώδυνο τεστ, το επίχρισμα κατά Παπανικολάου ((Pap-test) έχει ελαττώσει σημαντικά τις περιπτώσεις του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Έχει ήδη καταδειχθεί σε πολλές μελέτες ότι ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει πέσει πολύ από 35.5/100.000 σε 15.7/100.000 για τα έτη 1955-1974 και τώρα ακόμη περισσότερο. Οι περιπτώσεις του καρκινώματος *in situ* κατά την ίδια χρονική περίοδο διπλασιασθήκανε και παριστούν το 70% όλων των νεοπλασμάτων του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας. Έχει βρεθεί επίσης μια ταυτόχρονη κατά 61% μείωση των θανάτων από πλακώδη καρκίνο του τραχήλου στην ίδια χρονική περίοδο. Οι αλλαγές αυτές που παραλληλίζονται με την αύξηση της χρήσης των κυτταρολογικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου.

Η αναλογία του καρκίνου όπως και η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου σχετίζεται με την ηλικία, φυλή και εθνικότητα. Παρατηρείται μια αύξηση των περιπτώσεων του διηθητικού καρκίνου με την ηλικία, με μικρή κορυφή τα 48 χρόνια. Ο ενδοεπιθηλιακός καρκίνος από την άλλη πλευρά είναι μια αρρώστια των νέων γυναικών πιο συχνή στις ηλικίες 25-40. Οι μαύρες προσβάλλονται περισσότερο. Επίσης η εθνικότητα παίζει μεγάλο ρόλο π.χ. οι Μεξικάνες στην Αμερική, στο Τέξας και στην Καλιφόρνια έχουν μεγαλύτερο δείκτη καρκίνου του τραχήλου. Η σχέση του καρκίνου του τραχήλου με τις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις έχει ήδη καταδειχθεί πολλές φορές και είναι πολύ δύσκολα να ξεχωρίζει κανείς τέτοιους παράγοντες από τη φυλή, συνήθειες και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.<sup>3</sup>

## - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ

Η εμφάνιση του καρκίνου σχετίζεται με τους εξής παράγοντες:

### 1. ΓΥΝΑΙΚΑ

- α) Γενετήσιες σχέσεις από μικρή ηλικία,
- β) Πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι,
- γ) Πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία και στη συνέχεια πολλές εγκυμοσύνες,
- δ) Συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα,
- ε) Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Ειδικά χαρακτηριστικά είναι:

- α) Μολύνσεις από έρπητα γεννητικών οργάνων και κονδυλώματα αιδοίου,
- β) Κάπνισμα,
- γ) Γενετήσιες σχέσεις με υψηλού κινδύνου άντρες (high risk male), οι οποίοι χαρακτηρίζονται από:

χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, χημικές διαφορές πρωτεϊνών σπέρματος, καρκίνο πέους και σχέσεις με πολλές γυναίκες,

- δ) Λήψη αντισυλληπτικών δισκίων.

Παρθένες ή γυναίκες, οι οποίες έχουν υποστεί ολική υστερεκτομή για καλοήγη αιτία, δεν έχουν κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του τραχήλου. Γυναίκες, οι οποίες έχουν γενετήσιες σχέσεις από μικρή ηλικία και εξακολουθούν να έχουν, με εναλλαγή πολλών συντρόφων, παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο. Η εναλλαγή πολλών συντρόφων αυξάνει τον κίνδυνο κατά 2,5 φορές.<sup>9</sup>

### 2. ΑΝΤΡΑΣ

- α) Σμήγμα

Οι ορθόδοξες Εβραίες του Ισραήλ εμφανίζουν μια από τις χαμηλότερες νοσηρότητες στον καρκίνο του τραχήλου παγκοσμίως. Η χαμηλή αυτή νοσηρότητα έχει αποδοθεί στην ελάττωση του σμήγματος των ανδρών λόγω της περιτομής.

Στην Ινδία, που υπάρχουν κοινότητες Ινδουϊστών, Χριστιανών και Μουσουλμάνων, στις Μουσουλμανίδες η συχνότητα της νόσου είναι

χαμηλότερη. Αντίστοιχα όμως στην Περσία που δεν γίνεται περιτομή αλλά οι Πέρσες είναι σχολαστικά καθαροί, ο καρκίνος του τραχήλου είναι σπάνιος.

### **β) Σπέρμα**

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

## **3. ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΟ**

Δύο ιοί που μεταδίδονται σεξουαλικά φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της CIN.

Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 3 (HSV 2) έχει από αρκετά χρόνια κατηγορηθεί σαν πιθανό καρκινογόνο του καρκίνου του τραχήλου. Πρόσφατα όμως ο ιός των κονδυλωμάτων (HPV) και κυρίως τα στελέχη 16, 18 και 31 έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου. Τα στελέχη αυτά προκαλούν την ανάπτυξη των πλατέων κονδυλωμάτων τα οποία δεν είναι εμφανή με το γυμνό μάτι. Ήδη έχει διαπιστωθεί ότι το 75% των περιπτώσεων CIN I και το 50% των CIN II είναι επίπεδα κονδυλώματα.

Στην κυτταρολογική εξέταση η επίδραση του ιού στο επιθήλιο εμφανίζεται σαν καλοκυτταρική ατυπία και για το λόγο αυτό οι γυναίκες αυτές πρέπει να έχουν τακτικότερο κυτταρολογικό έλεγχο.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες τα οξυτενή κονδυλώματα έχουν εξαπλωσαστεί και στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 2.000.000 το χρόνο εμφανίζουν τη νόσο ενώ το 65% των ασθενών έχουν ηλικία 15-29 ετών με ομάδα υψηλού κινδύνου ανδρών και γυναικών τις ηλικίες 20-24 ετών. Αντίστοιχα, η CIN εμφανίζει τα τελευταία χρόνια μια συνεχή αύξηση, ενώ ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου εμφανίζει σημαντική μείωση.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η συνεχής αύξηση της CIN συμβαδίζει με συνεχή μείωση της ηλικίας εμφάνισής της ιδίως σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε κορίτσια 15-19 ετών που η πλειονότητα των γυναικολόγων δεν συνιστά κυτταρολογικό έλεγχο, η CIN III από 0.1/1.000 το



1960 έχει αυξηθεί στο 2.6/1.000 σήμερα. Γενικά, οι περιπτώσεις CIN σε αυτές τις ηλικίες ανέρχονται σε 18.8/1.000 γυναίκες.

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο προληπτικός έλεγχος των γυναικών πρέπει να αρχίζει από 20 ετών τουλάχιστον ή με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Συμπερασματικά, λοιπόν, για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κάθε γυναίκα πάνω από 20 ετών πρέπει να κάνει εξέταση Παπανικολάου μια φορά το χρόνο για όλη τη ζωή της. Εάν οι σεξουαλικές σχέσεις έχουν αρχίσει νωρίτερα και ιδίως εάν έχει διαφόρους σεξουαλικούς συντρόφους πρέπει να αρχίζει τον κυτταρολογικό έλεγχο με τη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.

Μαζί με την εξέταση Παπανικολάου πρέπει να υποβάλλεται σε γυναικολογική εξέταση γιατί έτσι είναι δυνατόν να διαγνωσθούν άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων, όπως του αιδοίου και των ωοθηκών, όπως και πολλές καλοήθεις παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομυώματα, κύστες ωοθηκών κ.λ.π.

Ο C.J. LUND έχει πει επιγραμματικά:

*«Ο Επιτάφιος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει γραφτεί. Οι μέθοδοι, η εμπειρία και οι τεχνικές δυνατότητες μας είναι σε θέση να τον καταστρέψουν.*

*Η ημερομηνία του θανάτου του θα γραφτεί από τους γιατρούς και τις ασθενείς τους».*<sup>10</sup>

Τη φυλή, στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως, ενώ η συχνότητά του στις Ισραηλινές είναι 6:100.000, στις Αφρικανές είναι 50:100.000 και πως αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή από ότι στη λευκή. Φαίνεται, πως και αυτές οι διαφορές πρέπει να αποδοθούν στην σεξουαλική συμπεριφορά των διαφόρων λαών.

Τη λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, για την πρόληψη απόρριψης μοσχεύματος.

Τη χορήγηση διαιθυλοστιλβοιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια, που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4:1.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού.<sup>8</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

**ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ  
ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

## - ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Για να καταλάβουμε τα παρακάτω είναι απαραίτητο να θυμηθούμε από την παθολογική ανατομική πως:

1. *Υπερπλασία* είναι η αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. Το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.
2. *Μεταπλασία* είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.
3. *Δυσπλασία* είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.
4. *Αναπλασία* είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων απ' ό,τι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινησιών, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.

Ιστολογικά, ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές του:

1. *Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN)*. Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III), ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.

Ειδικότερα, στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου στους τρεις τύπους της διακρίνουμε:

Στον CIN I τα άνω 2/3 του πλακώδους επιθηλίου εμφανίζουν κύτταρα με καλή διαφοροποίηση, ενώ τα κύτταρα του κάτω 1/3 του επιθηλίου εμφανίζουν λίγες μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN II το άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου είναι ώριμο και καλά διαφοροποιημένο, αλλά με μερική ατυπία στους πυρήνες, ενώ τα κύτταρα στα κάτω 2/3 εμφανίζουν παθολογικές μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN III, υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο πάνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου.

**2. Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα.** Σ' αυτό, που, όπως αναφέρθηκε, αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

**3. Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.** Σ' αυτό, εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο, που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.

**4. Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα.** Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση.

Το διηθητικό καρκίνωμα, ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων του, το διακρίνουμε:

**α)** Σε καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάριας γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.

**β)** Σε μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια

ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

γ) Σε χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.



*Αδενοκαρκίνωμα ενδοτραχήλου  
(Netter)*

**5. Αδενοκαρκίνωμα.** Αυτό αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.<sup>8</sup>

## - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου του τραχήλου που αντιστοιχούν στα 2 είδη του επιθηλίου του τραχήλου. Ένα είναι το πλακώδες επιθήλιο ή το επιδερμοειδές καρκίνωμα, και το άλλο κυλινδρικό επιθήλιο του τραχηλικού αυλού το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου. Περίπου τα 90% είναι του πλακώδους επιθηλίου και το 5-10% του κυλινδρικού επιθηλίου.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση για αύξηση του αδενοκαρκινώματος του τραχήλου. Και οι δύο τύποι είναι περισσότερο κακοήθεις από τον καρκίνο του σώματος της μήτρας. Όσον αφορά τους δύο τύπους φαίνεται το αδενοκαρκίνωμα έχει περισσότερη δυσμενή πρόγνωση λόγω της υπούλου ανάπτυξης μέσα στον αυλό του τραχήλου. Μερικοί όγκοι έχουν και τα δύο στοιχεία μαζί και λέγονται σαν *αδενοπλάκωδη* ή *αδενοεπιδερμοειδή* καρκινώματα του τραχήλου. Φαίνεται αυτοί να έχουν πιο σοβαρότερη πρόγνωση από τους άλλους δύο καθαρούς τύπους.<sup>3</sup>

## - ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

**Στάδια.** Ανάλογα με το βαθμό διήθησης, που θα εκτιμήσουμε, ύστερα από τις εξετάσεις που αναφέραμε, ταξινομούμε τον καρκίνο του τραχήλου στα παρακάτω στάδια, σύμφωνα με απόφαση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολόγων Μαιευτήρων (FIGO):

**Στάδιο 0.** Σ' αυτό ανήκει ο προδιηθητικός ή ενδοεπιθηλιακός ή προκλινικός ή καρκίνος in situ. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος βρίσκεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη του τραχήλου.

**Στάδιο I.** Ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο.

1α. Υπάρχει διήθηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκαρκίνωμα)

1α1. Ελάχιστη διήθηση του στρώματος.

1α2. Διήθηση του στρώματος σε βάθος, όχι μεγαλύτερο από 5 mm (από τη βάση του επιθηλίου ή του αδένου) και πλάτος όχι μεγαλύτερο από 7 mm.

1β. Υπάρχει διήθηση, που σχηματίζει όγκο μεγαλύτερο από τις παραπάνω διαστάσεις, που δυνατό να μην είναι εμφανής κλινικά.

**Στάδιο II.** Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά δε φτάνει ως το πυελικό τοίχωμα ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου.

IIα. Δεν υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

IIβ. Υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

**Στάδιο III.** Υδρονέφρωση και διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου.

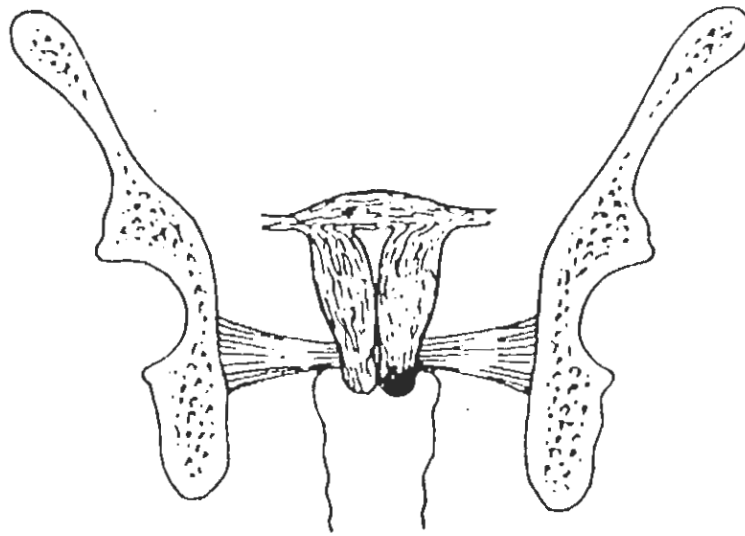
IIIα. Υπάρχει διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου, αλλά όχι του πυελικού τοιχώματος.

IIIβ. Υπάρχει διήθηση του πλαγίου πυελικού τοιχώματος ή υδρονέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός, που δεν προϋπήρχε.

**Στάδιο IV.** Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από την πύελο και έχει διηθήσει το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού.

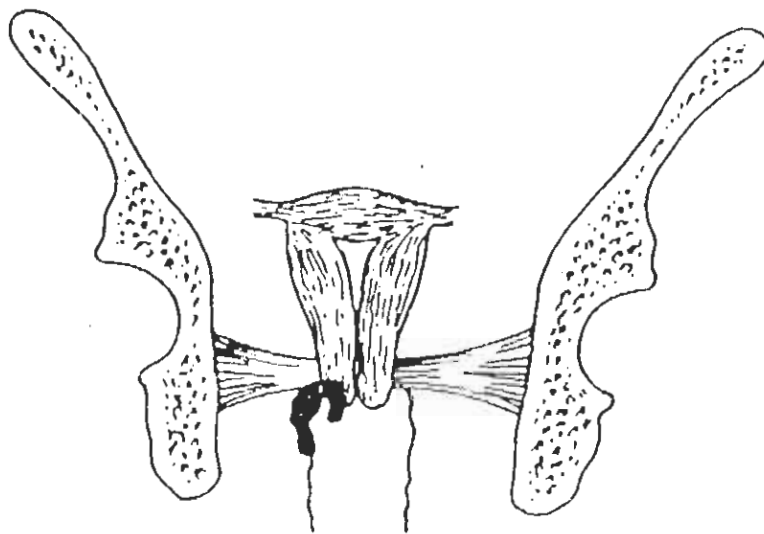
IVα. Υπάρχει επέκταση του όγκου στα παρακείμενα όργανα.

IVβ. Υπάρχουν μεταστάσεις έξω από την πύελο.<sup>8</sup>



Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

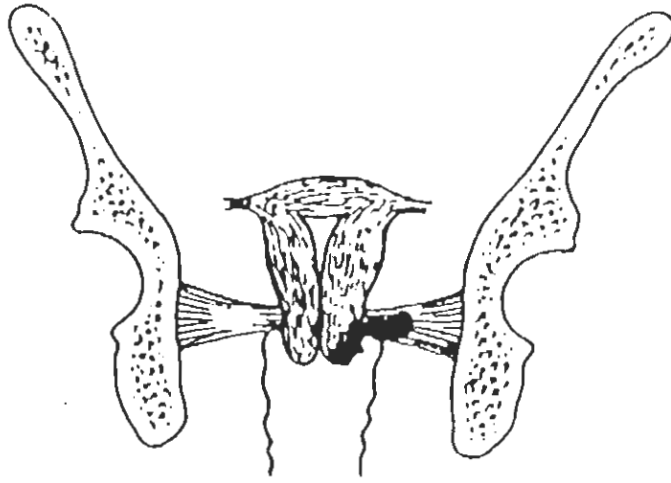
Στάδιο Ιβ ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο της μήτρας



Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

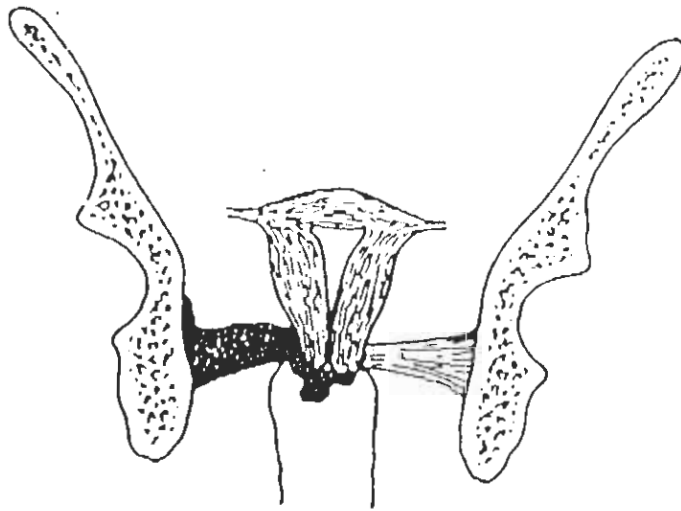
Στάδιο ΙΙα. Το άνω τρίτο του κόλπου είναι προσβεβλημένο από την νόσο



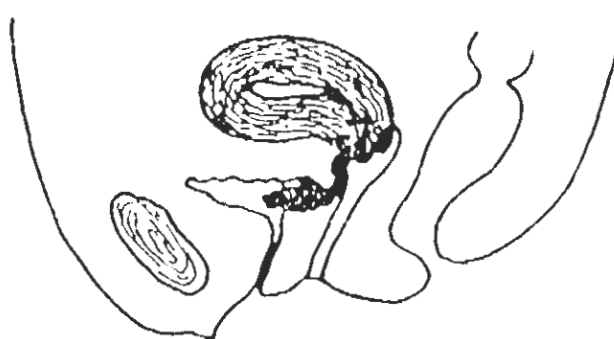


Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο 11β.

Το αριστερό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο κοντά στον τράχηλο



Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στάδιο III. Το δεξιό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο με καρκίνο μέχρι το πυελικό τοίχωμα.



Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο IV.

Το καρκίνωμα έχει προσβάλλει το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα και την κύστη.

## **- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι χαρακτηριστική. Συνήθως εκδηλώνεται με κολπική αιμόρροια, υπερέκκριση, ή και πόνο, συμπτώματα από τα οποία δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί ο χρόνος εγκαταστάσεως της νόσου ή ο ρυθμός με τον οποίο εξελίσσεται. Συνήθως, η αιμόρροια και η υπερέκκριση χαρακτηρίζουν τα πρωιμότερα στάδια της νόσου, ενώ ο πόνος συνοδεύει τον καρκίνο, ο οποίος έχει προσβάλει και ιστούς πέρα από τον τράχηλο.

Η αιμόρροια είναι το συνηθέστερο κλινικό σύμπτωμα και εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρύσεων οι οποίες δεν αλλάζουν χαρακτήρα. Συχνά εκδηλώνεται μετά από συνουσία, σταματά αυτόματα και επανεμφανίζεται μετά από αρκετές ημέρες.

Η κολπική υπερέκκριση, στα αρχικά στάδια, είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα δυνατόν να είναι λεπτόρρευστο, χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή. Το χρώμα του μπορεί να είναι κιτρινωπό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπερέκκριση προηγείται της αιμόρροιας, ενώ συνήθως συνυπάρχει με αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος, ή έχει υποστεί νέκρωση, ή κολπική έκκριση είναι δύσοσμη λόγω της δράσεως μικροβίων.

Στην προχωρημένη νόσο, η κολπική υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και δύσοσμη. Η συχνότητα, με την οποία εμφανίζεται η αιμόρροια και η ποσότητα του αίματος αυξάνονται και, σπάνια, είναι δυνατό να εκδηλωθεί πραγματική αιμορραγία, η οποία και να προκαλέσει το θάνατο. Η επέκταση της νόσου στα παραμήτρια, μπορεί να προκαλέσει απόφραξη των ουρητήρων, υδρονέφρωση και πόνο στην περιοχή των νεφρών. Η προσβολή της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου προκαλεί πόνο στην ούρηση και την αφόδευση και τέλος την ανάπτυξη κύστεο- και ορθοκολπικών συριγγίων. Το άλγος χαρακτηρίζει την προχωρημένη νόσο. Οφείλεται στην απόφραξη των λεμφαγγείων, στη φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών και, κυρίως, στη διήθηση των γαγγλίων των νευρικών πλεγμάτων της πυέλου. Εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή του ιερού οστού ή και χαμηλότερα και δεν ελαττώνεται με την

ανάπαυση. Η προσβολή του ισχιακού νεύρου μπορεί να προκαλέσει ισχιαλγία, ενώ εκείνη του θυρεοειδούς νεύρου άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού.

Η ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα, αδυναμία, αναιμία, απώλεια βάρους, οίδημα των κάτω άκρων ή και αιματουρία. Ο θάνατος προκαλείται συχνότερα από ουραιμία, ή σπανιότερα από λοίμωξη, αιμορραγία ή γενικευμένη καρκινωματώδη καχεξία. Χαρακτηριστικό εύρημα στις ασθενείς, που πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου, είναι η διαπίστωση, ότι η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην πύελο σε ποσοστό 5-60%, γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε άλλα είδη καρκίνου. Η ιδιομορφία αυτής της νόσου ενθαρρύνει την προσπάθεια για την όσο το δυνατό δυναμικότερη αντιμετώπισή της.<sup>11</sup>

## - ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν βρίσκεται στο προδιηθητικό του στάδιο, δυνατό να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν, όμως, πάρει διηθητικό χαρακτήρα, τότε εύκολα κάνει μεταστάσεις. Αυτές πραγματοποιούνται, είτε κατά συνέχεια ιστών, είτε με τη λεμφική οδό, είτε, σπάνια, με την αιματική οδό και όχι τόσο με τις αρτηρίες, όσο με τις φλέβες. Όταν διηθηθούν οι παραορτικοί λεμφαδένες, η διασπορά γίνεται με την αιματική οδό.<sup>8</sup>

Όπως προχωρεί ο καρκίνος γίνονται μεταστάσεις στους λεμφαδένες της λεκάνης και τελικά στους αορτικούς ή στους μακρὰ λεμφικούς αδένες. Όσον αφορά τις περιπτώσεις των λεμφικών μεταστάσεων ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου λέγεται ότι στο στάδιο I είναι 15,4% στο στάδιο II 28,6% , στο στάδιο III 47,0%. Σε ένα 25% των ασθενών με στάδιο II-IV καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν αορτικούς και εξωπυελικούς λεμφαδένες με μετάσταση.

