

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΑΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : Γεωργιοπούλου Γεωργία

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Μαχά Αναστασία, Πάτρα Μάρτιος 2004

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ανατομία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	6
1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	12
1.3. Άλλα όργανα σχετικά με το γεννητικό σύστημα.....	15
1.4. Αγγείωση της πυέλου.....	16
1.5. Νεύρωση γεννητικών οργάνων.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Φυσιολογία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

2.1. Ορμονικό σύστημα της γυναίκας.....	17
2.2. Ωοθηκικός κύκλος και η δράση των ορμονών.....	17
2.2.1 Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας.....	18
2.2.2 Φυσιολογία τραχηλικών κυττάρων.....	19
2.3. Ενδομήτριος κύκλος.....	20
2.4. Γονιμοποίηση.....	20
2.5. Εμμηνόπαυση.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Επιδημιολογία- Αιτιολογικοί παράγοντες

3.1. Επιδημιολογία.....	22
3.2. Αιτιολογικοί- Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Μορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας

4.1. Ιστολογικοί όροι.....	27
4.2. Καλοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου.....	27
4.3. Κακοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου.....	28
4.4. Προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Σταδιοποίηση- τρόποι επέκτασης του όγκου

5.1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	34
5.2. Τρόποι επέκτασης του όγκου.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Συμπτώματα- καρκινογένεση τραχηλικού καρκίνου

6.1. Συμπτώματα καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	37
6.2. Τι είναι καρκίνος.....	37
6.3. Καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : Διάγνωση

7.1. Ανοσολογία.....	41
7.2. Κλινική εξέταση.....	41
7.2.1. Επισκόπηση.....	41
7.2.2. Ψηλάφηση.....	42
7.3. Απεικονιστικές μέθοδοι.....	42
7.4. Τεστ Παπανικολάου.....	42
7.4.1. Ερμηνεία τραχηλικών επιχρισμάτων.....	43
7.4.1.1. Κυτταρολογική κατάταξη επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου.....	43
7.4.1.2. Κυτταρολογική κατάταξη επιχρισμάτων με το σύστημα Bethesda.....	44
7.4.2. Μεταβλητές που οδηγούν σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα...	45
7.4.3. Νέο Τεστ.....	46
7.5. Κολποσκόπηση.....	47
7.6. Δοκιμασία Schiller.....	48
7.7. Ενδοτραχηλική απόξεση.....	48
7.8. Βιοψία τραχήλου- Κωνοειδής εκτομή.....	48
7.9. Ιστοληψία τραχήλου μήτρας.....	49
7.10. Ανίχνευση HPV.....	50
7.11. Αιματολογικές & άλλες εξετάσεις.....	50
7.12. Διαφορική διάγνωση.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Θεραπεία

8.1. Κριτήρια επιλογής της θεραπείας.....	52
8.2. Χειρουργική θεραπεία.....	52
8.2.1. Μέθοδοι καταστροφής των νοσούντων ιστών.....	52
8.2.2. Μέθοδος ηλεκτροχειρουργικής εξαίρεσης του εξωτραχήλου..	53
8.2.3. Κωνοειδής εκτομή τραχήλου.....	53
8.2.4. Υστερεκτομία.....	54
8.2.5. Πυελική εξεντέρωση.....	55
8.2.6. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας.....	55
8.3. Ακτινοθεραπεία.....	56
8.3.1. Τύποι ακτινοθεραπείας.....	57
8.3.2. Προσδιορισμός της δοσολογίας & είδος.....	57
8.3.3. Επιπλοκές ακτινοθεραπείας.....	58
8.4. Χημειοθεραπεία.....	59

8.4.1. Κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	60
8.4.2. Θεραπεία επιλογής.....	61
8.4.3. Χημειοθεραπεία μαζί με ακτινοβολία.....	61
8.5. Αντιμετώπιση ανάλογα με το στάδιο ταξινόμησης.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : Παρακολούθηση

9.1. Παρακολούθηση καρκινοπαθούς.....	64
9.2. Υποτροπή καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	64
9.3. Αποτελέσματα θεραπευτικής αντιμετώπισης	65
9.4. Ελπίδες για το νέο εμβόλιο.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : Καρκίνος τραχήλου μήτρας κατά την κύηση 67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 : Καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος 68

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Νοσηλευτική φροντίδα κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις 69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χειρουργική θεραπεία