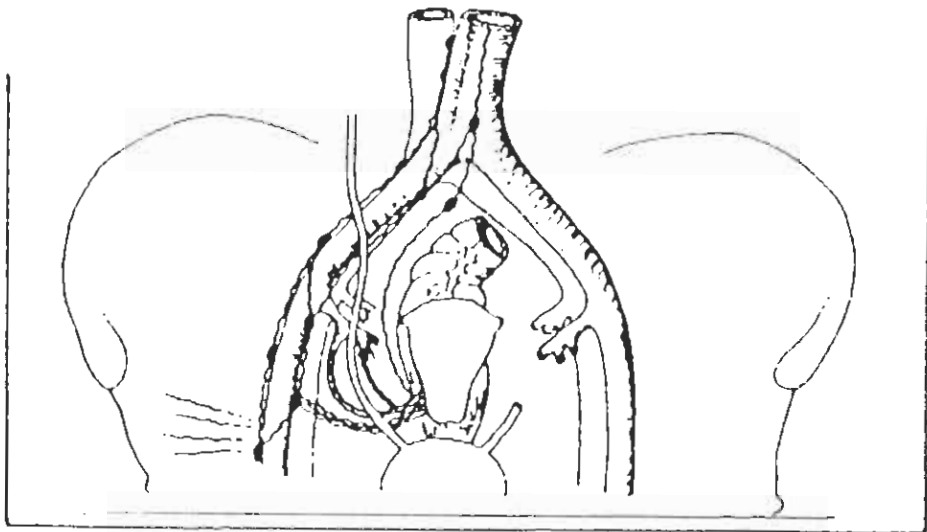
Οι πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά και ο εγκέφαλος είναι επίσης θέσεις για μεταστάσεις στην προχωρημένη αρρώστια. Οι ουρητηρικές αποφράξεις από μια μάζα καρκίνου στη λεκάνη που μεγαλώνει με νεφρική ανεπάρκεια είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η σήψη, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η αιμορραγία και η ανεπάρκεια του ήπατος είναι επίσης συχνές.<sup>3</sup>

### **Μεταστατική διήθηση του τραχήλου της μήτρας από καρκίνωμα του μαστού**

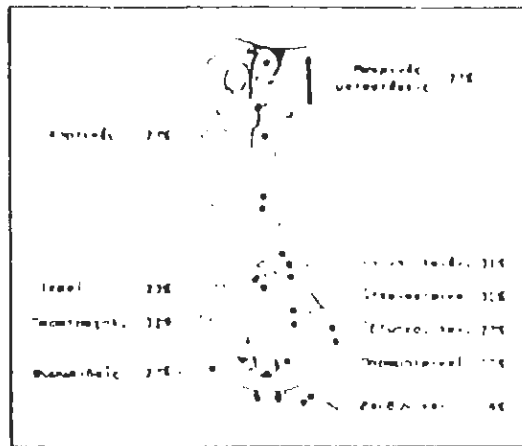
*Παρουσιάζεται περίπτωση μεταστατικής διηθήσεως του τραχήλου της μήτρας από καρκίνωμα του μαστού σε γυναίκα με συμπτωματολογία πρωτοπαθούς καρκινώματος του τραχήλου. Η περίπτωση αυτή είναι η Τρίτη που περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η υποψία υπάρξεως νεοπλασματος στο μαστό τέθηκε με την τραχηλική βιοψία.*

Καρκινωματώδεις μεταστάσεις στον τράχηλο της μήτρας από νεοπλασμάτα πνευτικά ή εξωπνευτικά είναι σπάνιες (Wallach και Edberg 1959), Way 1980, Blaustein 1982, Zhang και συν. 1983, Cohen και Kaplan 1984). Συνήθως ο τράχηλος διηθείται κατά συνέχεια ιστού από κακοήθεις όγκους του σώματος της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστεως και του ορθού. Έχουν περιγραφεί όμως και περιπτώσεις μεταστάσεων στον τράχηλο από καρκίνωμα ωοθηκών, σαλπίνγων, στομάχου, παχέος εντέρου και μαστού (Wallach και Edberg 1959, Zhang και συν. 1983, Cohen και Kaplan 1984).

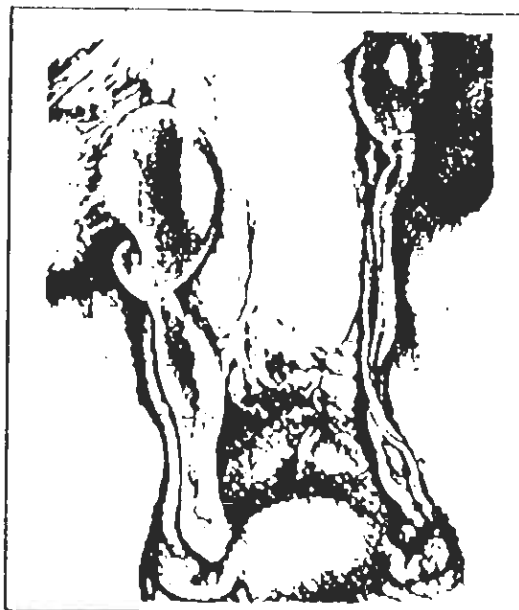
Όσον αφορά στο καρκίνωμα του μαστού, είναι γνωστό ότι είναι ένα νεόπλασμα που δίνει μεταστάσεις σε όλα σχεδόν τα όργανα (πιο συχνά βέβαια στους μασχालιαίους λεμφαδένες, στους πνεύμονες, τα οστά και το ήπαρ). Παρ' όλα αυτά έχουν περιγραφεί έως σήμερα μόνο δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού με μεταστατική διήθηση του τραχήλου της μήτρας (Way 1980, Cohen και Kaplan 1984). Και στις δύο περιπτώσεις, όταν διαπιστώθηκε η μετάσταση στον τράχηλο ήταν ήδη γνωστή η πρωτοπαθής εστία. Σε μια άλλη περίπτωση (Wallach και Edberg 1959) σε νεκροψία γυναίκας με διαπιστωμένο καρκίνωμα μαστού και γενικευμένη καρκινωμάτωση, βρέθηκε διήθηση του τραχήλου από το νεόπλασμα. Στην περίπτωσή μας η υποψία υπάρξεως καρκίνου στο μαστό τέθηκε με τη βιοψία του τραχήλου, δεδομένου ότι η κλινική εικόνα ήταν συμβατή με πρωτοπαθές νεόπλασμα του τραχήλου.<sup>12</sup>



*Λεμφαδενικές μεταστάσεις καρκίνου τραχήλου*



Συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων  
αθεράπευτου καρκίνου του τραχήλου  
(Henriksen)



Αμφοτερόπλευρος υδρουρητήρας  
σε προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου  
(Μία από τις συνηθισμένες αιτίες θανάτου)  
(Kelly)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Επισκόπηση
- Ψηλάφηση
- Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (test Παπανικολάου)
  - Δοκιμασία Schiller
  - Κολποσκόπηση
  - Βιοψία τραχήλου μήτρας
- Μικροκολποϋστεροσκόπηση
  - Ιστοληψία Τραχήλου
  - Αξονική τομογραφία
    - Υπέρηχοι
  - Τραχηλογραφία
- Κωνοειδής εκτομή του Τραχήλου της μήτρας
  - Αιματολογικές εξετάσεις

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

## - ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν τελείως αλλάξει οι μέθοδοι για την εκτίμηση των ασθενών μας όσον αφορά τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τώρα η σημασία του προσεκτικού ιστορικού για αιμορραγία εξ επαφής, η μακροσκοπική εξέταση του τραχήλου, η αξία της ψηλάφησης της βλάβης και άλλες μέθοδοι θεωρούνται δευτερεύουσες.<sup>3</sup>

### ➤ Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία, με την επισκόπηση δεν θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου του, γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή.

Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος, είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα ή ελαφρά διάβρωση ή λευκοπλακική εστία. Γενικά, σε πρώιμο στάδιο, ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης, που μοιάζει με κρατήρα, ή μάζας, που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν, όμως, πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, τότε ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευδοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.<sup>8</sup>

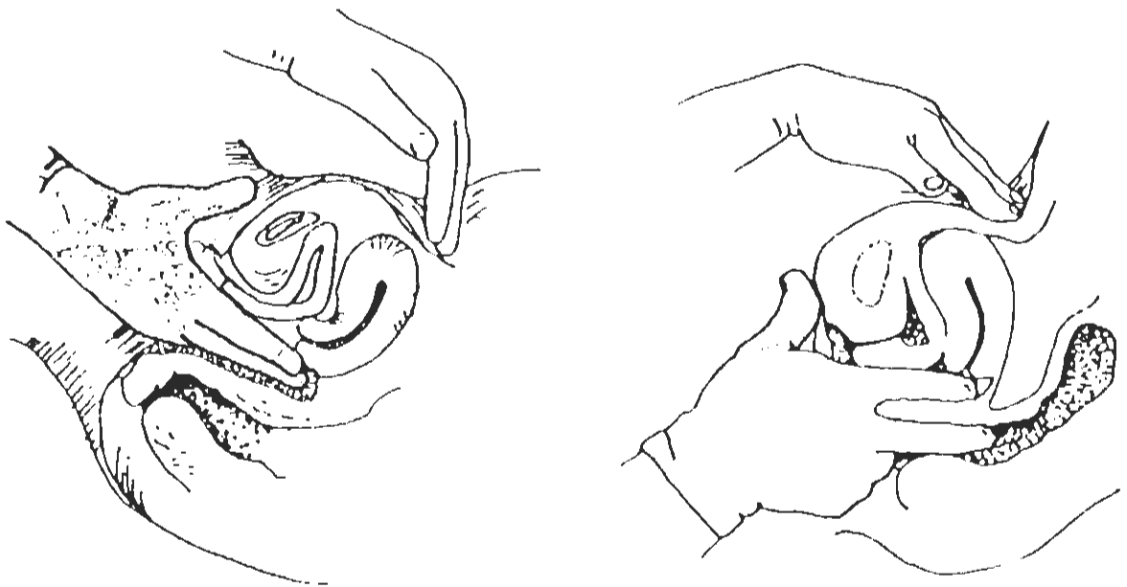
### ➤ Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθηλώθηκε από τη διήθηση.<sup>8</sup>





Εικ. 1. Εισαγωγή κολποδιαστολέα



Εικ. 2. Αμφίχειρη πυελική εξέταση Εικ. 3. Η τεχνική της ορθοκολπικής εξέτασης

➤ **Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Pap. test)**

Η ανάπτυξη μιας ακριβέστερης κυτταρολογικής μεθόδου στις ασυμπτωματικές γυναίκες σε καθ' όλα φυσιολογικό σε εμφάνιση τράχηλο οδήγησε στη διάγνωση πολλών περιπτώσεων στην αρχή πολύ πριν εμφανιστούν η συμπτωματολογία και οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις. Κάθε γυναίκα με σεξουαλική ζωή θα πρέπει να κάνει ένα test για καρκίνο. Πρέπει να ληφθεί λεπτομερές ιστορικό σχετικά με την ενδιάμεσο αιμορραγία ή την αιμορραγία επαφής και πρέπει να γίνεται προσεκτική εξέταση με ψηλάφηση και επισκόπηση του τραχήλου. Όπου υπάρχει ορατή βλάβη στον τράχηλο πρέπει να γίνει βιοψία μαζί με τη λήψη του επιχρίσματος ανεξάρτητα αν φαίνεται σαν καρκίνος ή όχι. Πραγματικά νεκρωτικά φλεγμονώδη κύτταρα από ελκωτικό διηθητικό καρκίνο μπορεί να κάνουν δύσκολη την κυτταρολογική διάγνωση σε μια φανερά μακροσκοπική βλάβη.

Έχουν προταθεί διάφορες τεχνικές για τα κυτταρολογικά επιχρίσματα κατά Παπανικολάου ή Pap test από το 1943. Κυτταρικά δείγματα παίρνονται από αποφολλιδωμένα ή ξυσμένα κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου. Παριστούν δε αυτά μια μεγάλη ομάδα κυττάρων που είναι κύτταρα επιπολής και βαθύτερα που πέφτουν στους κολπικούς θόλους. Όσον αφορά για το πως πρέπει να παίρνονται πρέπει:

- 1) πρώτα η τεχνική να είναι σε θέση να παίρνει κύτταρα που θα δώσουν πληροφορίες για την κατάσταση που ερευνάται,
- 2) το δείγμα πρέπει να μονιμοποιηθεί αμέσως για να επιτρέψει την καλύτερη έρευνα και
- 3) ο κυτταρολόγος πρέπει να πληροφορηθεί στα ασυνήθη κλινικά ευρήματα ή το ιστορικό και οποιαδήποτε ειδική πληροφορία πρέπει να διαβιβαστεί στον κυτταρολόγο.

Έτσι όταν γίνεται έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου ένα καλό δείγμα από τη ζώνη της μετάπτωσης (πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου) χρειάζεται, αλλά όταν εκτιμάται η ορμονική κατάσταση της ασθενούς τότε

παίρνουμε ένα επίχρισμα από τους πλάγιους κολπικούς θόλους. Πρέπει να καταγραφούν η ηλικία της ασθενούς, η τελευταία έμμηνος ρύση, ο τύπος του αντισυλληπτικού (αν παίρνει) και η προηγούμενη διάγνωση ή θεραπεία από βιοψίες ή ακτινοβολίες.

Η τεχνική που χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει τη λήψη δειγμάτων από τον κόλπο, τον εξωτράχηλο και τον ενδοτράχηλο αυλό. Ο τράχηλος παρουσιάζεται με βλάβες ή κολποστάσιο, αν έχει υπερβολικό επίχρισμα – έκκριμα ευγενικά απομακρύνεται (σκουπίζεται). Τότε το στρογγυλό τελικό άκρο μιας ξύλινης ή πλαστικής σπάτουλας χρησιμοποιείται για να συγκεντρώσει υλικό από το οπίσθιο κολπικό θόλο. Με το άλλο άκρο από την άλλη πλευρά χρησιμοποιείται για να ξύσει τον τράχηλο σε μια μορφή των 360ο. Τελικά ένα βρεγμένο με φυσιολογικό ορό ειδικό στυλέο εισάγεται τον ενδοτραχηλικό αυλό και περιστρέφεται για να πάρει υλικό από τον αυλό. Όταν συγκεντρωθούν όλα επιστρώνονται γρήγορα όσο μπορούμε σε μια αντικειμενοφόρο πλάκα και μονιμοποιούνται γρήγορα σε 95% διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης.

Ένα σύστημα βαθμολόγησης έχει προταθεί για την κυτταρολογική του τραχήλου από τάξη I έως V (class I-V) εξαρτάται δε από τη σοβαρότητα της παθολογίας. Εάν δεν βρεθούν παθολογικά κύτταρα η διάγνωση τάξη I (class I) τίθεται και αν φανερά καρκινικά διηθητικά κύτταρα βρεθούν τότε δίνεται η διάγνωση τάξη V (class V).

Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Pap-test) είναι ευθηνή, ανώδυνη, και ακριβής στη διάγνωση των δυσπλασιών του τραχήλου και του καρκίνου. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο για τη διερεύνηση του καρκίνου σε ασυμπτωματικούς πληθυσμούς. Έχει προταθεί ότι τουλάχιστον κάθε χρόνο πρέπει να γίνεται η λήψη επιχρίσματος σε κάθε γυναίκα για να ελαττωθούν οι διηθητικοί καρκίνοι του τραχήλου, γιατί θα ανακαλυφθεί στις πρώτες ενδοεπιθηλιακές του μορφές και στα αρχικά στάδια της διήθησής του.<sup>3</sup>

## **Συνθήκες εφαρμογής και αιτίες αποτυχίας προληπτικού ελέγχου καρκίνου τραχήλου μήτρας**

Ο προληπτικός έλεγχος αφορά γυναίκες, οι οποίες ή δεν έχουν ποτέ την εξέταση Παπανικολάου ή την έχουν κάνει και είχαν αρνητικά κυταρολογικά ευρήματα. Γυναίκες με απαντήσεις Παπανικολάου που αντιστοιχούν σε αλλοιώσεις ΔΠΚΣ ή διηθητικού καρκίνου πρέπει να υποβάλλονται σε διαγνωστικό έλεγχο και επισταμένη παρακολούθηση. Γυναίκες επίσης, οι οποίες παρουσιάζουν συμπτώματα ενδεικτικά καρκίνου, δεν περιλαμβάνονται στον προσυμπτωματικό έλεγχο ή τουλάχιστον διαχωρίζονται.

Η εφαρμογή της εξέτασης Παπανικολάου για προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου τραχήλου μήτρας είναι σήμερα, ένα από τα περισσότερο αποτελεσματικά μέτρα προστασίας της υγείας, που αναλαμβάνει η πολιτεία, και είναι ενταγμένη στο γενικότερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η επιτυχία διαφέρει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται από την έκταση, από την εντατικότητα και από ορισμένες οργανωτικές προϋποθέσεις (18, 19), δηλαδή:

1. Πρέπει να προσδιοριστεί η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στον ελεγχόμενο πληθυσμό πριν και μετά την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου. Χώρες οι οποίες δεν διαθέτουν πληθυσμιακά αρχεία νεοπλασμάτων (Cancer Registries), όπως η Ελλάδα, δεν μπορούν να αξιολογήσουν την εφαρμογή της εξέτασης Παπανικολάου.

2. Πρέπει να προσδιοριστεί η κατά ηλικία επίπτωση των αλλοιώσεων, να ορισθούν ανάλογα οι ηλικίες οι οποίες θα ελεγχθούν και να ενημερωθούν σωστά οι γυναίκες.

3. Εγκυρότητα (validity) διαλογής. Την εγκυρότητα της εξέτασης Παπανικολάου συνιστούν (1): η ευαισθησία (sensitivity) και η ειδικότητα (specificity). Για να υπολογισθεί η ευαισθησία, η αναλογία δηλαδή των ορθά θετικών απαντήσεων, πρέπει ο αριθμός των ορθά θετικών απαντήσεων ( $\alpha$ ) να διαιρεθεί με το άθροισμα των ορθά θετικών ( $\alpha$ ) και των ψευδώς αρνητικών ( $\gamma$ ) απαντήσεων. Για να υπολογισθεί δε η ειδικότητα, η αναλογία δηλαδή των

ορθά αρνητικών απαντήσεων (δ), πρέπει ο αριθμός των ορθά αρνητικών απαντήσεων (δ) να διαιρεθεί με το άθροισμα των ορθά αρνητικών (δ) και ψευδών θετικών (β) απαντήσεων. Ο υπολογισμός της ευαισθησίας και ειδικότερα της εξέτασης Παπανικολάου είναι πρακτικά αδύνατη, γιατί θα έπρεπε όλες οι γυναίκες που έκαναν την εξέταση Παπανικολάου να υποστούν και ιστολογική επιβεβαίωση. Η εκτίμηση γίνεται ουνήθως κατά έμμεσο τρόπο, με μακροχρόνια παρακολούθηση γυναικών που έχουν αρνητικές κυτταρολογικές απαντήσεις. Η ευαισθησία κυμαίνεται σε ξένες δημοσιεύσεις από 95% σε κατά οργανωμένα κυτταρολογικά κέντρα, μέχρι 45% σε χαμηλού επιπέδου εργαστήρια.

Αιτίες σφαλμάτων είναι:

α) η κακή λήψη (σφάλμα δείγματος),

β) επιπόλαια εξέταση επιχρισμάτων ή υποεκτίμηση κυτταρολογικών ευρημάτων (σφάλμα εξεταστού) και

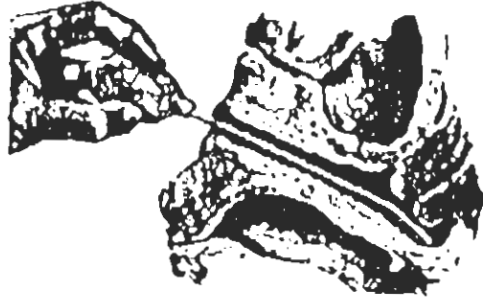
γ) έλλειψη αποφολλίδωσης (βιολογικό σφάλμα).

Μόνη αιτία ψευδώς θετικών απαντήσεων είναι η υπερεκτίμηση των ευρημάτων (σφάλμα εξεταστού) (20). Σφάλματα κατά τη λήψη του δείγματος και κατά την εξέταση των επιχρισμάτων πρέπει να βελτιώνονται με συνεχή εκπαίδευση και έλεγχο των εξεταστών.

4. Πρέπει να υπάρχει επαρκές προσωπικό ιατροί, λειτουργοί υγείας, γραμματειακή κάλυψη).

5. Αλλοιώσεις, που ανιχνεύονται κυτταρολογικά, είναι απαράδεκτο να μην αντιμετωπίζονται σωστά. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται στενή συνεργασία μεταξύ κυτταρολόγων, γυναικολόγων και παθολογοανατόμων. Τα κυτταρολογικά ευρήματα πρέπει να επαληθεύονται με κολποσκοπικά ελεγχόμενες βιοψίες και να ακολουθεί σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

6. Όλο το πρόβλημα είναι πρόβλημα ηλικίου «κόστους – αποτελεσματικότητας» (cost versus effectiveness) (1). Οι υπάρχοντες οικονομικοί πόροι καθορίζουν την έκταση, την ένταση και την ποιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου σε κάθε χώρα.<sup>9</sup>



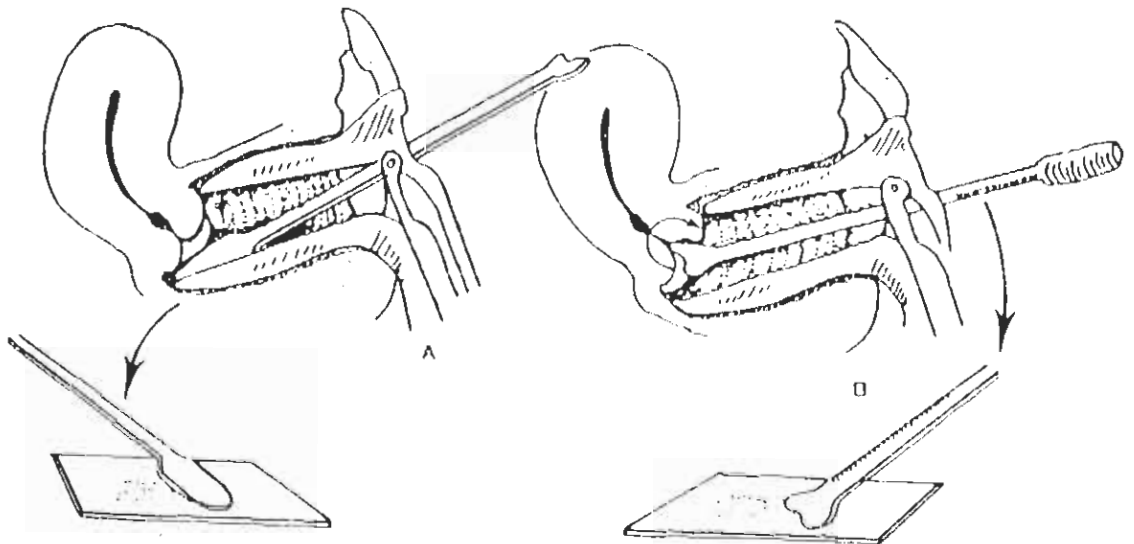
Εικ.1. Λήψη εκκρίματος οπισθίου θόλου



Εικ. 2. Λήψη τραχηλικού εκκριμ.