2.1. Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	72
2.1.1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.....	72
2.1.2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.....	74
2.1.3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.....	74
2.2. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	74
2.3. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών.....	76
2.4. Διδασκαλία- σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

3.1. Παρενέργειες ακτινοθεραπείας.....	78
3.2. Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών.....	79
3.3. Μέτρα προστασίας νοσηλευτή.....	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : <u>Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία</u>	
4.1. Παρενέργειες κατά τη χημειοθεραπεία.....	82
4.2. Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : <u>Νοσηλευτική φροντίδα σε υποτροπή</u>	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : <u>Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων</u>	
6.1. Ειδικά προβλήματα και νοσηλευτική αντιμετώπιση.....	87
6.2. Θεραπευτικές μέθοδοι αναλγησίας του καρκινικού πόνου.....	89
6.2.1. Νοσηλευτικές προσπάθειες περιορισμού του πόνου.....	89
6.2.2. Φαρμακευτική αγωγή για την αναλγησία του πόνου.....	90
6.3. Άλλες μέθοδοι αναλγησίας του καρκινικού πόνου.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : <u>Ψυχικές αντιδράσεις στη γνωστοποίηση της αρρώστιας</u>	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : <u>Τρόποι ενημέρωσης καρκινοπαθούς</u>	
8.1. Τρόποι αντιμετώπισης της ενημέρωσης.....	96
8.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην ενημέρωση.....	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : <u>Αποκατάσταση</u>	
9.1. Αποκατάσταση καρκινοπαθούς.....	99
9.2. Στόχος προς την πλήρη αποκατάσταση.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : <u>Κατ' οίκον νοσηλεία</u>	
10.1. Κατ' οίκον νοσηλεία καρκινοπαθούς.....	102
10.2. Καθήκοντα νοσηλευτή στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 : <u>Πρόληψη</u>	
11.1. Πλεονεκτήματα & μειονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου.....	103
11.2. Πρόληψη & ανίχνευση του καρκίνου- νοσηλευτικός ρόλος.....	104
11.3. Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.....	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 : Το μέλλον της Ογκολογικής Νοσηλευτικής	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 : Περιπτώσεις ασθενών – Νοσηλευτική διεργασία	
13.1. Περιστατικό Α.....	107
13.1.1. Νοσηλευτική διεργασία.....	109
13.2. Περιστατικό Β.....	123
13.2.1. Νοσηλευτική διεργασία.....	123
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	131
Βιβλιογραφία.....	133

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αξία και πολυτιμότητα της ανθρώπινης ζωής φιλοσοφικά και πρακτικά δε θα μας απασχολήσει ως ερώτημα : είναι το δεδομένο. Και αυτό αναμφισβήτητα μας οδηγεί στις συνιστώσες που ορίζουν την ανθρώπινη υπόσταση ως ψυχική και σωματική υγεία.

Η απειλή της υγείας από διάφορες ασθένειες σημαίνει απειλή ζωής και η αδιαφορία γι' αυτό δεν είναι το δεδομένο. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε υπάρχει κι όλο εξελίσσεται από τον Ιπποκράτη ως σήμερα η επιστήμη της υγείας.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που απειλούν και καταστρέφουν την υγεία. Άλλοι οδηγούν σε ασθένειες που είναι σοβαρές κι άλλοι όχι. Μία από τις σοβαρότερες είναι ο καρκίνος που σαν έννοια είναι πολύ γενική και περιεκτική μιας και περιλαμβάνει πολλά είδη και εμφανίζεται με πολλές μορφές. Κρίνεται, γενικά, σαν σοβαρότερη λόγω αφ' ενός του πολυδιάστατου της μορφής του και αφ' ετέρου λόγω κινδύνου που συνεπάγεται για την απαρχή της ζωής : το ανθρώπινο κύτταρο.

Στην παρούσα εργασία θα μας απασχολήσει μία συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, αυτός του τραχήλου της μήτρας, αφού η μήτρα είναι η απαρχή της ζωής · φιλοξενώντας τα πρώτα κύτταρα δικαιώνει το μετέπειτα ορισμό « Δέντρο Ζωής ».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα ασθενούς με καρκίνο είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα των ατόμων εκείνων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς η Νοσηλευτική είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου, αφού του παρέχει φροντίδα κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του. Είναι ένα καθήκον που δημιουργεί άπειρες ευθύνες και υποχρεώσεις και επιστρατεύει όλες τις ψυχικές αρετές, την ανθρωπιά, την επιμονή και επιμονή των νοσηλευτών, ώστε να ανταποκριθούν με συνέπεια σε ένα τόσο δύσκολο έργο.

Στόχος αυτής της εργασίας, η οποία διεξήχθη κατά τη διάρκεια του 8^{ου} εξαμήνου σπουδών μου στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, είναι να εισάγει το μελετητή στη φιλοσοφία και στην παροχή της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας προσφέροντας όλα τα βασικά στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος.

Λόγω της πολυπλοκότητας και του μεγάλου εύρους του εξεταζόμενου θέματος κρίθηκε απαραίτητος ο χωρισμός της εργασίας σε δύο κύρια μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται κάποια γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όπως η ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, επιδημιολογικά και παθολογοανατομικά στοιχεία του καρκίνου, καθώς και στοιχεία προδιάθεσης και αιτιολογίας αυτού. Στη συνέχεια, δίνεται έμφαση στη διάγνωση, τη σταδιοποίηση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται λόγος για το ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά το διαγνωστικό έλεγχο, κατά τη θεραπεία (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) αλλά και μετά από αυτή. Αναφέρονται οι τρόποι αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων της καρκινοπαθούς, ο τρόπος ενημέρωσης της για την ασθένεια και η κατ'οίκον προσφορά του νοσηλευτή στην ασθενή. Στο τέλος του δεύτερου μέρους της εργασίας παρατίθενται δύο περιστατικά ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας και τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται και να εφαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

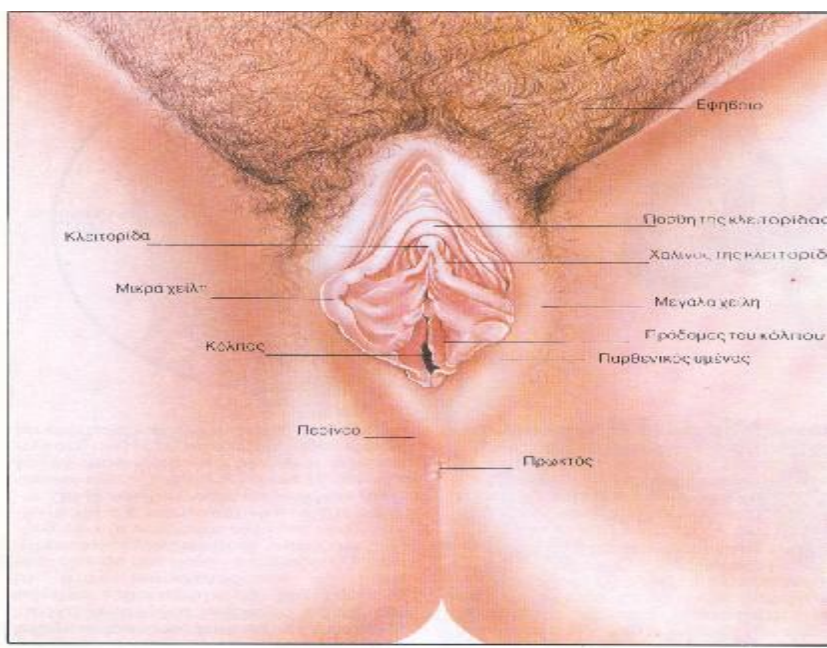
Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, κα. Αναστασία Μαχά για την πολύτιμη βοήθειά της και την ανθρώπινη προσέγγισή της στην προσπάθειά μου αυτή.

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει κατά κύριο λόγο στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής και τη διαίωνιση του είδους. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά και χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείμματα του, τα μύρτα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο, ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες.¹

1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω μέρος της εισόδου του κόλπου. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός.² Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο, που εμφανίζει σχήμα τριγωνικό. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή του στο περίνεο.¹ Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή.³

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βαρθολίνειους αδένες, τους βολβούς του προδρόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα.^{1,3}



Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης

Αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών.³ Είναι μια υποστρόγγυλη τριγωνική περιοχή, που η βάση της αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προηβική ηλικία είναι άτριχο. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωσή του. Το εφηβαίο χαρακτηρίζεται από την άθροιση άφθονου υποδόριου ιστού που διασχίζεται από ινώδεις δεσμίδες.¹

Μεγάλα χείλη του αιδοίου

Είναι δύο δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές, που αποτελούν τα πλάγια όρια του. Στη μέση γραμμή εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη, συνδετικό ιστό και μερικές δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα στην εξωτερική τους επιφάνεια έχει τρίχες και μοιάζει με το δέρμα του οσχέου, ενώ στην εσωτερική είναι άτριχο, λείο και ροδαλό. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σ σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στη μετάπτωσή τους, στο εφήβαιο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμό τους.¹ Η κατάληξή τους είναι το περίνεο.³