Εικ. 3. Λήψη ενδοτραχηλ. εκκρίματος



Εικ. 4. Η τεχνική λήψης κολπικού επιχρίσματος (Pap-test)  
Α. Δείγμα κολπικού εκκρίματος από τον οπίσθιο θόλο  
Β. Τραχηλικό έκκριμα

### ➤ **Δοκιμασία Schiller**

Η απλή αυτή δοκιμασία στηρίζεται στο γεγονός ότι τα καρκινικά κύτταρα του επιθηλίου δεν περιέχουν γλυκογόνο και έτσι δεν παίρνουν τη χρωστική του ιωδίου όπως γίνεται με το φυσιολογικό πλούσιο σε γλυκογόνο επιθήλιο του τραχήλου ή του κόλπου. Έτσι η τοποθέτηση διαλύματος ιωδίου (Schiller 0,3% ή Lugol 5%) μπορεί να δείξει φυσιολογικό επιθήλιο με βαθιά χρώση, ενώ οι περιοχές με δυσπλασίες και καρκίνο δεν χρωματίζονται και παρουσιάζουν μια σαφή διάκριση. Δυστυχώς το κυλινδρικό επιθήλιο και άλλες καλοήθεις φλεγμονώδεις βλάβες μπορεί να μην χρωματίζονται και να δείξουν θετικό Schiller test. Πάντως, βοηθά για να εντοπίσει τις θέσεις για βιοψία του τραχήλου.<sup>3</sup>

### ➤ **Κολποσκόπηση**

Το κολποσκόπιο είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για να δούμε τον τράχηλο με φωτεινή πηγή σε μια μεγέθυνση τουλάχιστον 10X40. Είναι γρήγορη εξέταση, σχεδόν σαν την επισκόπηση του τραχήλου με το γυμνό μάτι. Μετά τη λήψη των κυτταρολογικών δειγμάτων ο τράχηλος καθαρίζεται με ένα τολύπιο, το κολποσκόπιο εστιάζεται και ολόκληρος ο τράχηλος ελέγχεται προσεκτικά. Πρώτα με φυσιολογική μεγέθυνση και μετά με πράσινο φωτισμό για να βελτιώσουμε την ορατότητα του αγγειακού δικτύου. Μετά ο τράχηλος καθαρίζεται περισσότερο με 3% διάλυμα οξικού οξέος που δίνει καλύτερη διαφοροποίηση του κυλινδρικού επιθηλίου και της ζώνης της μετάπτωσης. Τελικά ο τράχηλος χρωματίζεται με Lugol διάλυμα για να καθορίσει αρνητικές για γλυκογόνο περιοχές.

Πρέπει και η κυτταρολογική και η κολποσκοπική μέθοδος να χρησιμοποιούνται μαζί για να βελτιώσουν τη διαγνωστική τους ασφάλεια και όχι να συναγωνίζονται η μία την άλλη. Το κύριο μειονέκτημα της κολποσκόπησης είναι ότι μπορεί να εξετάσει μόνο το ορατό μέρος του τραχήλου. Γι' αυτό αν η μεταβατική ζώνη του πλακώδους – κυλινδρικού ορίου δεν μπορεί να ελεγχθεί τότε καλύτερη είναι η κυτταρολογική εξέταση. Αυτό

γίνεται σε ένα 15% στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Από την άλλη πλευρά η κυτταρολογική δεν μας λέει ακριβώς τη θέση από όπου το κύτταρο πύφτει από τον τράχηλο. Με το κολποσκόπιο συνήθως είναι δυνατό να βρούμε την περιοχή, να εκτιμήσουμε το μέγεθος και τη σοβαρότητα και να πάρουμε βιοψίες κατ' ευθείαν για να βγάλουμε την ιστολογική διάγνωση. Η συσχέτιση των κυτταρολογικών, κολποσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων επιτρέπει πιο σωστή αντιμετώπιση παρά τη χρησιμοποίηση μιας μόνο μεθόδου.<sup>3</sup>

### ➤ **Βιοψία τραχήλου μήτρας**

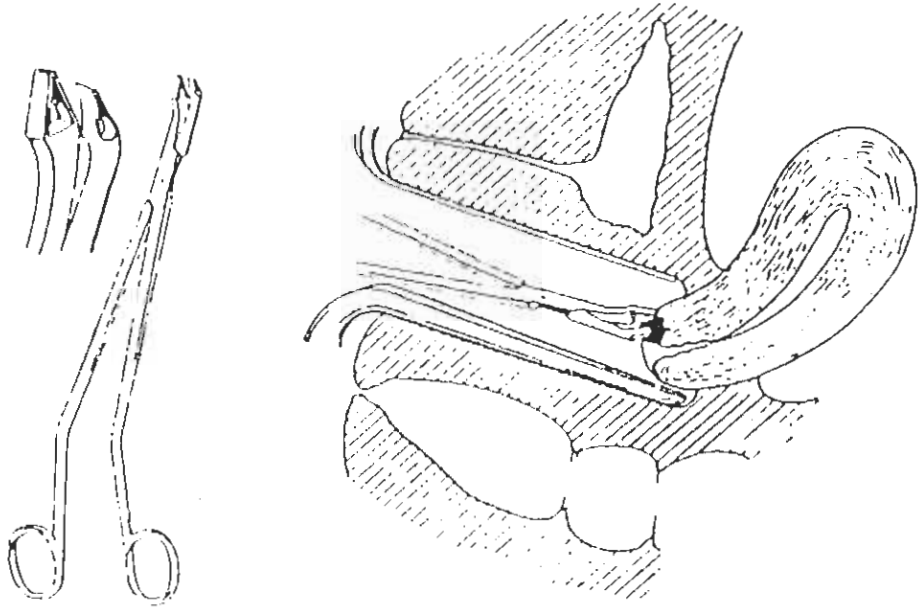
Η προτίμηση είναι να γίνει ιστολογική λήψη ιστού με τη χρήση του κολποσκοπίου όταν η δοκιμασία κατά Παπανικολάου είναι παθολογική ή όταν η τραχηλική βλάβη φαίνεται με το μάτι ή με το κολποσκόπιο. Ο παθολογοανατόμος μπορεί να ελέγξει μόνο το υλικό που του στέλνουμε και γι' αυτό βασικό είναι να πάρουμε αρκετό ιστό αν και η βιοψία είναι καμιά φορά τεχνικά δύσκολη. Έχουν κατασκευαστεί γι' αυτό διάφορες λαβίδες βιοψίας. Παίρνουν μικρά τεμάχια ιστού, η αιμορραγία είναι συνήθως πολύ μικρή και εύκολα ρυθμίζεται με ελαφρά πίεση ή με την απλή εφαρμογή νιτρικού αργύρου.

Όταν δεν υπάρχει άτομο ειδικά εκπαιδευμένο για το κολποσκόπιο, η τεχνική των πολλαπλών βιοψιών με τη λαβίδα βιοψίας στα σημεία 12, 3, 6 και 9 χρησιμοποιείται ευρύτατα στην περιοχή της ζώνης μετάπτωσης (πλακώδες – κυλινδρικό επιθήλιο). Πάντως αυτή η λήψη του ιστού δεν είναι και πολύ ικανοποιητική μέθοδος για να εκτιμηθεί ο τράχηλος γιατί μπορεί να χαθούν περιοχές διηθητικού καρκίνου. Γι' αυτό εκτός αν οι παραπάνω βιοψίες δείχνουν διηθητικό καρκίνο είναι απαραίτητο να γίνει μια μεγάλη κυκλική βιοψία που λέγεται κωνοειδής βιοψία για να είμαστε βέβαιοι ότι δεν χάθηκε μια εστία διηθητικού καρκίνου.

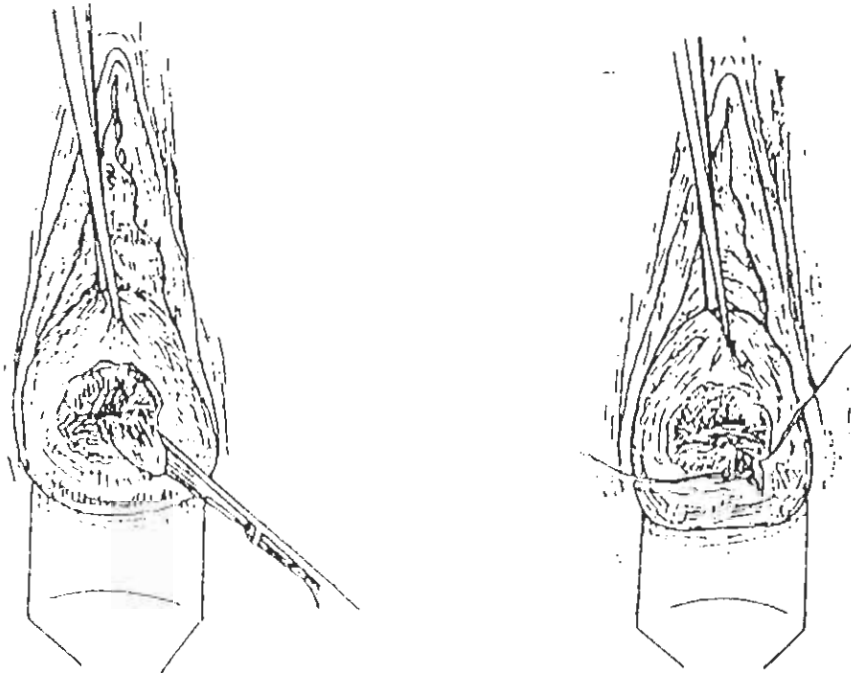
Ότι είπαμε παραπάνω δεν εφαρμόζεται στις πολύ προχωρημένες περιπτώσεις που μια βιοψία από οιοδήποτε μέρος της βλάβης θα δείξει καρκίνο και συνήθως τίποτε άλλο. Ακόμη και στις πιο προχωρημένες περιπτώσεις συνιστάται μια βιοψία για να καθορίσει τον ιστολογικό τύπο της βλάβης και να αποκλείσει καμία περίπτωση σπάνια φυματίωσης του τραχήλου



που μπορεί να μοιάζει με αυτή του καρκίνου του τραχήλου. Αν και η εκτίμηση στην κολποσκοπική και κυτταρολογική διάγνωση είναι μεγάλη η ιστολογική με τη βιοψία είναι η επιβεβαίωση για απόλυτη διάγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.<sup>3</sup>



**Εικ.1.** Ειδική λαβίδα βιοψίας για τον τράχηλο της μήτρας επιτρέπει την λήψη τεμαχίων ιστού από τις ύποπτες περιοχές χωρίς την δημιουργία μεγάλων τραυματισμών και αιμορραγιών



**Εικ.2.** Βιοψία τράχηλου της μήτρας **Εικ. 3.** Συρραφή τραυματικών χειλέων μετά από βιοψία του τραχήλου της μήτρας με νυστέρι

➤ **Μικροκολποϋστεροσκόπηση**

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

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

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

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

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

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

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

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

Πάντως δεν θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε τη μέθοδο αυτή σαν μέθοδο screening τουλάχιστον για τρεις λόγους:

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

### ➤ **Ιστοληψία τραχήλου**

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

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

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

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

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

### ➤ Αξονική τομογραφία

Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία ή αξονική τομογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που συνίσταται στη λήψη πολλών εγκάρσιων και διάφορου πάχους τομών του εξεταζόμενου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

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

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

Οι βασικές ενδείξεις της αξονικής τομογραφίας είναι:

- Ο έλεγχος της έκτασης κακοήθους νεοπλασίας του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.
- Η σταδιοποίηση της νεοπλασίας για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτή εκτιμάται με τα παρακάτω ευρήματα:
  1. Έκταση νεοπλασίας.
  2. Διήθηση στρωμάτων του λίκτους της πυέλου.
  3. Επέκτασεις σε γειτονικά όργανα (ουροδόχο κύστη, περιοριστική περιτονία).
  4. Μεταστάσεις στα πυελικά τοιχώματα και στους πυελικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες.

5. Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (συκώτι, οστά, πνεύμονες).
6. Υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα.<sup>13</sup>

### ➤ Υπέρηχοι στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

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

Η διάγνωση με τους υπερήχους στηρίζεται στην αρχή του Doppler. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, οι υπέρηχοι που κατευθύνονται από μια πηγή προς κάποιο κινούμενο ή ακίνητο αντικείμενο, προσκρούουν στο αντικείμενο αυτό και αντανακλώνονται προς τα πίσω με διαφορά όμως στο μήκος κύματος. Ειδική ηλεκτρονική συσκευή ενισχύει και καταγράφει τη διαφορά αυτή του μήκους κύματος.

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

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

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

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

Μια από τις πρώτες εφαρμογές των υπερήχων στη γυναικολογία ήταν η μελέτη των όγκων των εσωτερικών οργάνων. Οι υπέρηχοι επιτρέπουν σε μια αναλογία 80 έως 92% των περιπτώσεων να επιλυθούν βασικά διαγνωστικά

προβλήματα και πιο συγκεκριμένα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του όγκου και προσφέρουν χρησιμότες πληροφορίες για την υφή, τη σύσταση, την εντόπιση του όγκου και την ακριβή μέτρηση των διαστάσεών του. Είναι μια αξιόλογη παρακλινική εξέταση και σπουδαίο συμπλήρωμα της γυναικολογικής κλινικής εξέτασης, ιδίως όταν υπάρχει αρχόμενη εγκυμοσύνη ή μεγάλος πόνος στην κοιλιακή χώρα και τη λεκάνη.

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

Η επέκταση στο παραμήτριο εμφανίζεται σαν μια εικόνα ανομοιογενούς υφής και με ασαφή όρια. Η χρησιμοποίηση ειδικών ενδοκολπικών μετατροπών επιτρέπει την καλύτερη υπερηχητική διερεύνηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.<sup>13,14</sup>

### ➤ **Τραχηλογραφία**

Η τραχηλογραφία είναι μια μέθοδος screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Βασίζεται στη φωτογράφιση του τραχήλου, μετά από την εμβροχή του με διάλυμα οξεικού οξέος. Η μέθοδος περιγράφηκε το 1981 από τον Adolf Staffl.

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

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

από χρώση του τραχήλου με διάλυμα Iugol. Ακολουθεί η μελέτη των φωτογραφιών αυτών, που προβάλλονται σε οθόνη, σε τρόπο ώστε η εικόνα να αντιστοιχεί σε κολποσκοπικό είδωλο 1X16.

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

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

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

Η μέθοδος αυτή, αν και είναι γνωστή στην Ελλάδα, δεν έχει ακόμα εφαρμοσθεί.<sup>13</sup>

### ➤ **Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας**

Όταν η μεταβατική ζώνη του πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου δεν φαίνεται με το κολποσκόπιο, η βλάβη επεκτείνεται μέσα στον αυλό και τα πάνω όρια δεν φαίνονται ή αν το επίχρισμα, η κολποσκοπική εκτίμηση και η κατευθυνόμενη βιοψία δεν συμφωνούν τότε ενδείκνυται μια κωνοειδής βιοψία. Αν δεν υπάρχει κολποσκόπιο και δεν υπάρχει φανερή βλάβη στον τράχηλο ή μη χρωματισμένες περιοχές με δοκιμασία Schiller τότε ενδείκνυται μια διαγνωστική κωνοειδής εκτομή. Αυτή η κωνοειδής εκτομή λέγεται εκτομή με ψυχρό κώνο σε αντίθεση με το θερμό κώνο για τις φλεγμονώδεις καταστάσεις με τον ηλεκτροκαυτήρα. Η διαγνωστική κωνοειδής εκτομή χρησιμοποιείται όχι μόνο για τη διάγνωση του *in situ* καρκίνου αλλά εξ ίσου είναι βασικό για να αποκλείσει τη διήθηση του καρκίνου γιατί πάντα πρέπει να σκεπτόμαστε ότι το *in situ* καρκίνωμα συχνά υπάρχει στην περιφέρεια ενός πραγματικού διηθητικού καρκίνου.

Με την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου αφαιρείται ένα κωνικό σε σχήμα κομμάτι ιστού από τον τράχηλο που πρέπει να περιλαμβάνει όλη την περιοχή της βλάβης.

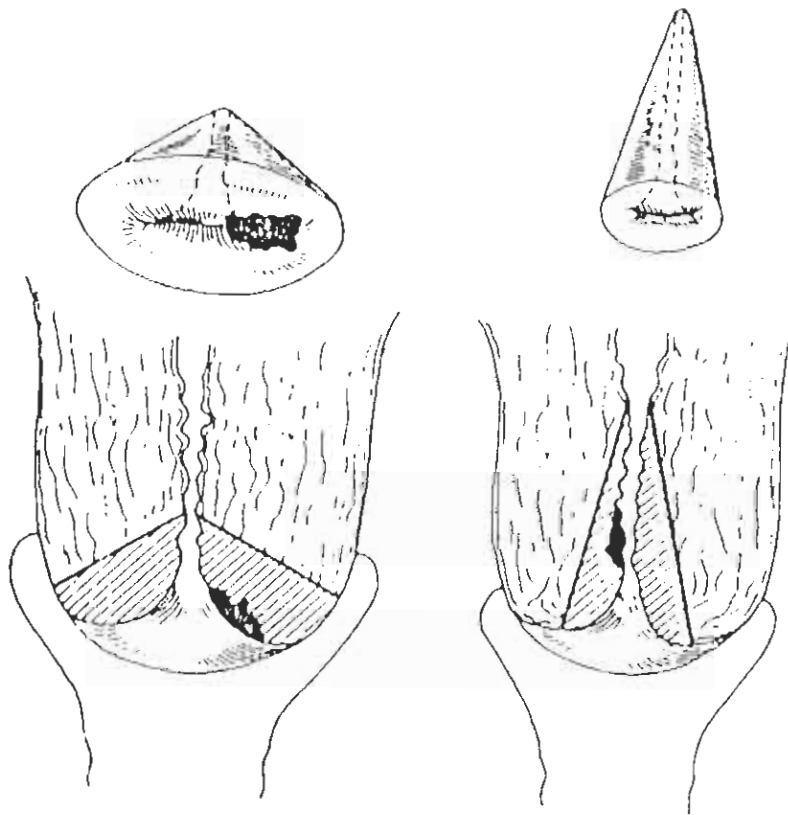
Πρέπει να είμαστε βέβαιοι:

- 1) ότι ο ιστός που αφαιρείται να αποκαλύπτει το ενδοτραχηλικό κυλινδρικό επιθήλιο όπως και το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου και το απαραίτητο υποκείμενο στρώμα και αδένες, και
- 2) να γίνουν πολλές και επαρκής αριθμός τομών και τμημάτων σε διάφορα επίπεδα για να βεβαιωθούμε ότι δεν μας ξεφεύγει μια μικρή περιοχή με πρώιμο διηθητικό καρκίνο.

Η πρώτη από αυτές τις προφυλάξεις φαίνονται μόνες τους γιατί οι νεοπλαστικές βλάβες είναι πολύ σοβαρές στην περιοχή της ζώνης μετάπτωσης των επιθηλίων. Όσον αφορά για το δεύτερο σκέλος αυτό αφορά το παθολογοανατόμο που πρέπει η έκθεσή του να δίνετε σε όσες περισσότερες τομές.



Με τη χρήση της κολποσκόπησης σαν μέθοδος ρουτίνας σε πολλά κέντρα παρατηρήθηκε πτώση των βιοψιών με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου. Σε έγκυες γυναίκες η νοσηρότητα ελάττωσε τη μέθοδο σ' αυτή την ομάδα των ασθενών όταν το Pap-test και η κολποσκοπική χρήση κατάφεραν να αποδείξουν ότι δεν χρειάζεται κωνοειδής εκτομή στις έγκυες γυναίκες.<sup>3</sup>



Τεχνική κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου. Το σχήμα και οι διαστάσεις του κώνου εξαρτώνται από το σημείο μεταπτώσεως του κυλίνδρου στο πλακώδες επιθήλιο. Σε νεώτερες γυναίκες έχει πλατύτερη βάση και είναι πιο επιφανειακή τομή, ενώ στις μεγαλύτερες έχει μικρότερη βάση αλλά πρέπει να περιλαμβάνει περισσότερο ιστό από την τραχηλική κοιλότητα μέχρι το έσω στόμιο

➤ **Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις**

- Γενική αίματος
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας.
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.
- Πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα (SCCA) καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων. Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου.<sup>6</sup>

**- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Αυτή θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, την τραχηλική φυματίωση, τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, το νεκρωμένο έμμιο υποβλεννογόνο ινομύωμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο κ.λ.π.<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Προληπτική θεραπεία
- Χειρουργική θεραπεία
  - Ακτινοθεραπεία
- Αντιμετώπιση του καρκίνου με Laser CO<sub>2</sub>
  - Βραχυθεραπεία
  - Χημειοθεραπεία
- Παρηγορητική θεραπεία
- Δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα γεννητικού συστήματος μετά ακτινοθεραπεία καρκίνου τραχήλου μήτρας

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

## **- ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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

### **□ Προληπτική θεραπεία**

Η προληπτική θεραπεία συνίσταται στον περιοδικό έλεγχο του τραχήλου, με λήψη επιχρισμάτων προς κυτταρολογικό έλεγχο με τη μέθοδο Παπανικολάου. Ο έλεγχος αυτός στις ημέρες μας κατέβασε αισθητά τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων επιχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης.

Η συμβολή του αείμνηστου συμπατριώτη μας Γ. Παπανικολάου, του θεμελιωτή της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε μεγάλη.

Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός σε κάθε βαλάντιο. Απομένει η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης. Και αυτό δεν είναι μονάχα χρέος του γιατρού, της μαίας, της αδελφής, είναι χρέος και των αρμόδιων υπηρεσιών του κράτους «κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρείται ως αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού» αναφέρει ο Fegeri.

Ο τακτικός έλεγχος των γυναικών, που πέρασαν τα τριάντα και ιδιαίτερα όσων παντρεύτηκαν μικρές ή είχαν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι απαραίτητος. Περισσότερα αναφέρονται στο ειδικό κεφάλαιο των διαγνωστικών μεθόδων.

□ **Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις:

1. **Κρυοπηξία.** Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και το καρκίνωμα *in situ* μπορούν να αντιμετωπισθούν με καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης στην οποία αναπτύσσονται. Αυτή πρέπει να γίνει σε βάθος 7 χιλ. τουλάχιστον, για να καταστραφούν οι δυσπλαστικές εστίες στους αδένες. Προϋπόθεση αποτελεί η καλή εκτίμηση της έκτασης της βλάβης και της βαρύτητας για να μην διαφύγει από την προσοχή διηθητικός καρκίνος. Αυτά απαιτούν κολποσκόπηση από έμπειρο γυναικολόγο, πολλαπλές βιοψίες από αντιπροσωπευτικά σημεία της βλάβης και ενδοτραχηλική απόξεση. Η καταστροφή της ζώνης μετάπτωσης μπορεί να γίνει με κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση με διαθερμία και εξάχνωση με ακτίνες laser. Η κρυοπηξία έχει το μειονέκτημα του μη ελέγχου του βάθους της καταστροφής και αντενδείκνυται σε βλάβες μεγάλης έκτασης. Τα θεραπευτικά αποτελέσματά της κυμαίνονται στο 80-90%. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση.

Η κρυοπηξία από τους περισσότερους αποφεύγεται και προτιμάται η εκτομή της βλάβης, ως περισσότερο ασφαλής.

2. **Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου.** Αυτή θα την εκτελέσουμε σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μη τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Κατά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του.

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

Επειδή, η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη. Νεότερη μέθοδο αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (LLETZ - Large Loop Excision of Transformation Zone).

3. **Ακρωτηριασμό του τραχήλου.** Αυτόν θα τον εκτελέσουμε στις ίδιες με τις παραπάνω περιπτώσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκυνσης του τραχήλου. Θα τον συνδυάσουμε με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια, όπως στην κωνοειδή εκτομή.

4. **Απλή υστερεκτομία.** Αυτή θα την εκτελέσουμε:

α) Σε νέες γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για το φόβο εγκατάλειψης μικρών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρηση της μήτρας δεν προκαλεί σ' αυτές ψυχολογικά προβλήματα, όσο σ' όσες δεν γέννησαν ακόμη. Έχει ένδειξη και σε διηθητικό καρκίνο όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 χιλ.

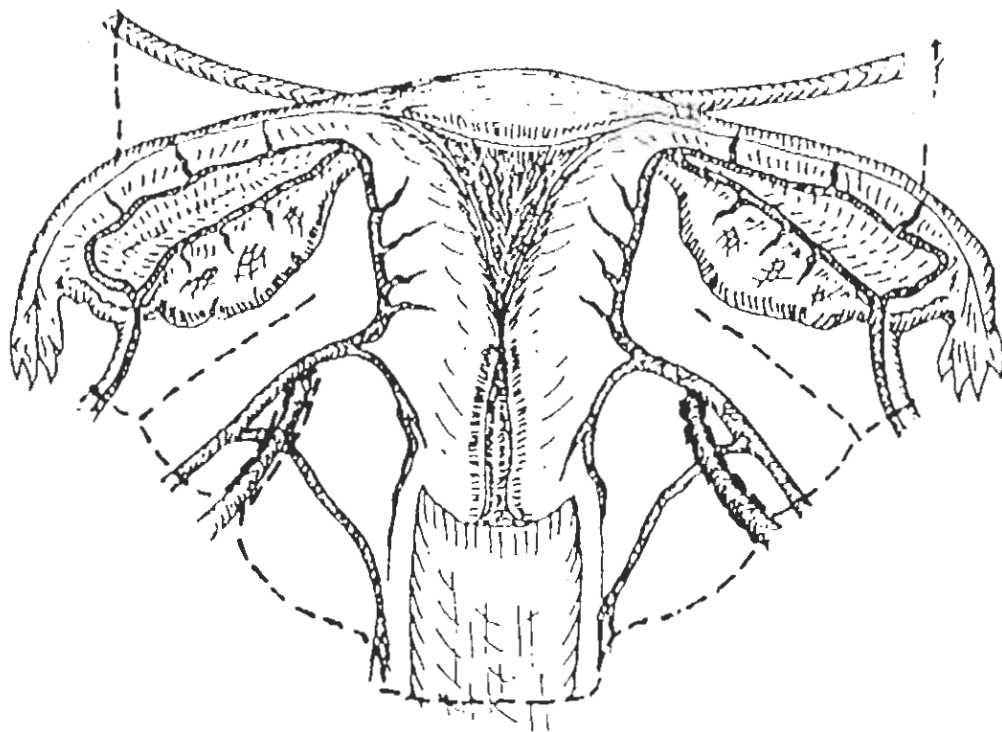
β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες, θα την εκτελέσουμε στο *in situ* καρκίνωμα και στο στάδιο Ia, όταν η διήθηση είναι κάτω από 3 χιλ., πρώτα γιατί οι μεταστάσεις σπανίζουν, κι ύστερα, για να τις απαλλάξουμε από το άγχος της συχνής παρακολούθησης. Επίσης, εύκολα θα την αποφασίσουμε σ' αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση του κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάμε την κολπική υστερεκτομία.

Αν η γυναίκα είναι κάτω από 45 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες.

5. **Ριζική υστερεκτομία** (υστερεκτομία τύπου III). Αυτή θα την εκτελέσουμε στο στάδιο Ia, όταν το βάθος διήθησης πέρασε τα 5 χιλ. και έχει διάμετρο 1-3 εκ., και στο στάδιο Ib συνδυασμένη με πνευλική λεμφαδενεκτομία και βιοψία των παραορτικών λεμφαδένων. Εάν η διήθηση πέρασε τα 5 χιλιοστά και δεν έχει γίνει λεμφαδενεκτομία ή υπάρχουν διηθημένοι πνευλικοί λεμφαδένες, τότε, μετά την εγχείριση θα συστήσουμε

ακτινοθεραπεία. Ριζική υστερεκτομία δυνατό να εκτελέσουμε και στο στάδιο IIa, όταν ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 3 εκ., και θα συστήσουμε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

Η ριζική υστερεκτομία αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς και λεμφαδενεκτομία. Σε νέες γυναίκες, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο I και II. Επιπλοκές της επέμβασης αποτελούν το ουρητηροκολπικό συρίγγιο, από τραυματισμό ή νέκρωση του ουρητήρα λόγω απαγγείωσής του και ατονία της ουροδόχου κύστης.



*Σχηματική αναπαράσταση των ιστών που απομακρύνονται με την ριζική ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα.*

6. **Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία** (υστερεκτομία τύπου II). Αυτή θα την εκτελέσουμε όταν το βάθος διήθησης είναι κάτω από 5 χιλ. και έχει διάμετρο κάτω από 1 εκ. Η εγχείρηση περιλαμβάνει την εξαίρεση των παραμητρίων, των ιερομητριάων συνδέσμων και του κόλπου σε μικρότερη έκταση από τη ριζική υστερεκτομία. Επίσης, περιλαμβάνει και πυελική λεμφαδενεκτομία.

Την εγχείρηση πρότεινε πρώτος ο Werthein, ο οποίος εξαιρούσε μόνο τους διογκωμένους λεμφαδένες.

Οι ριζικές υστερεκτομές απαιτούν πείρα και εγχειρητική ικανότητα από μέρους του χειρουργού, γιατί οι επιπλοκές κατά την εγχείρηση και μετεγχειρητικά είναι σοβαρές.

7. **Εξεντέρωση**. Αν και ο όρος δεν αποδίδει την πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση, που εκτελούμε σε υποτροπές μετά την ακτινοθεραπεία και όταν η διήθηση δεν αφορά στα κοιλιακά τοιχώματα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες. Με την εγχείρηση πετυχαίνουμε την εκκένωση της πυέλου από τα γεννητικά όργανά της με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύση έδρας.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunschwing, και που έχει άμεση θνησιμότητα μέχρι 10%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο) και σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομία) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης, και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητών στο έντερο και κολοστομία).

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου απαιτεί ορθή προεγχειρητική εκτίμηση του σταδίου, στο οποίο αυτός βρίσκεται. Και μεγάλης πείρας γυναικολόγοι, είναι δυνατό να αποτύχουν σε μία τέτοια εκτίμηση σε συχνότητα 30%. Η πραγματική εκτίμηση του σταδίου γίνεται μόνο κατά την εκτέλεση της εγχείρησης. Πριν από την εγχείρηση απαιτείται πάντα, όπως και σε κάθε μεγάλη εγχείρηση, έλεγχος όλων των



συστημάτων του οργανισμού και ιδιαίτερα του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού και του ουροποιητικού.

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

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

#### □ **Ακτινοθεραπεία**

Αυτή θα τη συστήσουμε σε όλα τα στάδια όταν η διήθηση περνάει τα 3 εκ. ή όταν η ασθενής κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία. Αποτελεί θεραπεία εκλογής στα στάδια IIβ-IV και σε υποτροπές μετά από εγχείρηση.

Είναι προτιμότερο να εφαρμοσθεί μόνη της παρά μετά από μία περιορισμένη εγχείρηση, γιατί τα αποτελέσματά της υστερούν και οι επιπλοκές είναι περισσότερες.

Συνήθως γίνεται εξωτερικά σε δόσεις, που κυμαίνονται από 4.500-5.000 rads και ακολουθεί ενδοκοιλοτική θεραπεία (στον κόλπο, τράχηλο και μήτρα), με ειδικές συσκευές και σε δόσεις 2.500-3.000 rads. Σκοπός της είναι η ολική ακτινοβολία, που θα πάρουν τα παραμήτρια, να είναι 7.500-8.000 rads και το πλάγιο πυελικό τοίχωμα με τους λεμφαδένες 4.500-6.500 rads. Σε μερικές περιπτώσεις ακτινοβολούνται και οι παραορτικοί λεμφαδένες.

Αν και επιδιώκεται η εφαρμογή ενός είδους θεραπείας, εγχειρητικής ή ακτινοθεραπείας, μόνο σε μερικές περιπτώσεις ενδείκνυται ο συνδυασμός τους.

Μετεγχειρητικά έχει ένδειξη η ακτινοθεραπεία όταν έχει γίνει μόνο απλή υστερεκτομία, όταν τα όρια εξαίρεσης είναι διηθημένα και όταν υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες.

Εγχείρηση μετά την ακτινοθεραπεία ενδείκνυται σε όγκους διαμέτρου μεγαλύτερης από 6 εκ. ή σε περιπτώσεις στις οποίες έχει αποτύχει η ακτινοθεραπεία. Μετά την ακτινοθεραπεία δεν μπορεί να γίνει ριζική υστερεκτομία, γιατί οι επιπλοκές, κυρίως από τους ουρητήρες, είναι συχνές γι' αυτό απαιτείται απλή υστερεκτομία ή εξεντέρωση.

Άμεσες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας είναι ο πυρετός, οι δερματικές αντιδράσεις, οι κυστίτιδες και οι διάρροιες και απώτερες η στένωση του κόλπου, βλάβες του λεπτού εντέρου και ορθοκολπικά συρίγγια.<sup>8</sup>

#### □ Αντιμετώπιση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας και του κόλπου με LASER CO<sub>2</sub>

Οι ακτίνες laser CO<sub>2</sub> εισήχθησαν στη χειρουργική γυναικολογία το 1973 και μετά από 4 χρόνια άρχισε η χρησιμοποίησή τους για τη συντηρητική αντιμετώπιση τη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου και του κόλπου (CIN, VAIN). Τα πλεονεκτήματα της χρησιμοποίησης των laser CO<sub>2</sub>, είναι:

- (α) Δεν διαταράσσεται η αρχιτεκτονική του τραχήλου και του κόλπου.
- (β) Ελαττώνεται ο χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο.
- (γ) Η απώλεια αίματος είναι ελάχιστη.
- (δ) Μπορεί να γίνει επί βάσεως εξωτερικού ιατρείου.
- (ε) Δεν είναι απαραίτητη πάντα η γενική νάρκωση.

Από τον Ιανουάριο 1986 μέχρι το Δεκέμβριο 1987, 66 γυναίκες αντιμετωπίστηκαν στο Κέντρο του Μαιευτηρίου Αθηνών. Τριάντα δύο με CIN III (17 με καρκίνωμα in situ και 15 με βαριά δυσπλασία), 10 με CIN II, οκτώ με CIN I και 6 με VAIN II-III. Σε όλες τις γυναίκες έγινε κυτταρολογική διαβάθμιση της νόσου και η δ'άγνωση τέθηκε ιστολογικά μετά από κατευθυνόμενη βιοψία με τη βοήθεια κολποσκοπίου.

Δια του κολποσκοπίου εντοπίζονταν επακριβώς η έκταση και τα όρια της νόσου, για τις περιπτώσεις CIN και VAIN, ενώ για τις CIN εντοπίζονταν το σημείο μετάπτωσης του πλακώδους προς κυλινδρικό επιθήλιο (squamo –

columnar junction) και σχεδιαζόταν το σχήμα του κώνου που θα αφαιρείτο (διάμετρος βάσης, ύψος κώνου). Καμία από τις γυναίκες δεν παρουσίασε υποτροπή της νόσου στο μέχρι τώρα διάστημα της παρακολούθησής τους. Πέντε από τις γυναίκες με CIN III έμειναν έγκυες στον πρώτο και δεύτερο κύκλο προσπάθειας μετά παρέλευση 5 μηνών από τη θεραπεία.<sup>15</sup>

□ **Βραχυθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τη μέθοδο της μεταφορτίσεως**

Η κύρια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία συνδυασμένη συχνά με ακτινοβολία εξωτερικής δόσης. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται η χορήγηση στον όγκο υψηλής δόσης ακτινοβολίας ενώ οι γύρω υγιείς ιστοί δεν ακτινοβολούνται υπέρμετρα.

Αρχικώς στη μέθοδο αυτή χρησιμοποιήθηκε το ράδιο το οποίο όμως τα τελευταία χρόνια αντικαταστάθηκε από άλλες ραδιενεργείς πηγές όπως το καίσιο και το κοβάλτιο. Επίσης, η μέθοδος εφαρμογής που αρχικά εγίνετο δια των χειρών, αντικαταστάθηκε από τη μέθοδο της τηλεχειριζόμενης μεταφόρτισης. Με τις τροποποιήσεις αυτές αποφεύγεται η έκθεση του προσωπικού στην ακτινοβολία, ενώ η προκύπτουσα χρονική άνεση κατά τους χειρισμούς επιτρέπει την ιδανικότερη τοποθέτηση των εφαρμογών και κατά συνέπεια την καλύτερη κατανομή της δόσης στην ακτινοβολητέα περιοχή.<sup>16</sup>

### ➤ Χημειοθεραπεία

Τη χημειοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου θα την συστήσουμε πριν ή μαζί με ακτινοθεραπεία σε όλα α στάδια μετά το Ιβ, όταν οι μεταστάσεις έφτασαν στους παραορτικούς λεμφαδένες, και ως παρηγορητική σε υποτροπές ή μακρινές μεταστάσεις.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε, είναι: σισπλατίνη (cisplatin, planitol, platamine), βινκριστίνη (vincristin), μιτομυκίνη (mitomycin), μεθοτρεξάτη (methotrexate), ιφωσφαμίδη (ifosfamide) κ.λ.π. Η χημειοθεραπεία είναι έργο του χημειοθεραπευτή.<sup>8</sup>

Η χημειοθεραπεία δεν επηρεάζει τους απογόνους. Έρευνα από το Πανεπιστήμιο του Μιτάφαλο, Η.Π.Α., κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία δεν πρέπει να φοβούνται ότι τα παιδιά που θα αποκτήσουν αργότερα κινδυνεύουν να παρουσιάσουν βλάβες στο γενετικό υλικό τους.

Οι ερευνητές παρακολούθησαν 405 ασθενείς, ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο μεταξύ του 1960 και του 1989.

Μετά μια πενταετία από τη διάγνωση της νόσου 148 ασθενείς ανέφεραν ότι περίμεναν απογόνους (91 απ' αυτούς είχαν πιο πριν ολοκληρώσει χημειοθεραπευτική αγωγή).

Κανένα από τα παιδιά αυτών των ασθενών δεν παρουσίασε ως σήμερα καρκίνο, ενώ το ποσοστό των εμβρυϊκών δυσπλασιών βρέθηκε να είναι 3,3% δηλαδή χαμηλότερο από το αντίστοιχο μέσο ποσοστό του γενικού πληθυσμού (3,9%)<sup>17</sup>

### ➤ Παρηγορητική θεραπεία

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν πρόλαβαν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν από αυτόν μπορούμε ν' ανακουφίσουμε αυτή από τους πόνους, που

προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή, που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα.

Στις ημέρες μας η ανάγκη επέβαλε την ίδρυση Ειδικών Κέντρων Ανακούφισης του πόνου των καρκινοπαθών.<sup>8</sup>

### ➤ **Δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλάσματα γεννητικού συστήματος μετά ακτινοθεραπεία του τραχήλου της μήτρας**

Το πρόβλημα των δευτέρων πρωτοπαθών νεοπλασμάτων σε ασθενείς μετά από επιτυχή θεραπεία για άλλο νεόπλασμα είναι στο προσκήνιο τα τελευταία έτη.

*O J. Fry είπε ότι: «ο άνθρωπος ζει με πολλούς κινδύνους και ακόμη και η θεραπεία των ασθενειών έχει τους κινδύνους της».*

Τα δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλάσματα θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα γενετικών, περιβαλλοντολογικών και ιατρογενών παραγόντων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των.

Από τότε που χρησιμοποιήθηκε η ακτινοθεραπεία, στην αντιμετώπιση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων, πολλές μελέτες έχουν εκτιμήσει την καρκινογόνο δράση της ακτινοβολίας στα διάφορα όργανα. Τα συμπεράσματα των μελετών αυτών επιβεβαιώθηκαν σε μελέτες των επιζώντων της ατομικής βόμβας, αν και υπάρχουν διαφορές.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω:

1. Το νεόπλασμα μετά ακτινοβολία εμφανίζεται 5-10 έως 30 και πλέον έτη μετά.
2. Η λευχαιμία έχει τη συντομότερη λανθάνουσα περίοδο με το μέγιστο 6-8 έτη.
3. Η κατανομή σε ηλικία είναι παρόμοια με την χαρακτηριστική για το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου.
4. Δεν έχει καθοριστεί ουδός (δόση που δεν έχει βιολογικά αποτελέσματα).

5. Η ηλικία κατά την έκθεση είναι σημαντικός παράγων στην ανάπτυξη νεοπλασματος. Όσο νεότερος ο ασθενής τόσο αυξάνει η πιθανότητα δεύτερου νεοπλασματος.

Οι ασθενείς, με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που ακτινοβολήθηκαν, είναι η ομάδα ασθενών που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα από πολλά έτη για την πιθανότητα ανάπτυξης δεύτερων πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Αυτό συμβαίνει επειδή υπάρχουν αρκετοί ασθενείς που επιζούν μετά τη θεραπεία (5ετής επιβίωση 80% για Στάδιο I, 50-70% για Στάδιο II) και μπορεί να γίνει σύγκριση με μη ακτινοβοληθέντες ασθενείς που υποβλήθηκαν μόνο σε εγχείρηση.

Μελέτη βασισμένη σε αρχεία νεοπλασιών στην Σκανδιναβικών χωρών, Η.Π.Α. και Αγγλίας, με 182.000 γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία (χειρουργική ή ακτινοθεραπεία) για καρκίνο τραχήλου, έδειξε 9% συχνότερη εμφάνιση δεύτερου νεοπλασματος 1 ή περισσότερα έτη μετά τη θεραπεία, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Είναι, βέβαια, γνωστό ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες καρκίνου του τραχήλου, που είναι το κάπνισμα και ιός κονδυλωμάτων, προκαλούν καρκίνο του πνεύμονα, ουροδόχου κύστεως, αιδοίου και κόλπου.

Στις 82.000 ασθενείς που ακτινοβολήθηκαν οι μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας δεν επηρέασαν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός δευτέρου πρωτοπαθούς νεοπλασματος – μόνο 5% μπορούσε να αποδοθεί στην ακτινοθεραπεία.

Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης δευτέρου νεοπλασματος στην πύελο μετά ακτινοβολία για καρκίνο τραχήλου μήτρας αυξάνεται με τον χρόνο και παραμένει αυξημένος 30 και πλέον έτη μετά, γεγονός που συνηγορεί για ακτινική καρκινογένεση. Ο σχετικός κίνδυνος ξεπέρασε τη μονάδα μετά τα 10 έτη με διαρκή τάση ανόδου και υπολογίσθηκε σε 1,9 στα 30 έτη για όργανα της πυέλου.

Στη μελέτη του Storm, βασισμένη στο Δανέζικο αρχείο νεοπλασιών, δείχθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για όλα τα δεύτερα νεοπλασματα στις ακτινοβολημένες γυναίκες είναι 1,1. Αυτό οφείλεται στη μείωση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, που αποδίδεται στη διακοπή της

ωοθηκικής λειτουργίας με την ακτινοβολία. Οι ασθενείς κάτω των 30 ετών δείχθηκε ότι είχαν σημαντικά μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης δευτέρου νεοπλασματος που ανέρχεται σε 3,9. Μια από τις ασθενείς μας ήταν μικρότερη των 30 ετών.

Όσον αφορά τα δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλασματα της μήτρας παρατηρείται άνοδος του σχετικού κινδύνου, που φθάνει τα 2,1 στα 30 έτη. Έχει δειχθεί αύξηση του καρκίνου της μήτρας μετά ακτινοβολία για καλοήθεις γυναικολογικές παθήσεις, αλλά όχι σε επιζώντες της ατομικής βόμβας.

Τα νεοπλασματα αυτά είναι 80% αδενοκαρκινώματα και 17% σαρκώματα (που συνήθως είναι 1-6%) με τον κακοήγη μικρό μυλλεριανό όγκο να απαντάται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%.

Όσον αφορά τον καρκίνο της ωοθήκης αυτός έχει βρεθεί αυξημένος ιδιαίτερα μετά τα 20, έτη σε ασθενείς που ακτινοβολήθηκαν για καρκίνο του τραχήλου. Δεν έχει βρεθεί στη μελέτη του Storm αυξημένος και σε επιζώντες της ατομικής βόμβας.

Αυξάνονται σημαντικά τα δεύτερα νεοπλασματα του αιδοίου και κόλπου που έχουν κοινή αιτιολογία με τον καρκίνο του τραχήλου (ιός κονδυλωμάτων, χρόνιας ερεθισμός) με σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης 5,8 στα 30 έτη.

Συμπερασματικά, η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ίαση πολλών ασθενών. Έχει παρατηρηθεί όμως αυξημένος κίνδυνος για δεύτερα πρωτοπαθή νεοπλασματα, ιδιαίτερα σε όργανα της πυέλου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης δεύτερων νεοπλασμάτων είναι σημαντικά μεγαλύτερος για άτομα που ακτινοβολούνται σε ηλικία κάτω των 30 ετών και συνεχίζεται μέχρι 30 και πλέον έτη, χωρίς να υπάρχει ένδειξη ότι παύει ποτέ.

Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και πρέπει να προτιμάται η χειρουργική αντιμετώπιση στα νέα άτομα.<sup>18</sup>

## - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

### **Στάδιο 0 (Επιθηλιακού τύπου καρκίνωμα)**

*Καρκίνωμα in situ (ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα)*

#### **Θεραπεία εκλογής**

Υπάρχουν τέσσερις εναλλακτικοί τρόποι για να αντιμετωπιστεί ο όγκος σ' αυτό το πρόωρο στάδιο. Η κατάψυξη του τραχήλου της μήτρας (κρυοθεραπεία), που μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ιατρείο, παρουσιάζει αμελητέο ποσοστό επιπλοκών. Η θεραπεία με λέιζερ συνήθως αφορά μεγαλύτερης έκτασης βλάβες. Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου δεν εφαρμόζεται μόνο ως θεραπεία ίασης αλλά και στις περιπτώσεις όπου με την κολποσκόπηση αδυνατούμε να διακρίνουμε το ενδεχόμενο δυσπλασίας ή διηθητικού καρκινώματος.

Για τις γυναίκες που δεν πρόκειται να ξαναγεννήσουν ή παρουσιάζουν αρκετές υποτροπές της νόσου, συχνά συνίσταται ολική αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή).

### **Στάδιο 0 (Αδενοκαρκίνωμα)**

#### **Θεραπεία εκλογής**

Συχνά είναι δύσκολο να διαγνωσθεί αδενοκαρκίνωμα in situ (περιοριζόμενο δηλαδή στον τράχηλο). Η διάγνωση συνήθως τίθεται με βιοψία τραχήλου ή ενδοτραχηλική απόξεση. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται κωνοειδής εκτομή τραχήλου, ώστε να αποκλειστεί η περίπτωση του διηθητικού καρκινώματος.

Αν οι γυναίκες θέλουν να διατηρήσουν την ικανότητα τεκνοποίησης, η νόσος θεραπεύεται με κωνοειδή εκτομή, εφόσον βέβαια δεν υπάρχει καμία ένδειξη νόσου στα όρια του ιστού που αφαιρείται χειρουργικά. Ακόμα όμως και



σ' αυτήν την περίπτωση, ένα αδenoκαρκίνωμα in situ ή ένα διηθητικό αδenoκαρκίνωμα μπορεί να προσβάλλει και τη βάση του τραχήλου, παρότι τα όρια της κωνοειδούς εκτομής περιείχαν φυσιολογικό ιστό.

Για τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει την τεκνοποίηση, η θεραπεία εκλογής είναι η απλή υστερεκτομή.

- Πενταετής επιβίωση 100%.

### **Στάδιο Ια1**

Στο στάδιο I ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο. Στο Στάδιο Ια ο καρκίνος του τραχήλου διαγιγνώσκεται μόνο ιστολογικά (με το μικροσκόπιο). Το εν λόγω στάδιο διαιρείται σε δύο υποκατηγορίες, ανάλογα με το βάθος διήθησης του τραχήλου. Κατά το Στάδιο Ια1 υπάρχει ελάχιστη διήθηση που διαπιστώνεται ιστολογικά.

#### **Θεραπεία εκλογής**

Η νόσος αυτού του σταδίου αντιμετωπίζεται συνήθως με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή υστερεκτομή.

- Πενταετής επιβίωση 100%.

### **Στάδιο Ια2**

Το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 5 mm από την επιφάνεια και είναι μικρότερο των 7 mm σε πλάτος.

#### **Θεραπεία εκλογής**

Όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3 mm από την επιφάνεια και δεν υπάρχει συμμετοχή του αγγειακού χώρου, εκτελείται

συνήθως κοιλιακή υστερεκτομή. Σε νεότερες γυναίκες δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν οι ωοθήκες. Η πενταετής επιβίωση είναι 100%.

Η θεραπεία στις γυναίκες με καρκίνο που διηθεί τον τράχηλο σε βάθος μεγαλύτερο των 3 mm ή σε μικρότερο βάθος αλλά με αγγειακή συμμετοχή είναι η ίδια με τη θεραπεία του Σταδίου Ιβ.

- *Πενταετής επιβίωση 80% έως 90%.*

**Πειραματική.** Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου μπορεί να επιφέρει ίση σε γυναίκες με βλάβες που διηθούν τον τράχηλο σε βάθος μικρότερο των 3 mm και δεν έχουν αγγειακή συμμετοχή, με την προϋπόθεση ότι τα όρια της κωνικής βιοψίας δεν είναι διηθημένα. Αυτή η θεραπεία είναι κατάλληλη για γυναίκες που επιθυμούν να παραμείνουν γόνιμες ή να αποφύγουν την υστερεκτομή.

## **Στάδιο Ιβ**

Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από αυτές του Σταδίου Ια<sub>2</sub> αλλά εξακολουθούν να περιορίζονται στον τράχηλο.

## **Θεραπεία εκλογής**

Υπάρχουν δύο εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας. Η μία μέθοδος είναι η ριζική υστερεκτομή με συνοδό αφαίρεση των πυελικών λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα. Ο άλλος τρόπος είναι η εξωτερική ακτινοβολία (συνολική δόση 4.000 cGy χορηγούμενη διακεκομμένα πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και για διάστημα πέντε (5) εβδομάδων) που ακολουθείται από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου για δύο (2) ημέρες, επαναλαμβανόμενη έπειτα από δύο (2) εβδομάδες. Οι δύο μέθοδοι έχουν τα ίδια ποσοστά ίασης, οπότε η επιλογή εξαρτάται από την εξειδίκευση του ιατρού, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Συνήθως οι μικρής έκτασης βλάβες αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ενώ οι μεγάλοι όγκοι με ακτινοβολία. Οι μεταστάσεις στους πυελικούς λεμφαδένες

αντιμετωπίζονται συνήθως με ακτινοθεραπεία πυέλου επί πέντε (5) εβδομάδες, αφού προηγηθεί χειρουργική επέμβαση.

Οι μεγάλες βλάβες που περιορίζονται στον τράχηλο αντιμετωπίζονται με εξωτερική ακτινοβολία πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και επί πέντε (5) εβδομάδες. Έπειτα από δύο (2) εβδομάδες εισάγεται ραδιενεργό καίσιο και έξι (6) εβδομάδες αργότερα ακολουθεί υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση.

- Πενταετής επιβίωση 80% - 90%.

## **Στάδιο Ια**

Κατά το στάδιο αυτό ο καρκίνος είτε επεκτείνεται πέραν του τραχήλου (αλλά όχι στο τοίχωμα της πυέλου) είτε προσβάλλει τον κόλπο (αλλά όχι το κατώτερο τριτημόριο). Κατά το Στάδιο Ια δεν υπάρχει εμφανής προσβολή των ιστών που περιβάλλουν τον τράχηλο (παραμήτρια), προσβάλλονται όμως τα άνω δύο τρίτα του κόλπου.

## **Θεραπεία εκλογής**

Η καθιερωμένη θεραπεία περιλαμβάνει είτε ριζική υστερεκτομή και αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου είτε εξωτερική ακτινοβολία ακολουθούμενη από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καϊσίου μία ή δύο φορές. Στις γυναίκες με εκτεταμένες βλάβες στον τράχηλο ασκείται ορισμένες φορές προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (4.000 cGΥ χορηγούμενη σε διακεκομμένες δόσεις για πάνω από πέντε (5) εβδομάδες, δύο (2) εβδομάδες αργότερα εισάγεται ενδοτραχηλικό ραδιενεργό καίσιο για 72 ώρες). Ακολουθεί υστερεκτομή και λαμβάνεται δείγμα λεμφαδένων για βιοψία.

Οι γυναίκες με μεταστατική νόσο στους πυελικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με εξωτερική ακτινοθεραπεία πυέλου για πέντε (5) εβδομάδες μετά την επέμβαση.

- Πενταετής επιβίωση περίπου 75 - 80%.

## **Στάδιο IIb**

Κατά το στάδιο αυτό υπάρχει εμφανής προσβολή των παραμητρίων, όχι όμως και επέκταση στο τοίχωμα της πυέλου.

### **Θεραπεία εκλογής**

Εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί πέντε (5) εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο (2) φορές, σε διάστημα 36 έως 48 ωρών

- Πενταετής επιβίωση 66% ως 80%.

### **Πειραματική**

- Ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin –C ή bleomycin + mitomycin-C).
- Αξιολογούνται τα αποτελέσματα από τη διάμεση ακτινοθεραπεία με περιοδική εμφύτευση στον όγκο ραδιενεργού ιριδίου.
- Επίσης μελετάται η υπερθερμία, μία μέθοδος όπου χρησιμοποιείται ακτινοθεραπεία και θερμότητα.

## **Στάδιο IIIa ή IIIb**

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα, προσβάλλει το κάτω τριτημόριο του κόλπου ή αποφράσσει τον έναν ή και τους δύο ουρητήρες. Στο Στάδιο IIIa δεν υπάρχει επέκταση στο πυελικό τοίχωμα, αλλά ο όγκος προσβάλλει το κάτω τριτημόριο του κόλπου. Στο στάδιο IIIb ο όγκος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα και παρατηρείται απόφραξη του ενός ή και των δύο ουρητήρων ή ανενεργός νεφρός.

### **Θεραπεία εκλογής**

Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται σε εξωτερική ακτινοβολία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο (2) φορές.

- Πενταετής επιβίωση 60%.

**Πειραματική.** Όπως και στο Στάδιο IIβ.

### **Στάδιο IV**

Το Στάδιο IV ορίζεται όταν ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε απομακρυσμένα όργανα πέραν της πυέλου ή έχει προσβάλει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Το Στάδιο IVa σημαίνει ότι έχει αποδειχθεί με βιοψία η διήθηση είτε της ουροδόχου κύστης είτε του ορθού.

### **Θεραπεία εκλογής**

Το στάδιο αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και/ή του ορθού (πυελική εκσπλάχνωση).

- Πενταετής επιβίωση 20% - 30%.

**Πειραματική.** Ακτινοθεραπεία με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία.

### **Στάδιο IVb**

Στο στάδιο αυτό υπάρχει διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα.

## Θεραπεία εκλογής

Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου στην πύελο ή στις μεμονωμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι χρήσιμα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά σπάνια θεραπεύουν τη νόσο. Σ' αυτά συγκαταλέγονται η cisplatin ή carboplatin, όπου το ποσοστό ανταπόκρισης είναι 15%-25%, και η ifosfamide, με αντίστοιχο ποσοστό περί το 30%.

Στους συνδυασμούς χημειοθεραπείας που περιλαμβάνουν cisplatin + etoposide + bleomycin το ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται στο 50%. Άλλοι συνδυασμοί φαρμάκων που έχουν χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με μεταστατική νόσο είναι: mitomycin-C + 5-fluorouracil + cisplatin, Velban + bleomycin + cisplatin και cisplatin ή carboplatin + ifosfamide.

**Πειραματική.** Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθιερωμένη θεραπεία έχουν δοκιμαστεί σε διαφορετικούς συνδυασμούς και δόσεις.<sup>6</sup>

## - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αυτή δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης, από τη μορφή του νεοπλασματος και από την ηλικία της άρρωστης, όσο από το στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος, όταν άρχισε η θεραπεία του, και από τις επιπλοκές, που ακολούθησαν τη θεραπεία.

Η επιβίωση μετά 5ετία:

- ◆ Στο στάδιο 0 είναι 100%.
- ◆ Στο στάδιο Ia είναι 93%.
- ◆ Στο στάδιο Ib είναι 75-80%.
- ◆ Στο στάδιο II είναι 50-60%.
- ◆ Στο στάδιο III είναι 28-30%.
- ◆ Στο στάδιο IV είναι 7%.

Ο θάνατος, στον καρκίνο του τραχήλου, επέρχεται, τις περισσότερες φορές, από ουραιμία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων, ή αιμορραγία ή πνευμονική εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφορική ανεπάρκεια.<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### - ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

- Πορεία εγκυμοσύνης και τοκετού μετά κωνοειδή εκτομή του τραχήλου της μήτρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης



## - ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αυτή η συνύπαρξη εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%. Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη, πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του τραχήλου, δεν είναι τεκμηριωμένη. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται περισσότερο από τη βιολογική συμπεριφορά του, παρά από την εγκυμοσύνη. Η διάγνωση στη λοχεία επιβαρύνει την πρόγνωση, γιατί τότε είναι προχωρημένος.

Στην αρχή της εγκυμοσύνης πρέπει να εκτελείται κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου, αν δεν ελέγχθηκε πρόσφατα. Κάθε ύποπτη βλάβη θα πρέπει να διερευνάται με ιστοληψία.

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

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν:

- 1) Σε ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και καρκίνωμα *in situ* η κολποσκοπική εκτίμηση και η παρακολούθηση είναι αρκετές, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις διήθησης. Αν υπάρχουν αμφιβολίες πρέπει να γίνει κωνοειδής εκτομή στο δεύτερο τρίμηνο, γιατί στο πρώτο τρίμηνο υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης μέχρι 33%.
- 2) Σε διηθητικό καρκίνο, αν η κωνοειδής εκτομή δείξει διήθηση κάτω από 3 χιλιοστά, δεν υπάρχει διήθηση αγγείων και τα χείλη εκτομής είναι ελεύθερα, η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχισθεί και να γίνει υστερεκτομία στην λοχεία. Αν η διήθηση είναι 3-5 χιλιοστά, τότε η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχισθεί ως το τέλος και να γίνει υστερεκτομία με λεμφαδενεκτομία μετά από κάθετη καισαρική τομή.

- 3) Στο στάδιο Ιβ, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, η θεραπεία είναι ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία μετά από υστεροτομία. Αν η εγκυμοσύνη πλησιάζει στο τρίτο τρίμηνο καθυστέρηση μεγαλύτερη από 4 εβδομάδες πρέπει ν' αποφεύγεται. Η θεραπεία είναι εγχειρητική με καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία. Μπορεί να δοθούν στεροειδή και να γίνει αμνιοπαρακέντηση για την πνευμονική ωριμότητα.
- 4) Στα στάδια II - IV γίνεται ακτινοθεραπεία. Στο πρώτο τρίμηνο αρχίζει ως εξωτερική και συνήθως μετά από 4.000 rads επέρχεται αυτόματη έκτρωση. Ακολουθεί εκκένωση της μήτρας και συνέχιση της ακτινοθεραπείας.

Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο προηγείται υστερεκτομία ή κάθετη καισαρική. Αν είναι δυνατή μικρή παράταση της εγκυμοσύνης προτιμάται, με την προϋπόθεση ελέγχου της κατάστασης του εμβρύου.<sup>8</sup>

- **Πορεία εγκυμοσύνης και τοκετού μετά κωνοειδή εκτομή του τραχήλου της μήτρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης**

Η επίδραση της κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξαιτίας ενός θετικού ή κατ' επανάληψη ύποπτου κυτταρολογικού επιχρίσματος Παπανικολάου, πάνω στην πορεία της εγκυμοσύνης και του τοκετού, εξετάστηκε αναδρομικά σε 12 δικά μας και 533 βιβλιογραφικά περιστατικά από κοινού, συγκριτικά με ομάδες ελέγχου του γενικού μαιευτικού πληθυσμού.

Κριτήρια της μελέτης αποτέλεσαν η συχνότητα εκτρώσεων και πρόωρων τοκετών καθώς και ο τρόπος και η μέση διάρκεια τοκετού. Η μελέτη απέδειξε:

- (α) Διπλασιασμό των αυτόματων πρώιμων (15,21%) και όψιμων (5,03%) εκτρώσεων.

- (β) Τριπλασιασμό των πρόωρων τοκετών, είτε με βάρος γέννησης <2500 g (18,6%) είτε με χρόνο κυοφορίας <37 εβδομάδες (12,22%).
- (γ) Σημαντική αύξηση των ομαλών κολπικών τοκετών (86,79%), λόγω συχνής μετεγχειρητικής τραχηλικής ανεπάρκειας.
- (δ) Πολύ σημαντική μείωση των κολπικών τοκετών με συκιουλκία ή εμβρουουλκία (1,43%) και παράλληλη αύξηση των καισαρικών τομών (11,79%), λόγω συχνής μετεγχειρητικής τραχηλικής στένωσης και δυστοκίας, που σε μεμονωμένες περιπτώσεις παρατείνει τη διάρκεια τοκετού ή καθιστά απρόσιτη την κολπική οδό τοκετού.<sup>19</sup>

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**
  - Διαγνωστικός έλεγχος καρκίνου τραχήλου μήτρας και Νοσηλευτική παρέμβαση
- **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**
  - Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα
  - Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα
- **ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ**
  - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ
  - ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
  - ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
- **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ**
- **ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

## **- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Παραδοσιακά, η έννοια της αποκατάστασης ακολουθείται από κάποιο είδος σωματικής ανικανότητας ή δυσλειτουργίας, που προέκυψε από κάποια νόσο ή τραυματισμό.

Με την ίδια έννοια οι υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα που παρουσιάζουν λειτουργικούς περιορισμούς και σωματική ανικανότητα.

Για τους καρκινοπαθείς ασθενείς, ο όρος ανικανότητα δεν είναι αρκετά ευδόκιμος, επειδή υποδηλώνει στατική κατάσταση κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται ή δεν μπορεί να προσαρμοστεί.

Παλαιότερα, η ανάγκη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στους ασθενείς με καρκίνο, περιοριζόταν μόνο σ' εκείνα τα άτομα, που εξαιτίας της νόσου απώλεσαν ομάδα μυών από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος ή και μέλος του σώματός τους.

Σήμερα αναγνωρίζεται, ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με καρκίνο, που η απώλεια είναι ψυχολογική ή τουλάχιστον μη ορατή από τη φύση της, η ανάγκη για υπηρεσίες αποκατάστασης είναι εξίσου σημαντική.

Η έννοια της αποκατάστασης, όπως αυτή εφαρμόζεται στους καρκινοπαθείς συνήθως αποβλέπει στην απόκτηση επιθυμητής σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής, επαγγελματικής και οικονομικής χρησιμότητας του ατόμου.

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά του, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.<sup>20</sup>

### **Διεργασία αποκατάστασης**

Η τυπική πορεία του καρκίνου χαρακτηρίζεται από περιόδους ηρεμίας και επιπλοκών. Αναφέρεται ότι δύο στους τρεις ασθενείς παρουσιάζουν

επιπλοκές στα πέντε πρώτα χρόνια από την αρχική διάγνωση της νόσου.

Η συχνότητα με την οποία η πρόοδος της νόσου εξελίσσεται, εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, τους ιστούς ή τα όργανα που περιλαμβάνει, τον τύπο της θεραπείας που εφαρμόζεται και την αντίδραση του ασθενή.

Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις με πλήρη γνώση των αναφερομένων μεταβλητών. Στη συνέχεια, αξιολογούν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή, το αλλάζουν ή το τροποποιούν με στόχο την παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την προώθηση του ασθενή προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση.

Προβλήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνονται στις εξής περιοχές:

- ❖ Στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου,
- ❖ Στην διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας,
- ❖ Στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή,
- ❖ Στον έλεγχο των συμπτωμάτων,
- ❖ Στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή.<sup>20</sup>

### **Παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου**

Η πρώιμη αναγνώριση της πορείας της νόσου και των επιπλοκών της, εγγυάται ευνοϊκότερη πρόγνωση για τον ασθενή. Ασθενείς με γνωστό καρκίνο, στη σκέψη ότι μπορεί να ανακαλύψουν εξάπλωση του καρκίνου και σε άλλα όργανα, φοβούνται να υποβληθούν στον καθιερωμένο διαγνωστικό έλεγχο.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και ενωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου.<sup>20</sup>

## **Διαγνωστικός έλεγχος καρκίνου τραχήλου της μήτρας και νοσηλευτική παρέμβαση**

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι αναμφίβολα βασικός και ουσιώδης. Η ακριβής λήψη του ιστορικού της ασθενούς είναι σίγουρα καίριο και σημαντικό σημείο γιατί αποτελεί βήμα που θα οδηγήσει στη συνέχεια στο διαγνωστικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο Νοσηλευτής είναι εκείνος που πριν τις διαγνωστικές εξετάσεις θα προσεγγίσει την ασθενή και με απλά και κατανοητά λόγια, αποφεύγοντας όσο είναι δυνατόν τους επιστημονικούς όρους, θα της εξηγήσει τη φύση των εξετάσεων, το σκοπό και τη χρησιμότητά τους.

Επίσης στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων βρίσκεται στο πλάϊ του ιατρού αλλά και του ασθενούς. Από τη μια στηρίζει την ασθενή και από την άλλη φροντίζει να έχει έγκαιρα ετοιμάσει τα απαραίτητα για την εξέταση υλικά, ώστε να τα προσφέρει την κατάλληλη στιγμή στον ιατρό, βοηθώντας τον έτσι στην εκτέλεση των εξετάσεων.

Για να επιτελέσει τα καθήκοντα αυτά ο Νοσηλευτής, πρέπει να γνωρίζει:

- Το σκοπό της εξέτασης.
- Τον τρόπο προετοιμασίας της ασθενούς.
- Το χώρο που θα γίνει η εξέταση.
- Τα μέτρα προφύλαξης της ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντος, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.



## - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

### Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

#### 1. Ιστορικό υγείας

- α. Ηλικία.
- β. Συζυγική κατάσταση.
- γ. Έμμηνο ρύση, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό.
- δ. Ατομικές υγιεινές συνήθειες.
- ε. Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης.
- στ. Χρήση κολπικών αντιβιοτικών.
- ζ. Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επίχρισματος κατά Παπανικολάου (Pap.test).
- η. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

#### 2. Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

- α. Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα.
- β. Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο.

#### 3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Κολπικό επίχρισμα (Pap-test)
- β. Κολποσκόπηση – Καμιά υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις.
- γ. Δοκιμασία μήλης – Στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς που είναι εύθρυπτοι.
- δ. Δοκιμασία Schiller. Ο υγιής ιστός παίρνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη.
- ε. Βιοψία τραχήλου – Η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση.
- στ. Άλλες πληροφορίες – Προηγούμενα ευρήματα Pap-test.

## **Προβλήματα της άρρωστης**

1. Ψυχολογικά προβλήματα - Ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου.
2. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου, εξαιτίας της επέμβασης.
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

## **Σκοποί της φροντίδας**

### *1. Άμεσοι*

- α. Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης.
- β. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.

### *2. Μακροπρόθεσμοι*

- α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.
- β. Μείωση του κινδύνου υποτροπής.

## **Παρέμβαση**

### **1. Τύποι χειρουργικής παρέμβασης**

- α. Απλή ολική υστερεκτομή – αφαίρεση μήτρας και τραχήλου.
- β. Ριζική υστερεκτομή ή ριζική εγχείρηση του Wertheim - ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματα, του παραμητρικού λίπους και του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια, καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραουρθικού ιστού.

Δύο χειρουργικές προσπελάσεις υπάρχουν: - η *κοιλιακή* και - η *κολπική*. Επειδή η έκταση και οι κίνδυνοι της κοιλιακής προσπέλασης είναι μεγάλοι (κίνδυνος περιτονίτιδος), μερικοί προτιμούν την κολπική μέθοδο του Schanta με τις διάφορες τροποποιήσεις της. Με την κολπική μέθοδο δεν κατορθώνεται η ριζικότητα της κοιλιακής εγχείρησης, οι κίνδυνοι όμως είναι λιγότεροι.

## **2. Προεγχειρητική παρέμβαση**

- α. Επεξήγηση του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή της κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- β. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνο ρύση.
- γ. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- δ. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους της και τις ανησυχίες της.
- ε. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες μπορεί να αποδεχτούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και την ανάγκη τους σαν γυναίκες.  
Άλλες είναι αμφίβολες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, εάν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.
- στ. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- ζ. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο.

- (1) Εξέταση αιμοσφαιρίνης αντιμετώπιση της αναιμίας, αν υπάρχει.
- (2) Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
- (3) Ενδοφλέβια πνευμογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
- (4) Διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων.
- (5) Ακτινογραφία θώρακα.
- (6) Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.
- (7) Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.

### **3. Μετεγχειρητική παρέμβαση**

- α. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- β. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- γ. Ανακούφιση από τον πόνο.
- δ. Προαγωγή της επούλωσης του τραύματος.
- ε. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

(1) Οι επιπλοκές, που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως η δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική επεξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).

(2) Εάν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

(3) Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μην χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση.

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

(1) Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την εντολή.

(2) Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, εάν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί.

(3) Αφαίρεση του καθετήρα, με εντολή του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.

(4) Καθετηριασμός, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

(5) Διαπίστωση υπολείμματος, η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στη κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

ζ. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

(1) Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.

(2) Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.

(3) Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης του περισταλτικού.

(4) Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός.

η. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

(1) Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.

(2) Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα για πρόληψη στάσης του αίματος.

(3) Υπολογισμός του αίματος που χάνεται ζυγίζοντας τις γάζες αμέσως μετά την αφαίρεσή τους, σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών, η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

(4) Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).

(5) Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών, προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.

(6) Χρήση ελαστικών καλτσών σαν προφυλακτικό μέτρο, για την προαγωγή της κυκλοφορίας.

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

ι. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης για πρόληψη επιπλοκών.

## **- ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

### **- ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ**

- (1) Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- (2) Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, εάν η άρρωστη έχει κάνει ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή / σαλπιγγεκτομή.
- (3) Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
  - Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας, για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.
  - Η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών.
  - Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- (4) Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα θα μειωθεί σιγά-σιγά και τελικά θα σταματήσει.
- (5) Ενημέρωση της άρρωστης για την πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι, γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- (6) Βοήθεια της άρρωστης στον σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα, μετά από δύο (2) μήνες αν αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικά.

- (7) Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με εντολή του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.λ.π.
- (8) Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν για πολύ.
- (9) Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια.<sup>21</sup>

## **- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Μετά κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμό του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο 4 φορές, τον δεύτερο 2 και στην συνέχεια μία φορά το χρόνο ισόβια.

Μετά υστερεκτομία η παρακολούθηση συνίσταται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο τον πρώτο χρόνο κάθε 3 μήνες, το δεύτερο και τρίτο κάθε 6 μήνες και για 15 χρόνια μια φορά το χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μια φορά το χρόνο και αξονική τομογραφία μια φορά το χρόνο για δύο χρόνια.<sup>8</sup>

Για τα πρώτα δύο χρόνια μετά τη θεραπεία συνιστάται εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου και προσεκτική κλινική εξέταση της πυέλου, της κοιλιάς και των λεμφαδένων ανά τρίμηνο, ενώ για τα επόμενα τρία χρόνια ανά εξάμηνο.

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες του θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλιάς και πυέλου.

Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και *l*ή αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία.<sup>6</sup>

## **- ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η ακτινοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της γυναικολογικής κακοήθειας. Στη θεραπεία καρκίνου του τραχήλου από πλακώδη κύτταρα, είναι συχνά η θεραπεία εκλογής, ανάλογα με το στάδιο. Στην οριστική θεραπεία καρκίνου του τραχήλου με ακτινοθεραπεία, χρησιμοποιείται συνδυασμός εξωτερικής πτυελικής ακτινοβολίας και εσωτερικής ενδοτραχηλικής ακτινοβολίας. Μόνο στο πιο πρώιμο μικροδιδεισδυτικό του τραχήλου χρησιμοποιείται μόνη η ενδοτραχηλική ακτινοβολία.

### **Εξωτερική ακτινοθεραπεία**

Μονάδες βήτατρων, γραμμικών επιταχυντών και κοβαλτίου – 60 ελευθερώνουν ψηλές δόσεις ακτινοβολίας βαθιά μέσα στην πύελο, σε μια προσπάθεια να ανασταλεί η επέκταση του καρκίνου μέσω του λεμφικού συστήματος. Η θεραπεία εξατομικεύεται, με βάση το στάδιο της νόσου και την αντίδραση της άρρωστης στην ακτινοβολία.

### **Ενδοτραχηλική ακτινοβολία**

Τα ραδιενεργά στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην ενδοτραχηλική ακτινοβολία είναι το ράδιο και το καίσιο. Το καίσιο πλεονεκτεί έναντι του ραδίου, επειδή έχει μεγάλο χρόνο υποδιπλασιασμού και δεν δημιουργεί αέρια παραπροϊόντα όπως αυτό. Στο χειρουργείο, κάτω από γενική αναισθησία, γίνεται εξέταση της άρρωστης και εισάγονται ειδικοί υποδοχείς (κεντρικός σωλήνας και ωοειδείς θήκες) χωρίς καίσιο. Μετά ακτινολογικό έλεγχο, για να προσδιοριστεί η ακριβής σχέση των υποδοχέων με τη φυσιολογική πτυελική



ανατομία και τον όγκο, ο ακτινοθεραπευτής φορτίζει τους υποδοχείς με την προκαθορισμένη ποσότητα καισίου. Η όλη διαδικασία ονομάζεται μεταφόρτιση και επιτρέπει τον ακριβή έλεγχο έκθεσης στην ακτινοβολία που δέχεται η άρρωστη και ελαχιστοποιεί την έκθεση στην ακτινοβολία του προσωπικού φροντίδας υγείας.

#### α. Ετοιμασία της άρρωστης για εφαρμογή καισίου

- ❖ Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που καθιστούν απαραίτητη αυτή τη θεραπεία. Ο Νοσηλεύτης επεξηγεί ή απαντά σε κάθε ερώτηση της άρρωστης.
- ❖ Η άρρωστη ετοιμάζεται για διάφορες προκαταρκτικές εξετάσεις (μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψίες) ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- ❖ Ετοιμασία της άρρωστης για διαδικασία προφόρτισης.

#### β. Νοσηλευτική αγωγή μετά την τοποθέτηση του καισίου

Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα αποβλέπουν στη διατήρηση των υποδοχέων καισίου στη θέση τους και στη λήψη μέτρων για πρόληψη παρεκτόπισής τους.

- Δίαιτα μικρού υπολείμματος για αποφυγή κινήσεων του εντέρου, που μπορεί να παρεκτοπίσουν τους υποδοχείς.
- Συχνή επιθεώρηση καθετήρα, για εξασφάλιση συνεχούς λειτουργίας του. Μια διαταμένη κύστη πλησιάζει την περιοχή ραδιενέργειας με αποτέλεσμα ακτινικό έγκαυμα βαριάς μορφής.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, έμετοι, αύξηση θερμοκρασίας.

- Ενθάρρυνση της άρρωστης να τρώει. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.
- Χορήγηση χυμών με βιταμίνη C, για προαγωγή της επιδιόρθωσης των ιστών.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο κατά 30°.
- Παραμονή του Νοσηλευτή κοντά στην άρρωστη για όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο, κατά την παροχή φροντίδας σ' αυτή.
- Ανακούφιση της άρρωστης από άγχος και φόβο, με συνετή χρησιμοποίηση του χρόνου παραμονής κοντά της. Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.
- Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας ώστε να μην εκτοπιστούν οι υποδοχείς καισίου.

#### γ. Αφαίρεση καισίου

- Ειδοποίηση ακτινοθεραπευτικού τμήματος, όταν είναι ώρα για αφαίρεση του καισίου.
- Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλης λεκάνης.
- Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό υποδοχέων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνούν με τους υποδοχείς που θα αφαιρεθούν.
- Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων ραδίου στο χειρισμό και μεταφορά του καισίου στο τμήμα ακτινοθεραπείας.
- Λήψη δείγματος ούρων πριν από την αφαίρεση του καθετήρα. Χορήγηση καθαρτικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του καισίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

δ. Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία

- (1) Διατήρηση του δέρματος της άρρωστης (που εκτίθεται στην ακτινοβολία) στεγνού.
- (2) Ναυτία και έμμετοι μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Μη πείτε ποτέ στην άρρωστη ότι μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και έμμετοι, γιατί η υποβολή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων.

- (3) Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου – διάρροια, τεινισμός. Αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.
  - (4) Τονισμός της σπουδαιότητας της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.
- Pap.-test θετικό σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.
  - Εάν το Pap.-test είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στον γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα (σε εξαμηνιαία βάση).

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Ένα 5 – 8% των γυναικών που Παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Γι' αυτό τον λόγο η μετέπειτα ιατρική Παρακολούθηση είναι βασικής σημασίας ακόμα και αν η άρρωστη είναι ασυμπτωματική.

## Αξιολόγηση

### Επιπλοκές

#### 1. Υποτροπή: Κολπικό θόλο

##### α. Εκτίμηση

- (1) Ύποπτο Pap-test (κλάση III).
- (2) Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια.
- (3) Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.
- (4) Άγχος, φόβος.

##### β. Παρέμβαση

- (1) Ενημέρωση της άρρωστης για τον σκοπό, τις παρενέργειες και τη θεραπεία των παρενεργειών. Ετοιμασία της για πνευλική ακτινοθεραπεία.
- (2) Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους.
- (3) Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος.
- (4) Προαγωγή ανάπαυσης.
- (5) Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες.
- (6) Παρότρυνση για συχνή ιατρική παρακολούθηση –check - up.

#### 2. Υποτροπή: Κύστη

##### α. Εκτίμηση

- (1) Πόνος, δυσχέρεια.
- (2) Αιματουρία.



β. Παρέμβαση

(1) Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πνευλογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλεισμό.

(2) Ετοιμασία της άρρωστης για πνευλική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια).

(α) Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της σχετικά με:

- Τον σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης.
- Προεγχειρητικές διαδικασίες.
- Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.
- Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων

(β) Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

(γ) Προετοιμασία του εντέρου για χειρουργείο με τη χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υπεκκυσμού και ετοιμασία της κοιλιάς.

(δ) Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση της ΚΦΠ.

(3) Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.

(4) Βοήθεια της άρρωστης ώστε να αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.

(5) Μέτρα για μείωση του πόνου, του άγχους και της δυσχέρειας.

(6) Μετεγχειρητική διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.

(7) Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, τον φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.

(8) Εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας και της υποστήριξης κατά την περίοδο της ανάρρωσης.

(α) Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.

(β) Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

(γ) Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, εάν το επιθυμούν.<sup>22</sup>

## **- ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

Τα προβλήματα της άρρωστης είναι:

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας, που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
  - α. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία
  - β. Λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
  - α. Προστασία ασθενούς από μολύνσεις.

- β. Διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος.
  - γ. Αποφυγή ρευμάτων.
  - δ. Αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις.
  - Ε. Προσεκτική φροντίδα του στόματος.
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).
- α. Γεύματα συχνά και μικρά.
  - β. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και ελαφρά.
  - γ. Χορήγηση βιταμινών.
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια,- δυσκοιλιότητα).
- α. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
  - β. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
  - γ. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς, το ήπαρ.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

#### **Παρέμβαση:**

- α. Πραετοιμασία της ασθενούς με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- β. Βοήθεια της ασθενούς να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
- Γ. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα της ασθενούς.

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

Βασικός σκοπός της παραπάνω νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- α. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.  
β. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.  
γ. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών, καθώς και αντιμετώπισή τους.<sup>23</sup>

**- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ**

Η διαδικασία της διδασκαλικής εκπαίδευσης, πρέπει να ακολουθεί τα βήματα της νοσηλείας ως εξής:

**A) ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Πορεία νοσηλευτικής φροντίδας

- Αναγνώριση των προβλημάτων των ασθενών
- Τοποθέτηση στόχου και σχεδιασμός φροντίδας
- Παροχή φροντίδας – Νοσηλευτικές πράξεις
- Εκτίμηση

**B) ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Πορεία διδασκαλίας ασθενούς

- Αναγνώριση των αναγκών μάθησης
- Τοποθέτηση στόχου και σχεδιασμός
- Περιεχόμενο διδασκαλίας
- Εκτίμηση



## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η άριστη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφαλείας του. Δηλαδή, με εκτέλεση των νοσηλευτικών της τεχνικών.

Αρα σωστή εφαρμογή νοσηλευτικών κανόνων, όπου ο άρρωστος θα πονέσει λιγότερο, δεν θα του στερηθεί η άνεση στη χειρουργική θεραπεία και θα ταλαιπωρηθεί λιγότερο στην ακτινοθεραπεία.

Στη χημειοθεραπεία με το να προσπαθήσει να ανιχνεύσει, να προλάβει και να αντιμετωπίσει έγκαιρα και σωστά τις παρενέργειες για να ανακουφίσει τον άρρωστο. Και με το να διευκολύνει την προμήθεια απαραίτητων υλικών, όπως κάσκα ψύξεως, περούκα και άλλα.

Στο τελικό στάδιο ο νοσηλευτής θα φροντίσει ο άρρωστος να αντιμετωπίσει τον θάνατο με αξιοπρέπεια και στωϊκότητα.

## **ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Πριν γίνει η εκπαίδευση πρέπει να γίνει η πληροφόρηση. Η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ της άμεσης πληροφόρησης και της εκπαίδευσης, είναι ότι στην πρώτη δεν χρειάζεται εξήγηση, δηλαδή κάποιος δεν χρειάζεται αναγκαστικά να ξέρει το γιατί, ενώ στη δεύτερη χρειάζεται.

Ο τελικός σκοπός της εκπαίδευσης, είναι να προκαλέσει μια αλλαγή στην συμπεριφορά, σαν αποτέλεσμα της μαθήσεως που παράγεται όπως τις γνώσεις που πήρε ο ασθενής. Η εκπαίδευση είναι μια διαδικασία που μπορεί να απαιτήσει χρόνο.

Πραγματικά το δόσιμο των πληροφοριών, μπορεί να είναι μερικές φορές το πρώτο σκαλοπάτι στη θεμελίωση μιας σχέσης αρρώστου-νοσηλευτή στην οποία, η μελλοντική εκπαίδευση μπορεί να στηριχθεί.

Δεν μπορεί να γίνει εκπαίδευση εάν δεν γίνει πρώτα πληροφόρηση, ενημέρωση του αρρώστου.

Η πληροφόρηση – εκπαίδευση, προϋποθέτει:

- Στενή διαπροσωπική σχέση.
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη.
- Γνώση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.
- Θεραπευτικούς προβληματισμούς.

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση, είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο ης υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής όμως, μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες στον άρρωστο, στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια, ή οι φίλοι του.

Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες, όπου μπορεί να κρατήσουν όλο αυτό το STRESS του αρρώστου σε άριστο επίπεδο, όπως και σε μεταβολές του FOLLOW UP.

Σε χειρουργικούς αρρώστους παράδειγμα, μελέτες απέδειξαν ότι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί από γιατρό και νοσηλευτή συμβουλές δοκίμασαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόπο θεραπείας, παρενέργειες), μεμονωμένο η καθ' ομάδας και θα δώσει χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

## **ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ**

Οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις αν δίνονται, είναι συχνά ασαφείς. Δίνονται με έναν ελαφρόκαρδο τρόπο που κάνει το περιεχόμενο τιποτένιο και χωρίς περιεχόμενο. Συχνά δεν υπάρχει επανάληψη ή ενίσχυση στις ακόλουθες παρακολουθήσεις. Οι επιπλοκές συμβαίνουν καθώς η θεραπεία προχωρεί. Αλλά τα συμπτώματα που πρέπει να προσεχθούν δεν μπορεί να περιγραφούν και οι πράξεις που πρέπει να γίνουν δεν καταγράφονται καθαρά. Δεν αναγνωρίζεται πάντα ότι μία λέξη όπως ο όγκος, μπορεί να προκαλέσει σοκ στον ασθενή. Τότε ξεχνιούνται οι προσεκτικές εξηγήσεις και σε επόμενες κλινικές επισκέψεις ο ασθενής μπορεί να μην ζητήσει εξηγήσεις, γιατί φοβάται μήπως θεωρηθεί ανόητος.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να είναι παρόν κατά την ώρα των συμβουλών από τον ογκολόγο γιατρό ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον ασθενή. Αυτό βοηθά να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας την συνοχή. Όταν ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τον ασθενή πριν π.χ. από την χημειοθεραπεία. Πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να επαναλάβει με δικά του λόγια για ότι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί. Αυτό δίνει στον Νοσηλευτή μία βάση για τις εξηγήσεις του. Πρέπει να δοθούν γραπτές πληροφορίες, ώστε στο σπίτι σε ένα περιβάλλον με λιγότερο STRESS ο ασθενής και η οικογένεια να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα σχετικά σημεία.

Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες είναι επίσης ένα εξαιρετικό μέρος για ονόματα π.χ. κυτταροστατικών φαρμάκων. Οδηγίες χορηγήσεως, ονόματα προσώπων που θα έλθει σε επαφή, αριθμοί τηλεφώνων κ.λ.π.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται άνετα, να μπορούν, να ζητήσουν περαιτέρω εξηγήσεις. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να ακούει ότι λέει ο ασθενής και να παρακολουθεί προσεκτικά τους τρόπους για να ανιχνεύσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη του.

## **Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΘΕΛΕΙ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ**

Ο ασθενής πρέπει πάντα να ερευνάται εάν θέλει να πληροφορηθεί και ποιος πρέπει να ενημερωθεί για αυτόν και να εκπαιδευθεί και το πώς θέλει να οργανωθεί το πρόγραμμα.

Ο άρρωστος δεν μπορεί να αποκλείεται από τέτοιες διεργασίες, χωρίς να ερωτηθεί, για την στρατηγική της πληροφόρησης.

Όταν ο άρρωστος βρίσκεται εξαρτώμενος σε περιόδους οξείας νόσου που μπορεί να χρειασθεί και δικηγόρος, πρέπει να ερωτηθεί οπωσδήποτε, γιατί θα πρέπει να τακτοποιήσει οικονομικές και νομικές εκκρεμότητες. Σε αυτούς που διαισθάνονται το τέλος τους να λάβουν τα μέτρα τους όπως το έλεγε και ο ποιητής Καβάφης:

*«Σαν έτοιμος από καιρό  
σαν θαρραλέος...»*

Πριν δηλαδή γίνει οτιδήποτε, το σπουδαιότερο είναι η εξασφάλιση (βεβαίωση) του ασθενή εάν θέλει την πληροφόρηση όπου θα έχουμε και την βάση από την οποία θα ξεκινήσουμε.

Δηλαδή χρειάζεται ένας έλεγχος για το εάν ο ογκολογικός άρρωστος, θέλει την πληροφόρηση για την αρρώστια του και την θεραπεία της.

Σε μια στατιστική που κάναμε στο Νοσοκομείο «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», στην Παθολογική κλινική, για το πόσο θέλουν την πληροφόρηση οι άρρωστοι απάντησαν ΝΑΙ σχετικά με την χημειοθεραπεία από γιατρό και νοσηλεύτη, είναι όμως φανερό πως οι περισσότεροι άρρωστοι αποφεύγουν την πληροφόρηση για τη διάγνωση σαν να ήθελαν να αυτοπροστατευθούν από τις ψυχολογικές συνέπειες αυτής της γνώσης.

Στην Φινλανδία, χώρα με μακρά παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου 30% των αρρώστων με καρκίνο δεν γνωρίζουν την φύση της αρρώστιας τους. Οι ίδιοι δεν το απαιτούν ούτε ο γιατρός προθυμοποιείται σε ενημέρωση. Από το 70% των αρρώστων που το ξέρουν μόνο το 30% το ζήτησαν από τον γιατρό, οι άλλοι ενημερώθηκαν αυθόρμητα.

Το ερώτημα είναι, ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση για την αλήθεια της αρρώστιας του; Και η εκκλησία ακόμα το φιλοσοφεί. Ο Χριστιανός, φοβάται την αλήθεια της οδύνης της βαριάς αρρώστιας (ο Ιησούς ο Ναζωραίος έκλαυσε όταν πληροφορήθηκε τον θάνατο του φίλου του Λαζάρου) αλλά παράλληλα ελπίζει στην πανσθενουργό χάρη του Θεού και την θεραπευτική παρέμβαση του Αγίου Πνεύματος.

### **ΑΠΟ ΤΙ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

Η πληροφόρηση του αρρώστου εξαρτάται από:

- Ηλικία
- Φύλο
- Θρήσκευμα
- Νοημοσύνη
- Κατάσταση προσωπικών υποθέσεων
- Κοινωνική θέση
- Ενημερότητα σε ιατρικά θέματα εάν ο ασθενής είναι γιατρός

### **ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

- Η νοημοσύνη του αρρώστου.
- Η συναισθηματική του σταθερότητα.
- Η επιθυμία του να μάθει από τι πτάσχει.
- Η ενημερότητά του σε ιατρικά θέματα.
- Εάν ο άρρωστος είναι γιατρός.
- Το αν αποδέχεται την θεραπεία του.
- Η ηλικία του αρρώστου.
- Η κατάσταση των προσωπικών του υποθέσεων.

Πάνω απ' όλα αυτά στην πληροφόρηση μπορεί να σηκώσει ο άρρωστος όχι περισσότερα απ' ότι η πληροφόρηση σε αυτούς που την θέλουν και την αντέχουν. Διότι με το αντίθετο διασώζουμε την αλήθεια αλλά συντομεύουμε την ζωή του αρρώστου. Και εδώ ο Καβαφικός λόγος δεν βρίσκει γνήσια ανταπόκριση: «Πρέπει να είμαστε τίμιοι και δίκαιοι σ' όλες μας τις πράξεις αλλά με έλεος και αγάπη για τους αδυνάτους.

### **ΕΧΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΕΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ;**

Σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, θα πρέπει να ενημερωθεί. Για παράδειγμα:

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες. Αυτό το σοβαρό πρόβλημα αποτελεί το δικαίωμα της γυναίκας να ξέρει για τη νόσο και τον μαστό της και όλες τις δυνατότητες αποκατάστασής της, η οποία βοηθά σωματικά και ψυχικά την γυναίκα να ξεπεράσει ένα μέρος του «σοκ» που υφίσταται μετά την μαστεκτομή.

Πάντως, όποια και να είναι η αλήθεια που θα μεταδώσουμε στον άρρωστο με καρκίνο, πρέπει να είναι δοσμένη με ήπιο τρόπο, ντυμένη με μια συγκρατημένη αισιοδοξία σχετικά με την έκβαση της αρρώστιας του.

### **ΕΧΟΥΜΕ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΟΥΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ;**

Η πληροφόρηση του αρρώστου, όταν έχει καρκίνο, είναι μια διαδικασία η οποία στη χώρα μας είναι πρόχειρη και γηραιά.

Στην Δ. Γερμανία έχει θεσπισθεί νόμος, η υποχρέωση του γιατρού να πληροφορεί τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο.

Κατά τον ιατροδικαστή κ. Κουτσελίνη, έχουμε υποχρέωση γιατροί και νοσηλευτές σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, να ενημερώσουμε τις αρρώστους σεβόμενοι ακόμα και το δικαίωμα του απορρήτου.

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις δικαιωμάτων του ανθρώπου και ειδικά της διακηρύξεως του BALL (1979):

- Ο ασθενής που χρησιμοποιεί το Νοσοκομείο, έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας του.
- Έχει δικαίωμα να ζητεί πλήρη ενημέρωση όσον αφορά τους κινδύνους για κάθε ασυνήθη επέμβαση, διάγνωση ή θεραπεία.

## **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

### **ΠΟΤΕ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Αφού γίνει η πληροφόρηση του αρρώστου, θα ακολουθήσει η εκπαίδευση με ορισμένες διαδικασίες.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εφαρμόζεται ορισμένες ημέρες και ώρες καθ' ομάδας ή μεμονωμένα, καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο Νοσοκομείο και όχι πριν από την έξοδό του από το Νοσοκομείο.

Ο συντονισμός της εκπαίδευσης μπορεί επίσης να γίνει με την κατάλληλη επικοινωνία νοσηλευτή – αρρώστου, όλες τις ώρες για να μην έχουμε τεμαχισμένη φροντίδα του ασθενή και σπατάλη χρόνου αυτών που φροντίζουν για την υγεία.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

#### **ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η επαναφορά στην κοινωνία μπορεί να φοβίζει. Ο κύριος σκοπός μας είναι να προετοιμάζουμε τους ασθενείς, την οικογένειά τους, για να πετύχουν

την φροντίδα για τον εαυτό τους διατηρώντας την αυτοεκτίμησή τους. Η εκπαίδευση μπορεί να τους βοηθήσει να ξαναβρούν τον εαυτό τους.

Εκτός τούτου, κατά την εκπαίδευση – πληροφόρηση ενημερώνεται ο άρρωστος για να συμπτώματα που πρέπει να προσέχει (εκτός νοσοκομείου) τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας εκτός από το γιατρό και με το νοσηλεύτη. Όπως π.χ. ασυνήθιστες αιμορραγίες, υπερπυρεξία, πετέχιες στο δέρμα κ.λ.π.<sup>24</sup>

## **- ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Με σκοπό την ιστολογική προσέγγιση της αιτιοπαθογένειας της χρόνιας (ενδο)τραχηλίτιδας, μελετήθηκαν και συσχετίστηκαν οι ερωτικές σχέσεις του ζεύγους με μοναδικό κριτήριο την πραγματοποίησή τους κατά την γόνιμη και μη περίοδο του κύκλου. Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες για τη μελέτη της βλαπτικής επίδρασης του ετεροχρονισμού της σεξουαλικής σχέσης στις μέρες που δε συλλαμβάνει η γυναίκα. Μια ομάδα αποτελέσθηκε από 16 γυναίκες παραγωγικής ηλικίας με χρόνια (ενδο)τραχηλίτιδα και αναφερόμενο ετεροχρονισμό σε «ασφαλή» μη γόνιμη περίοδο της ερωτικής συνομιλίας τους για πολλά χρόνια.

Άλλη ομάδα των μαρτύρων περιλάμβανε 10 γυναίκες επίσης παραγωγικής ηλικία που μονίμως επεδίωκαν και πραγματοποιούσαν την ερωτική τους σχέση κατά τις γόνιμες μέρες του κύκλου. Σε καμία από τις γυναίκες της ομάδας των μαρτύρων δεν διαπιστώθηκε τραχηλίτιδα. Σαν αίτια θεωρήθηκαν οι μεταβολές που φυσιολογικά παρατηρούνται κατά τη διάρκεια του κύκλου (pH, μικροβιακή χλωρίδα και τοπική ιδίως άμυνα των γυναικείων γεννητικών οργάνων) με ή χωρίς έξωθεν τροποποιητική παρέμβαση. Η πρόληψη της τραχηλίτιδας σημαίνει πρόληψη και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.



Η χρόνια (ενδο)τραχηλίτιδα συσχετίζεται αιτιοπαθογενετικά με τον ετεροχρονισμό των ερωτικών σχέσεων του ζευγαριού (όχι στις γόνιμες μέρες του κύκλου αλλά) στις «ασφαλέστερες» μη γόνιμες. Στις τελευταίες αυτές το pH είναι αλκαλικό. Ο γαλακτοβάκιλλος του κόλπου απουσιάζει και η τοπική ιδίως άμυνα των γυναικείων γεννητικών οργάνων είναι αισθητά μειωμένη.

Έξωθεν τροποποιητική παρέμβαση φαίνεται αναποτελεσματική χωρίς προηγούμενη αλλαγή των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών της εποχής μας, που αναφέρονται στον αριθμό των παιδιών κάθε οικογένειας, στην ανάγκη εξωοικιακής εργασίας της γυναίκας και στις γενικότερες ανάγκες της ζωής.

Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που αναπτύσσεται σε έδαφος τραχηλίτιδας, η πρόληψη της οποίας – και μάλιστα πρωτογενώς – θα σήμαινε και πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου.<sup>26</sup>

## **Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση**

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου, διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής προληπτική παρέμβαση.

### **Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες, του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Βασικό κανόνα στην πρωτογενή πρόληψη αποτελεί η διδασκαλία και η ενημέρωση.

Όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει:

- Διαφώτιση του κοινού σχετικά με τη μέγιστη σημασία της προληπτικής εξέτασης.
- Προτροπή των γυναικών για υγιεινή διαβίωση και καθαριότητα.
- Ενημέρωση ότι οι από μικρή ηλικία γενετήσιες σχέσεις μπορεί να αποτελέσουν προδιάθεση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Αποφυγή των πολλών σεξουαλικών συντρόφων. Τα συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δύναται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Αποφυγή καπνίσματος.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη τραχηλίτιδας, αναφέρουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται σε έδαφος τραχηλίτιδας, οπότε πρόληψη αυτής σημαίνει και πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

### **Δευτερογενής πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την ασθένεια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η ασθένεια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Σημαντικότερο παράδειγμα μπορεί να είναι το τεστ Παπανικολάου.

Προκειμένου λοιπόν να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, συνίσταται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε τρία έτη μετά το 20<sup>ο</sup> έτος της ζωής (αφού προηγηθούν δύο επάλληλες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους) και

γυναικολογική εξέταση κάθε τρία έτη μέχρι το 40<sup>ο</sup> έτος, ή κάθε έτος μετά το 40<sup>ο</sup> έτος της ζωής.<sup>26,27</sup>

### **Τριτογενής πρόληψη**

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στην καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά της, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει η ασθενής να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής.<sup>28</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

- 1<sup>ο</sup> Περιστατικό
- 2<sup>ο</sup> Περιστατικό

### 1<sup>ο</sup> Περιστατικό

Η κυρία Κ.Ν. παντρεμένη χωρίς παιδιά, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία Κρατικού Νοσοκομείου χωρίς κανένα σύμπτωμα με σκοπό όμως να κάνει έναν γενικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας της. Κατά την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου εντοπίστηκε καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 2<sup>ο</sup> Στάδιο (IIa). Επακολούθησαν και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως βιοψία τραχήλου, δοκιμασία Schiler κ.λ.π., όπου και επιβεβαιώθηκε πλήρως τοτέστ Παπανικολάου.

Η ασθενής στο παρελθόν είχε μια αποτυχημένη προσπάθεια τεκνοποίησης (μια αποβολή).

Έγινε εισαγωγή στη γυναικολογική κλινική. Αποφασίστηκε ριζική υστερεκτομία και υποβολή της ασθενούς σε ακτινοβολία. }

Έναντι των προεγχειρητικών δυσκολιών και μετεγχειρητικών προβλημάτων που εμφανίστηκαν και της ακτινοθεραπείας που ακολούθησε, το σχεδιάγραμμα της Νοσηλευτικής φροντίδας, είχε ως εξής: }

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>1. Εκνευρισμός. Εκδηλώσεις υστερίας. Αρνητική στάση έναντι των συγγενών της, του ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από ενημέρωσή της για τη διάγνωση της ασθένειάς της.</p>	<p>1. Καθησυχασμός της ασθενούς και προτροπή αυτής προς ψύχραιμη αντιμετώπιση της κατάστασής της.</p>	<p>1. Να αφήσουμε την ασθενή να ξεσπάσει. Να χορηγήσουμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο αν αυτό κριθεί αναγκαίο. Να επιδιώξουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αφού βέβαια η ασθενής ηρεμήσει κάπως, μια δημιουργική συζήτηση.</p>	<p>1. Η ασθενής αφήνεται να ξεσπάσει. Χορηγείται ηρεμιστικό φάρμακο κατόπιν ιατρικών οδηγιών. Πραγματοποιείται συζήτηση κατά την οποία παρέχεται στην ασθενή πλήρης ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή της. Ενημερώνουμε για τη θεραπεία που θα επιλεγεί και βεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης προσπαθούμε να κάνουμε την ασθενή να νιώσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια.</p>	<p>1. Η ασθενής ηρεμεί, εμφανίζεται ψυχραιμότερη και μοιάζει να εμπιστεύεται τους γύρω της.</p>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
2. Φόβος και αγωνία της ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση.	2. Διώξιμο άγχους και απαλλαγή της ασθενούς από αγωνία και φόβο.	2. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να επιδιώξουμε μια δημιουργική, ενημερωτική και άκρως φιλική συζήτηση με την ασθενή.</li> <li>▪ Να εξηγήσουμε στην ασθενή τη φύση της επέμβασης.</li> <li>▪ Να την ενημερώσουμε για την αναισθησία, τη διαίτα, τον πόνο.</li> <li>▪ Να διαβεβαιώσουμε την ασθενή ότι η χειρουργική επέμβαση θα αποτελέσει ιδανική θεραπεία και θα επιφέρει την ίασή της.</li> </ul>	2. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Πραγματοποιείται μια φιλικότατη συζήτηση με την ασθενή.</li> <li>▪ Εξηγούμε τη φύση της επέμβασης.</li> <li>▪ Ενημερώνουμε την ασθενή σχετικά με τα της επέμβασης.</li> <li>▪ Διαβεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</li> </ul>	2. Μείωση αγωνίας και άγχους. Εφησυχασμός της ασθενούς. Εξασφάλιση εταιμότητας και καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>3. Ψυχολογική ανασφάλεια – Stress.</p>	<p>3. Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος, ώστε η ασθενής να νιώθει άνετα και να μπορεί να συζητήσει το πρόβλημά της.</p>	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να γίνει γνωριμία της ασθενούς με το Νοσηλευτικό προσωπικό.</li> <li>▪ Οι Νοσηλευτές να δώσουν εύνοια ώστε να γνωριστούν μεταξύ τους όλοι οι ασθενείς του θαλάμου.</li> </ul>	<p>3.</p> <p>Η γνωριμία με το προσωπικό του τμήματος καθώς και με τις υπόλοιπες ασθενείς του θαλάμου, έγινε σένα κλίμα εγκαρδιότητας και ενθάρρυνσης.</p>	<p>3.</p> <p>Η γνωριμία της ασθενούς με το Νοσηλευτικό προσωπικό και τις υπόλοιπες ασθενείς του θαλάμου, την βοήθησε αρκετά στην εξοικείωση της με το χώρο. Γνωρίζοντας τις άλλες ασθενείς, της δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσει και άλλα άτομα με προβλήματα Παρόμοια αυτής. Όλα αυτά συνέβαλαν στην ψυχολογική της ανάταξη.</p>



Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
4. Εργαστηριακές εξετάσεις για τις ανάγκες της εγκύου χειρουργικής.	4. Να ελεγχθεί αν η ασθενής είναι σε θέση να χειρουργηθεί.	4. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να μην φάει η ασθενής τίποτε άλλο όλο το απόγευμα προκειμένου να παρθούν σωστά οι εργαστηριακές εξετάσεις.</li> </ul>	4. Έγινε λήψη αίματος και ούρων για τις ανάγκες των εξετάσεων.	4. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι ικανοποιητικά.
5. Προεγχειρητική ετοιμασία.	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς.</li> <li>▪ Η ασθενής να μείνει νηστική.</li> <li>▪ Να γίνει εκκένωση του εντέρου.</li> <li>▪ Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.</li> </ul>	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να παρακολουθήσουμε για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων.</li> <li>▪ Η ασθενής δεν πρέπει να φάει τίποτε πριν το χειρουργείο.</li> <li>▪ Να γίνει καθαρικός υποκλυσμός του εντέρου της ασθενούς.</li> <li>▪ Λίγες ώρες πριν μπει στο χειρουργείο να γίνει περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.</li> </ul>	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η παρακολούθηση έγινε από Νοσηλευτές που βρίσκονταν στο θάλαμο.</li> <li>▪ Η ασθενής έμεινε νηστική.</li> <li>▪ Έγινε υποκλυσμός.</li> <li>▪ Έγινε περιποίηση του χειρουργικού πεδίου.</li> </ul>	5. Η ασθενής ήταν έτοιμη σχεδόν για να μπει στο χειρουργείο.

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
6. Έλεγχος ζωτικών σημείων.	6. Διατήρηση των ζωτικών σημείων σε φυσιολογικά επίπεδα.	6. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων.	6. Η λήψη των ζωτικών σημείων έγινε.	6. – Θερμ. = 36,7° C – Α.Π. = 120/70 mmHg – Σφ. = 78/min – Αναπν. = 20/min
7. Ανάγκη συνεχούς ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς.	7. Να προετοιμαστεί η ασθενής ψυχολογικά για την είσοδό της στο χειρουργείο.	7. <ul style="list-style-type: none"> <li>Να γίνει συζήτηση των Νοσηλευτών με την ασθενή σ'αυτήν την κρίσιμη και δύσκολη στιγμή της ζωής της</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Να δοθούν απαντήσεις σ' όλα τα ερωτήματά της.</li> </ul>	7. Η συζήτηση πραγματοποιήθηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο	7. Η ασθενής παρά την κατάθλιψη που την καταλάμβανε συνεχώς, έδειξε να καθισχυράζει.

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
8. <ul style="list-style-type: none"> <li>Μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο με φορείο.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>Να μεταφερθεί η ασθενής με φορείο μέχρι την είσοδο του χειρουργείου.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>Να γίνει η μεταφορά με την βοήθεια των τραυματιοφορέων και του Νοσηλευτικού προσωπικού.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής μεταφέρθηκε με φορείο στην είσοδο του χειρουργείου.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ευχηθήκαμε στην ασθενή η χειρουργική επέμβαση να της φέρει τα καλύτερα αποτελέσματα και αυτή με τη σειρά της μας ευχαρίστησε εγκάρδια.</li> </ul>
9. <ul style="list-style-type: none"> <li>Μεταφορά της ασθενούς από την ανάνηψη στο θάλαμό της.</li> </ul>	9. <ul style="list-style-type: none"> <li>Να μεταφερθεί η ασθενής στο θάλαμό της με ασφάλεια.</li> </ul>	9. <ul style="list-style-type: none"> <li>Οι Νοσηλευτές να είναι έτοιμοι να παραλάβουν την ασθενή.</li> </ul>	9. <ul style="list-style-type: none"> <li>Η μεταφορά και η παραλαβή της ασθενούς έγινε.</li> </ul>	9. <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι σε άνετη θέση.</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ελεγχος των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Να διατηρηθούν τα ζωτικά σημεία σε φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων από το Νοσηλευτικό προσωπικό.</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Η λήψη των ζωτικών σημείων πραγματοποιήθηκε.</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Θερμ. =36° C</li> <li>A.Π.=110/65 mmHg</li> <li>Σφ.=68/min</li> <li>Αναπν.=18/min</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
11. Πόνος (μετεχειρητικός)	11. Εξάλειψη αυτού και ανακούφιση της ασθενούς.	11. - Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση. - Να ανακουφιστεί από τον πόνο χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Να εξασφαλισουμε ηρεμία της ασθενούς με την από-μάκρυνση συγγενών από το θάλαμο. - Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. - Εντριβή των πιεζόμενων μελών.	11. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση.</li> <li>▪ Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Οι συγγενείς απόμακρύνθηκαν, εξασφαλίστηκε ένα ήσυχο και άνετο περιβάλλον.</li> <li>▪ Κατά συχνά χρονικά διαστήματα γίνεται αλλαγή της θέσεως της ασθενούς.</li> <li>▪ Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών.</li> </ul>	11. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Χαλάρωση των μυών και ανακούφιση της ασθενούς.</li> <li>▪ Ο πόνος σταδιακά υποχωρεί και μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό.</li> <li>▪ Η ασθενής ηρεμεί και ξεκουράζεται.</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
12. Δίψα.	12. Αλλαγή από το αίσθημα της δίψας.	12. <ul style="list-style-type: none"> <li>Na εφυγρανθεί η στοματική κοιλότητα της ασθενούς με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.</li> <li>Na προχωρήσουμε σε σταδιακή χορήγηση υγρών από το στόμα.</li> <li>Na χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	12. <ul style="list-style-type: none"> <li>Η στοματική κοιλότητα της ασθενούς εφυγραινεται.</li> <li>Χορηγούνται σταδιακά υγρά από το στόμα.</li> <li>Χορηγούνται υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	12. <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής ανακουφίστηκε.</li> <li>Το αίσθημα της δίψας μετριάσθηκε.</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>13.</p> <p>Ναυτία –έμετοι.</p>	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Απαλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και εξάλειψη των εμέτων.</li> <li>▪ Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών.</li> <li>▪ Πρόληψη αφυδάτωσης.</li> <li>▪ Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</li> </ul>	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Άμεση προμήθεια νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη και άμεση αιτιομάκρυνσή του.</li> <li>▪ Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς σε πλάγια θέση ώστε να αποφευχθεί εισρόφηση εμεσμάτων.</li> <li>▪ Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς.</li> <li>▪ Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Ενημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</li> <li>▪ Πρόσθεση επιπλέον υγρών, προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία.</li> </ul>	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής βοηθήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια των εμέτων.</li> <li>▪ Η κεφαλή της ασθενούς τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση και έτσι αποφεύχθηκε η πιθανότητα εισρόφησης εμεσμάτων.</li> </ul>	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής απαλλάχτηκε από τους εμέτους. Ήνιωθει καλύτερα και είναι ήρεμη και χαλαρωμένη.</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Αϋπνία.</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Χαλάρωση ασθενούς.</li> <li>Εξασφάλιση καλού ύπνου.</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Να μειώσουμε τους θερύβους στο ελάχιστο.</li> <li>Να βοηθήσουμε την άρρωστη να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της.</li> <li>Να δώσουμε τη δυνατότητα στην ασθενή να μιλήσει και να εκφραστεί εφ' όσον αυτό την ανακουφίζει.</li> <li>Να χορηγήσουμε ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών αν αυτό κριθεί αναγκαίο.</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Μειώθηκε στο ελάχιστο ο κάθε είδους θόρυβος.</li> <li>Μέσα από δημιουργική συζήτηση βοηθήσαμε την ασθενή να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της.</li> <li>Ενθαρρύνουμε την ασθενή να εκφραστεί όπως ήθελε προκειμένου να επιτύχουμε την ανακούφισή της.</li> <li>Χορηγήσαμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο ύστερα από ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ησυχία μαζί με την ανακούφιση που επήλθε από τη συζήτηση και την ενημέρωση της ασθενούς, συντελούν στην εξασφάλιση καλού ύπνου.</li> </ul>



Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακτινοθεραπεία.</li> </ul>	<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Σωστή εφαρμογή και εκτέλεση της ακτινοθεραπείας.</li> </ul>	<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να ενημερώσουμε την ασθενή σχετικά με την όλη διαδικασία της ακτινοθεραπείας.</li> <li>▪ Να ζητήσουμε τη συνεργασία της στην εκτέλεση της θεραπείας.</li> </ul>	<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ενημερώσαμε την ασθενή σχετικά με τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, τονίσαμε τη σπουδαιότητα της ακτινοθεραπείας στη φάση της αποθεραπείας της ασθενούς και τέλος ζητήσαμε τη συνεργασία της για την ορθότερη διεξαγωγή της θεραπείας.</li> </ul>	<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής συνεργάζεται πλήρως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πράγμα που καθιστά τη θεραπεία ευκολότερη και σωστότερη.</li> </ul>

Προβλήματα ή Ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακτινοδερματίτιδα (κατά και μετά την ακτινοθεραπεία.</li> </ul>	<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Μείωση και εξάλειψη της ακτινοδερματίτιδας.</li> </ul>	<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Παρακολούθηση της περιοχής που ακτινοβολείται.</li> <li>▪ Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών.</li> <li>▪ Καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό.</li> <li>▪ Τοποθέτηση στην περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Διακοπή της θεραπείας για κάποιο χρονικό διάστημα, αν η βλάβη είναι εκτεταμένη.</li> </ul>	<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Παρακολουθούμε την περιοχή που ακτινοβολείται.</li> <li>▪ Πλένουμε την περιοχή με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι και αποφεύγουμε τη χρήση των οποίωνδήποτε ερεθιστικών ουσιών.</li> <li>▪ Τοποθετούνται αμυλούχες ουδέτερες αλοιφές.</li> </ul>	<p>16.</p> <p>Η ακτινοδερματίτιδα περιορίστηκε.</p>

Η πορεία της κατάστασης της ασθενούς έχει καλώς. Η ασθενής μας αποδέχθηκε την υστερεκτομία και συνεχίζει τη ζωή της όντας ψυχολογικά ενισχυμένη με θάρρος, ελπίδα και αισιοδοξία.

Επόμενες διαγνωστικές εξετάσεις δεν έχουν εμφανίσει καμία μετάσταση.

## 2° Περιστατικό

Η κυρία Χ.Ρ. 45 ετών, μητέρα τριών παιδιών, που γέννησε φυσιολογικά και χωρίς επιβαρυνμένο ιστορικό προσήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική παραπονούμενη για αιμόρροια και δύσσομη κολπική υπερέκκριση.

Η κυρία αυτή υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα αυτών δείχνουν ινομυώματα μήτρας. Αποφασίζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Γίνεται ολική κοιλιακή υστερεκτομή με αφαίρεση του ινομυώματος της μήτρας.

Μετεγχειρητικά τα προβλήματα της ασθενούς ήταν:

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1. Πόνος (μετεγχειρητικός)	1. Εξάλειψη αυτού και ανακούφιση της ασθενούς.	1. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να τοποθετηθεί η ασθενής σε αναπαυτική θέση.</li> <li>▪ Να ανακουφιστεί από τον πόνο χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> <li>▪ Να εξασφαλισουμε ηρεμία της ασθενούς με την απομάκρυνση συγγενών από το θάλαμο.</li> <li>▪ Συχνή αλλαγή της θέσης της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της.</li> <li>▪ Εντριβή των πιεζόμενων μελών.</li> </ul>	1. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση.</li> <li>▪ Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Οι συγγενείς απομακρύνθηκαν και εξασφαλίστηκε ένα ήσυχο και άνετο περιβάλλον.</li> <li>▪ Κατά συχνά χρονικά διαστήματα γίνεται αλλαγή της θέσης της άρρωστης.</li> <li>▪ Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών.</li> </ul>	1. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Χαλάρωση των μυών και ανακούφιση της ασθενούς.</li> <li>▪ Ο πόνος σταδιακά υποχωρεί και μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό.</li> <li>▪ Η ασθενής ηρεμεί και ξεκουράζεται.</li> </ul>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
2. Ναυτία – έμετοι	<p>2. Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και εξάλειψη των εμέτων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών.</li> <li>▪ Πρόληψη αφυδάτωσης.</li> <li>▪ Ηρεμία και χάρωση της ασθενούς.</li> </ul>	<p>2. Άμεση προμήθευση νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη και άμεση απομάκρυνσή του.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς σε πλάγια θέση ώστε να αποφευχθεί εισρόφηση εμεσμάτων.</li> <li>▪ Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς.</li> <li>▪ Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Ενημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</li> <li>▪ Πρόσθεση επιπλέον υγρών προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία.</li> </ul>	<p>2. Η ασθενής βοήθηθηκε καθ' όλη τη διάρκεια των εμέτων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η κεφαλή της ασθενούς τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση και έτσι αποφεύχθηκε η πιθανότητα εισρόφησης εμεσμάτων.</li> <li>▪ Η ασθενής με τη συμβολή των Νοσηλευτών διατηρήθηκε καθαρή. Περιποιήθηκε η στοματική της καθαριότητα, τα λευχειμάτα αλάχτηκαν.</li> <li>▪ Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> <li>▪ Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για την αιτιολογία του εμετού και αυτή ηρέμησε.</li> <li>▪ Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά και η αφυδάτωση αποφεύχθηκε.</li> <li>▪ Αναγράφηκε στη λογοδασία η ποσότητα, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων.</li> </ul>	<p>2. Η ασθενής απαλλάχτηκε από τους εμέτους. Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη και χαλαρωμένη.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
3. Ανησυχία, άγχος και φόβος της ασθενούς.	3. Απαλλαγή της ασθενούς από τα αισθήματα αυτά.	3. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της νόσου και τη μετεγχειρητική της πορεία. χρησιμοποιώντας καθρηχαστικά λόγια και σωστά επιχειρήματα θα συμβάλουμε αποφασιστικά στην ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</li> <li>▪ Να γίνει διαβεβαίωση της ασθενούς ότι η χειρουργική επέμβαση που έγινε θα αποτελέσει ιδανική θεραπεία και θα επιφέρει την πλήρη ίαση της.</li> <li>▪ Να δοθούν διευκρινίσεις στις οποιοσδήποτε απορίες και ερωτήματα της ασθενούς.</li> <li>▪ Να χορηγηθεί κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο, αν κριθεί αναγκαίο σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.</li> </ul>	3. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γίνεται πλήρης και σωστή ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειάς της και για την μετεγχειρητική της πορεία.</li> <li>▪ Διαβεβαιώνουμε την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.</li> <li>▪ Δίνονται απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα της ασθενούς.</li> </ul>	3. Μείωση άγχους και ανησυχίας. Εφραχασμός της ασθενούς. Εξασφάλιση ειτοιμότητας και καλύτερης συνεργασίας με την ασθενή.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
4. Δίψα.	4. Απαλλαγή από το αίσθημα της δίψας.	4. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να εφυγρανθεί η στοματική κοιλότητα της ασθενούς με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.</li> <li>▪ Να προχωρήσουμε σε σταδιακή χορήγηση υγρών από το στόμα</li> <li>▪ Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	4. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η στοματική κοιλότητα της ασθενούς εφυγραίνεται.</li> <li>▪ Χορηγούνται σταδιακά υγρά από το στόμα.</li> <li>▪ Χορηγούνται υγρά παρεντερικά.</li> </ul>	4. Η ασθενής ανακουφίστηκε. Το αίσθημα της δίψας μετριάσθηκε.



Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
5. Επίσχεση ούρων.	5. Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα βάρους που της προκαλεί η γεμάτη ούρα κύστη.	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να γίνουν προσπάθειες από τους Νοσηλευτές για φυσιολογική ούρηση της ασθενούς. Να ανοίξουμε τη βρύση και να σηκώσουμε την ασθενή όρθια συμβουλευόμενοι πάντα τον ιατρό.</li> <li>▪ Να παροτρύνουμε με καθησυχαστικά λόγια την ασθενή να ηρεμήσει γιατί αυτό θα την βοηθήσει στο πρόβλημά της.</li> <li>▪ Παράλληλα, να ετοιμάσουμε τα απαραίτητα για καθετηριασμό ουροδόχου κύστεως, ώστε να τα χρησιμοποιήσουμε σε περίπτωση που τα μέτρα για φυσιολογική ούρηση δεν φέρουν αποτέλεσμα.</li> </ul>	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γίνονται προσπάθειες για φυσιολογική ούρηση της ασθενούς. Η βρύση ανοίγεται και η ασθενής σηκώνεται.</li> <li>▪ Η ασθενής παροτρύνεται να ηρεμήσει.</li> <li>▪ Οι ενέργειες για φυσιολογική ούρηση δε φέρουν αποτέλεσμα, γι' αυτό σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες γίνεται στην ασθενή καθετηριασμός κύστεως.</li> </ul>	5. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ουροδόχος κύστη της ασθενούς σταδιακά αδειάζει. Η συγκέντρωση ούρων στον ουροσυλλέκτη είναι εμφανής. Η ασθενής ηρεμεί.</li> </ul>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
6. Αιμορραγία από την τομή.	6. Να σταματήσει η αιμορραγία.	6. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να παρακολουθηθεί η αιμορραγία και να ειδοποιηθεί το ιατρικό προσωπικό. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη η ασθενής θα πρέπει να επιστρέψει στο χειρουργείο.</li> <li>▪ Να ειδοποιηθεί η τράπεζα αίματος ώστε να μεριμνήσει για αίμα της ομάδος της ασθενούς σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία χορήγηση αίματος.</li> <li>▪ Να γίνει πιεστική περίδεση του τραύματος σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες σε περίπτωση μικρής αιμορραγίας.</li> </ul>	6. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η αιμορραγία παρακολούθηθηκε, όπου και αποδείχθηκε πως ήταν μικρή.</li> <li>▪ Το τραύμα καλύφθηκε με γάζα και έγινε πιεστική περίδεση.</li> <li>▪ Χορήγηση αίματος δεν έγινε διότι δεν κρίθηκε αναγκαία.</li> <li>▪ Έγινε επίδειξη στην ασθενή πώς να βήχει και να αλλάζει θέση, ώστε να αποφευχθεί δυσμενέστερη επιπλοκή.</li> </ul>	6. Η αιμορραγία σταμάτησε. Η ασθενής ηρέμησε. Το τραύμα παρακολούθηται κατά συχνά χρονικά διαστήματα.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
7. Κοιλιακή διατα- ση.	7. Ομαλή λειτουργία του εντέρου.	7. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να περιοριστούν οι τροφές και τα υγρά από το στόμα.</li> <li>▪ Να γίνει παρεντερική αντι-κατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που δεν λαμβάνει η άρρωστη.</li> <li>▪ Να γίνει έγκαιρη έγερση της ασθενούς σύμφωνα πάντα με ιατρικές οδηγίες.</li> <li>▪ Να χορηγηθούν υγρά και μαλακή διαίτα, μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός του εντέρου.</li> </ul>	7. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Περιορίζονται οι τρο-φές και τα υγρά από το στόμα.</li> <li>▪ Γίνεται παρεντερική αντικατάσταση ύδατος και ηλεκτρολυτών.</li> <li>▪ Γίνεται έγερση της ασθενούς.</li> </ul>	7. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ασθενής μετά από κάποιες ώρες συνήλθε. Ο περι-σταλτισμός του εντέ-ρου επανήλθε. Στα-μάτησαμε τον ορό και φτιάξαμε ειδική διαίτα για να μην επαν-εμφανιστεί το πρό-βλημα.</li> </ul>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
8. Υπέρταση.	8. Μείωση της αρτηριακής πίεσης και σταθεροποίησή της σε φυσιολογικά επίπεδα.	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να χορηγηθούν αντιυπερτασικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.</li> <li>▪ Να γίνεται λήψη της αρτηριακής πίεσης σε τακτά χρονικά διαστήματα.</li> <li>▪ Να γίνει ακριβής καταγραφή της αρτηριακής πίεσης.</li> <li>▪ Να διατηρηθεί συνεχής επαφή με την ασθενή προκειμένου να εκτιμηθεί άμεσα τυχόν επιδείνωση της κατάστασής της.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Χορηγήθηκαν αντιυπερτασικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών.</li> <li>▪ Γίνεται συχνή μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης.</li> <li>▪ Διατηρείται συνεχής επαφή του Νοσηλευτικού προσωπικού με την ασθενή όπου και εκτιμάται η γενική κατάστασή της.</li> </ul>	8. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η αρτηριακή πίεση μειώθηκε και επανήλθε σταδιακά σε φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>9. Μελαγχολία. Πεκσιμιστική διάθεση.</p>	<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Απαλλαγή της ασθενούς από άσχημα αισθήματα.</li> <li>▪ Ανάκτηση θάρρους και δυναμικής στάσης απέναντι στην ασθένειά της.</li> </ul>	<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να προγραμματιστούν τακτικοί διάλογοι με την ασθενή για την ανακάλυψη των αιτιών της μελαγχολίας και τη διασκέδασή της.</li> </ul>	<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Πραγματοποιήθηκαν συζητήσεις με την ασθενή. Οι αιτίες της μελαγχολίας ήταν ο φόβος μιας επικείμενης μετάστασης αλλά και η ανησυχία της πως έχασε πλέον τη θηλυκότητα και σεξουαλικότητά της.</li> <li>▪ Γίνεται ενημέρωση σχετικά με την πιθανότητα μετάστασης και εξηγείται στην ασθενή πως η χειρουργική επέμβαση που έγινε δεν θα έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της θηλυκότητας και σεξουαλικότητάς της.</li> </ul>	<p>9.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε. Η διάθεσή της βελτιώθηκε σημαντικά. Η Παλιά της αισιοδοξία αρχίζει να ανακτάται και πάλι.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Ανηκειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
10. Αϋπνία.	10. Χαλάρωση ασθενούς. Εξασφάλιση καλού ύπνου.	10. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να μειώσουμε τους θορύβους στο ελάχιστο.</li> <li>▪ Να βοηθήσουμε την άρρωστη να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της.</li> <li>▪ Να δώσουμε τη δυνατότητα στην ασθενή να μιλήσει και να εκφραστεί εφ' όσον αυτό την ανακουφίζει.</li> <li>▪ Να χορηγήσουμε ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικών οδηγιών, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.</li> </ul>	10. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Μειώθηκε στο ελάχιστο ο κάθε είδους θόρυβος.</li> <li>▪ Μέσα από δημιουργική συζήτηση βοηθήσαμε την ασθενή να απαλλαγεί από τις σκέψεις και τους φόβους της.</li> <li>▪ Ενθαρρύνουμε την ασθενή να εκφραστεί όπως ήθελε προκειμένου να επιτύχουμε την ανακούφισή της.</li> <li>▪ Χορηγήσαμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο ύστερα από ιατρική οδηγία.</li> </ul>	10. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Η ησυχία μαζί με την ανακούφιση που επήλθε από την συζήτηση και την ενημέρωση της ασθενούς, συντελούν στην εξασφάλιση καλού ύπνου.</li> </ul>

Η γενική κατάσταση της ασθενούς τις επόμενες μέρες ήταν καλή. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς βρίσκονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Δεν υπήρχε αιμορραγία και η λειτουργία του εντέρου ήταν καλή. Η σίτισή της ήταν ικανοποιητική. Η ασθενής ύστερα από πολλές συζητήσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποδέχτηκε πλέον την υστερεκτομία.

Η ασθενής έφυγε από το Νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 15 ημερών. Τις έγιναν συστάσεις για επανεξέταση μετά από 10 ημέρες.

Επόμενες διαγνωστικές εξετάσεις δεν εμφάνισαν καμία μετάσταση.

## ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

.....

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

Γι' αυτό όλα τα κράτη της Ευρώπης, άρχισαν ένα γιγαντιαίο αγώνα κατά του καρκίνου, ο οποίος στηρίζεται σε δύο γεγονότα:

1<sup>ο</sup>. Στην πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου και

2<sup>ο</sup>. Στην ίαση του καρκίνου κατόπιν έγκαιρης διάγνωσης.

Απώτερος σκοπός των κρατών της Ευρώπης, είναι η μείωση των θανάτων, όσο το δυνατόν περισσότερο.

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

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

Από επιδημιολογικές και άλλες μελέτες που έγιναν πάνω στον καρκίνο, διαπιστώθηκε έξαρση ή υποχώρησή του, ανάλογα με την αποφυγή ορισμένων και τη λήψη προφυλακτικών μέτρων.

Επίσης διαπιστώθηκε, ότι τα ¾ των περιπτώσεων του καρκίνου, αφορούν πνεύμονα, μαστό, πεπτικό, δέρμα και γεννητικό σύστημα γυναικών. Αυτά τα είδη καρκίνου, έχουν κοινά χαρακτηριστικά, δηλαδή:

Ανιχνεύονται εύκολα και προλαμβάνονται με αποφυγή ορισμένων συνθηκών ή τη βελτίωση συνθηκών διαβίωσης και διατροφής.

Για τον σκοπό αυτό, αναπτύχθηκε ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κατά του Καρκίνου ή ο Δεκάλογος της Ε.Ο.Κ., που υποστηρίζεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντιστοίχων Υπουργείων Υγείας και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.



Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ορισμένες μορφές καρκίνου που μπορεί να προληφθούν, και
- Ότι οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εάν εντοπισθούν εγκαίρως.

Όσον αφορά την πρόληψη αναφέρει:

- Μην καπνίζετε, και εάν καπνίζετε σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα.
- Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.<sup>10</sup>

\*\*\*

## - ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μεγάλη προσφορά του Γ. Παπανικολάου στις γυναίκες έγκειται στον δυνατότητα που μας έδωσε με την κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου της μήτρας (Pap-test) να μπορούμε να διαγνώσουμε τις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου, δηλαδή αλλοιώσεις που με το γυμνό μάτι δεν είναι διαγνώσιμες.

Με τον όρο ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου (ή CIN) περιγράφεται η εκτροπή του επιθηλίου του τραχήλου από το φυσιολογικό μέχρι τον αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου (Carcinoma in situ).

Η μέση ηλικία εμφάνισης της δυσπλασίας στον τράχηλο κυμαίνεται για την ελαφρά δυσπλασία στα 22 χρόνια ενώ για το in situ καρκίνωμα CIN στα 28 χρόνια. Από 800 ασθενείς με CIN το 30% ήταν 20 ετών και νεώτερες. Το 25% ήταν άτεκνες και το 60% είχαν μόνο 1 παιδί ή κανένα. Το 95% είχαν σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 20 ετών. Το 50% είχαν σεξουαλικές σχέσεις από 16 ετών και το 50% είχε 3 ή και περισσότερες σεξουαλικούς συντρόφους.

Το 1988 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων και η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου συμφώνησαν στην ακόλουθη σύσταση η οποία έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτή:

Όλες οι γυναίκες που έχουν ή είχαν σεξουαλικές σχέσεις ή που είναι πάνω από 18 ετών πρέπει να κάνουν κάθε χρόνο Pap-test και γυναικολογική εξέταση. Εφ' όσον μια γυναίκα έχει σε 3 συνεχή χρόνια μια ικανοποιητική κυτταρολογική εξέταση με φυσιολογικά ευρήματα, το Pap-test μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου της.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι παγκοσμίως ο συχνότερος καρκίνος του γεννητικού συστήματος. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις υπανάπτυκτες χώρες και συχνότερα στις χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται από 17-90 ετών, με μέση ηλικία τα 51,4 χρόνια, 15-23 χρόνια μετά από την ηλικία που εμφανίζεται μια ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία.

Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου τραχήλου. Η διακοπή του ελαττώνει τον κίνδυνο, αλλά παραμένει μεγαλύτερος από τις μη καπνίζουσες.

Η μακροχρόνια χρήση των αντισυλληπτικών (>5 χρόνια) φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αντίθεση με την προστατευτική επίδραση που έχει στο ενδομήτριο και τις ωοθήκες.

Οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες ακόμη και το μικροδιηθητικό καρκίνωμα είναι ασυμπτωματικές. Οι ασθενείς με διηθητικό καρκίνο εμφανίζουν αιμόρροια στην επαφή και δύσσομη κολπική υπερέκκριση. Η διάγνωση θα τεθεί με την βιοψία του τραχήλου. Η σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου είναι κλινική.

Τα στάδια της νόσου είναι:

- Στάδιο 1: Το καρκίνωμα περιορίζεται μόνο στον τράχηλο.
- Στάδιο 2: Το καρκίνωμα εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα.
- Στάδιο 3: Το καρκίνωμα επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
- Στάδιο 4: Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα από την πύελο ή επεκτείνεται στο βλεννογόνο της κύστες ή του ορθού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της δυσπλασίας μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Η θεραπεία εξαρτάται από τον βαθμό, την έκταση της νόσου στον εξωτράχηλο, την επέκτασή της στον ενδοτράχηλο, την ηλικία της γυναίκας, τις δυνατότητες του χειρουργείου και το κόστος. Οι θεραπευτικές δυνατότητες είναι η καταστροφή του πάσχοντος επιθηλίου είτε η εξαίρεση με κωνοειδή εκτομή του πάσχοντος τραχήλου.<sup>28</sup>

## **- ΠΕΝΤΕ ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

### **1. Μ' ενδιαφέρει;**

Ναι, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τους συχνότερους στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Ακόμη χάρη στο test-Παπανικολάου όχι μόνο διαγιγνώσκεται έγκαιρα, αλλά επιπλέον μπορούν να ανιχνευθούν προκαρκινικές αλλαγές (δυσπλασίες) στα κύτταρα του τραχήλου, πολύ πριν αυτές εξελιχθούν σε καρκίνο.

Με την έγκαιρη διάγνωση μιας δυσπλασίας, η θεραπεία είναι μια απλή επέμβαση. Από τον κόλπο αφαιρείται ένα τμήμα του τραχήλου της μήτρας σε σχήμα κώνου (κωνοειδής εκτομή).

### **2. Τι πρέπει να κάνω;**

Εάν έχετε ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών ή έχετε αρχίσει σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει κάθε χρόνο να κάνετε test Παπανικολάου μαζί με γυναικολογική εξέταση. Εάν μετά 3 ή περισσότερα χρόνια το test Παπανικολάου είναι φυσιολογικό μπορεί να γίνεται μετά από σύσταση του γυναικολόγου σε μεγαλύτερα διαστήματα. Το test Παπανικολάου είναι μια εξέταση που η λήψη του είναι ανώδυνη, αναίμακτη, εύκολη και γίνεται στο εξωτερικό ιατρείο.

### **3. Τι είναι πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου;**

Τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι ο κατά διαστήματα έλεγχος γυναικών συνήθως ηλικίας 25-60 ετών με test Παπανικολάου.

Στην Ελλάδα υπάρχουν ορισμένα τοπικά προγράμματα ελέγχου. Στο μεγαλύτερο ποσοστό ο προληπτικός έλεγχος στη χώρα μας βασίζεται στην εθελοντική προσέλευση των γυναικών στα Νοσοκομεία και τα ιδιωτικά ιατρεία.

#### **4. Ποια συμπτώματα πρέπει να με ανησυχούν;**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αρχικά δεν παρουσιάζει συμπτώματα και γι' αυτό το λόγο ο προληπτικός έλεγχος είναι αναγκαίος χωρίς κανένα σύμπτωμα.

Εάν εμφανισθεί δύσσομη κολπική υπερέκκριση και αιμορραγία στην επαφή είτε αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την περίοδο, είναι συμπτώματα που μπορούν να προέρχονται από συνήθεις καλοήθεις παθήσεις, αλλά μπορεί και να οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

#### **5. Με ποιόν μπορώ να μιλήσω;**

Ο γυναικολόγος είναι ο ειδικός γιατρός ο οποίος ασχολείται με την πρόληψη και θεραπεία του τραχήλου της μήτρας. Επίσης η μαία ή και το παραϊατρικό προσωπικό που συμμετέχει στην πρόληψη του καρκίνου, μπορούν να ενημερώσουν την γυναίκα και να την κατευθύνουν στους ειδικούς για να γίνει η σωστή διάγνωση και θεραπεία.<sup>17</sup>

## - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

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

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

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων για τον καρκίνο. Το pap-test και οι υπόλοιπες διαγνωστικές μέθοδοι πρέπει να μπορούν να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.
2. Εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου.
3. Προληπτική ενημέρωση των γυναικών, μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής.

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

Η Νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται, για να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη θα πρέπει να συνδυάζει την ανθρωπιά και τη γνώση, θα πρέπει να προσφέρεται με αγάπη και στοργή και να επιστρατεύει όλη την ανθρωπιά και την ανιδιοτέλεια των Νοσηλευτών-τριών.

Κλείνοντας, κρίνουμε αναγκασίο να αναφέρουμε, τα λόγια του Fegcl, τα οποία δεν πρέπει να ξεχνούν όλοι αυτοί που ασχολούνται με την θεραπεία και νοσηλεία του καρκίνου: «Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει τον ασθενή πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπηρεσιών μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού».



## - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Κώτσης Λ.**, «Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων», Τόμος 18<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1984, Σελ. 133-137.
2. **Τσιράκογλου Δημήτριος**, «Ανατομία του Ανθρώπου και Σχηματογραφικός Ανατομικός Άτλαντας», Ιατρικές Εκδόσεις: Αλεξ. Δ. Σιώκη, Θεσσαλονίκη 1976, Σελ. 88-95.
3. **Π. Δουλός και Συνεργάτες**, «Μαθήματα Μαιευτικής Γυναικολογίας», Εκδόσεις: Λύχνος, Αθήνα 1986, Σελ. 434-440 και 447-451.
4. **Χατζημηνά Ι.**, «Επίτομη Φυσιολογία», Εκδόσεις: Γρ. Παρισσιανός – Έκδοση Β΄, Αθήνα 1987.
5. **Ζαρογιάννη Χ., Μακρίδου Σ., Πουλιάνου Ε., Κιζή Θ., Κουτσελίνη Ε.**, «Ιατρική», Τόμος 74, Τεύχος 3, Αθήνα – Σεπτέμβριος 1998, Σελ. 236-238.
6. **Malin Dollinger, M.D. Ernest Rosenbaum, M.D. Grey Cable.**, "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ" Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία, Καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους., Μετάφραση:- Μάθας Χρήστος – Λαμπρόπουλος Σωτήριος, Λαδός Γεώργιος, – Αναγνωστοπούλου Βασιλική., Επιστημονική Επιμέλεια: Μάθας Χρήστος., Γλωσσική Επιμέλεια: Μπουκαλάς Παντελής., Επιμέλεια Έκδοσης: Μάμαλης Αλέκος., Εκδόσεις Κάτοπτρο, Δεκέμβριος '99, Σελ. 335-342.
7. **Παπαχαραλάμπους Νικ.**, «Ειδική Παθολογική Ανατομική», Ιατρικές Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα '86, Σελ. 258.
8. **Παπανικολάου Νίκος Α.- Παπανικολάου Αλέξη Ν.**, «Γυναικολογία», 3<sup>η</sup> Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις: Παρισσιανός, Αθήνα 1994, Σελ. 251-262.

9. **Ευστρατιάδου Μ.**, «Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή και Εμμηνοπαυση». Τόμος 1<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1989, Σελ. 84-89.
10. **Συντονιστής Μπεσμπέας Σταύρος**, Σεμινάριο Νοσηλευτικό με θέμα: «Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, Αποκατάσταση του Καρκινοπαθούς», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Αθήνα '91, Σελ. 30-31, 79.
11. **Αραβαντινός Ι. Διονυσίου**, «Παθολογία της Γυναίκας», Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1985, Σελ. 253, 263-264.
12. **Τζιωρτζιώτης Δ., Κεραμόπουλος Α., Μιχάλης Σ.**, «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 23<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Αθήνα 1987, Σελ. 77-78.
13. **Πλατή Ζωή**, «Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας», Πάτρα 1993.
14. **Αριστοφάνης Χρ. Παπαλούκας.**, «Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής», Τόμος Α', Εκδόσεις: University Studio Press., Θεσσαλονίκη 1985.
15. **Μάμας Λ., Χριστοδούλου Κ., Καστοράς Α., Τραμπούκης Σ., Δεληγιαννίδης Β.**, «Ιατρική», Τόμος 55, Τεύχος 5, Αθήνα - Μάιος 1989, Σελ. 486.
16. **Κούβαρης Ι. Ρ., Παπαβασιλείου Κ. Γ.**, «Ελληνική Ακτινολογία», Τόμος 17, Τεύχος 1—2, Αθήνα - Ιανουάριος - Ιούνιος 1986, Σελ. 34-35.
17. **Δόντας Νίκος, Φιλόπουλος Ευάγγελος**, Τίτλος Άρθρου: «Η Χημειοθεραπεία δεν Επηρεάζει τους Απογόνους». Τίτλος Περιοδικού: *Ca Με Ενδιαφέρει*, Τεύχος 23, Εκδόσεις: Ε.Α.Ε., Αθήνα - Αύγουστος-Σεπτέμβριος '97.



18. Μισαηλίδου Δ., Παπαδήμας Α., Βαλάσης Κ., Αντωνιάδου Π., Κελλαρτζής Α., Δεστούνη Σαλέμ Ε., «Γαληνός», Τόμος 39, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1997, Σελ. 178-173.
19. Ελευθεριάδης Παν., Αναστασιάδης Παν., Λάμπας Κων., Λινόπουλος Γ., Weitzel Hans, «Αρχαία Ελληνική Ιατρική», Τόμος 4<sup>ος</sup>, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, Αθήνα - Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1987.
20. Συντονιστής Μπεσμπέας Σταύρος, Σεμινάριο Νοσηλευτικό με θέμα: «Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα του Καρκινοπαθούς», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αθήνα '91, Σελ. 103-104.
21. Σαχίνη- Καρδάση Άννα, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 2<sup>ος</sup>, Μέρος Β', Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, Σελ 709-712.
22. Σαχίνη- Καρδάση Άννα, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 2<sup>ος</sup>, Β' Έκδοση, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, Σελ. 460-463.
23. Σαχίνη- Καρδάση Άννα, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1<sup>ος</sup>, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, Σελ. 110-111.
24. Πρακτικά 18<sup>ου</sup> Ετησίου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, «Βελτίωση Νοσηλευτικής Φροντίδας – Κοινωνική Προσφορά» – Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Έκδοση Ascent Ε.Π.Ε. – Δημόσιες Σχέσεις, Εκδόσεις: Ξενοδοχείο Κάραβελ, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1991, Σελ 103-109.
25. Παναγέας Σ., Θεοδωρακόπουλος Π., Μπούρας Α., Κόκορη Μ., «Ιατρική Επιθεώρηση Ι.Κ.Α.», Τόμος 2<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 1991, Σελ. 181-183.

26. **Κυριακίδου Ελένη**, «Κοινωνική Νοσηλευτική», Προϊστάμενος  
Τυπογραφείου: Καφούρος Γ., Αθήνα 1995, Σελ. 204-207.
27. **Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτρης**, «Προληπτική Ιατρική»,  
Εκδόσεις: Γρ. Παρισσιανός, Αθήνα 1986, Σελ. 64.
28. **Γ.Χ. Φραγκάκης**, Αφιέρωμα: «Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας», Περιοδικό:  
Ca Με Ενδιαφέρει», Υπεύθυνοι Έκδοσης: Δόντας Ν., Φιλόπουλος Ε.,  
Τεύχος 23, Εκδόσεις: Ε.Α.Ε., Αθήνα – Αύγουστος – Οκτώβριος 1997, Σελ.  
22-23.

\*\*\*