Μικρά χείλη του αιδοίου

Είναι δύο δερμάτινες πτυχές που βρίσκονται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και συνήθως καλύπτονται από αυτά. Προς τα πάνω αποσχίζονται σε δύο μέρη, που συνενώνονται με τα αντίστοιχα τμήματα της αντίθετης πλευράς και σχηματίζουν την πόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό. Μεταξύ του χαλινού των μικρών χειλέων και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα, που ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ινώδη συνθετικό ιστό και ελαστικές ίνες.¹ Το δέρμα τους δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη πολύ ευαίσθητα.³

Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα αποτελείται από δύο σφραγγώδη σώματα, που αρχίζουν από τους ηβοίσχιακούς κλάδους των ηβικών οστών και ονομάζονται σκέλη. Το δεξιό και αριστερό σκέλος στην πορεία τους προς τα εμπρός και πάνω συνενώνονται στη μέση γραμμή και σχηματίζουν το σώμα της, που καταλήγει σε μια πάχυνση, τη βάλανο.¹ Η κλειτορίδα έχει μήκος 3-4 εκ. και περιβάλλεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο.³

Πρόδρομος του κόλπου

Είναι η περιοχή που ορίζεται μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου και εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Στην άνω περιοχή του προδρόμου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, που περιβάλλεται από τους παραουρηθρικούς αδένες, ενώ οι εκφορητικοί πόροι των βαρθολινείων αδένων εκβάλλουν στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών χειλέων. Εκεί βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας.¹

Βαρθολίνειοι αδένες

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης παράγουν βλέννα που εκκρίνεται στον πρόδρομο του κόλπου λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγρανθεί ο κόλπος.^{1,3}

Βολβοί του προδρόμου

Είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς και αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα. Αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άνδρα και κατά τη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος στενεύοντας τον κόλπο.³

Παραουρηθρικοί αδένες

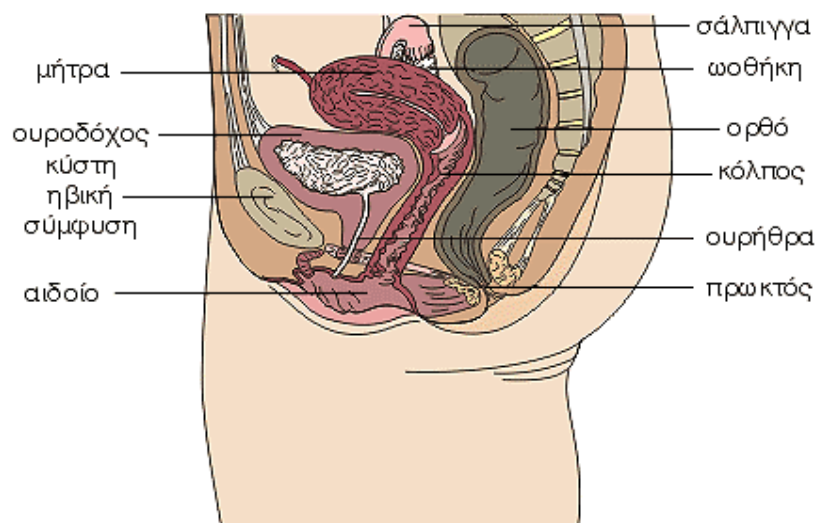
Είναι πολυάριθμες κρύπτες που βρίσκονται συνήθως στην περιοχή που ορίζεται από την κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας η γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο από τους αδένες είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άνδρα.¹

Παρθενικός υμένας

Είναι μια λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται στην κολπική της επιφάνεια από πολύστοιβο πλακώδες και στην αιδοϊκή από κυλινδρικό επιθήλιο. Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει ποικιλία όσον αφορά το πάχος, την ελαστικότητα και τον αριθμό το σχήμα και το μέγεθος των τρημάτων του. Αποτέλεσμα των πιο πάνω ανατομικών ποικιλιών είναι η διάκρισή του σε ηθμοειδή, μηνοειδή, δακτυλιοειδή, κροσσώτο, δίθυμο, άτρητο, ελαστικό, ινώδη κ.τ.λ.¹ Αν δεν επιτρέπει το άνοιγμά του συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.³

1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα

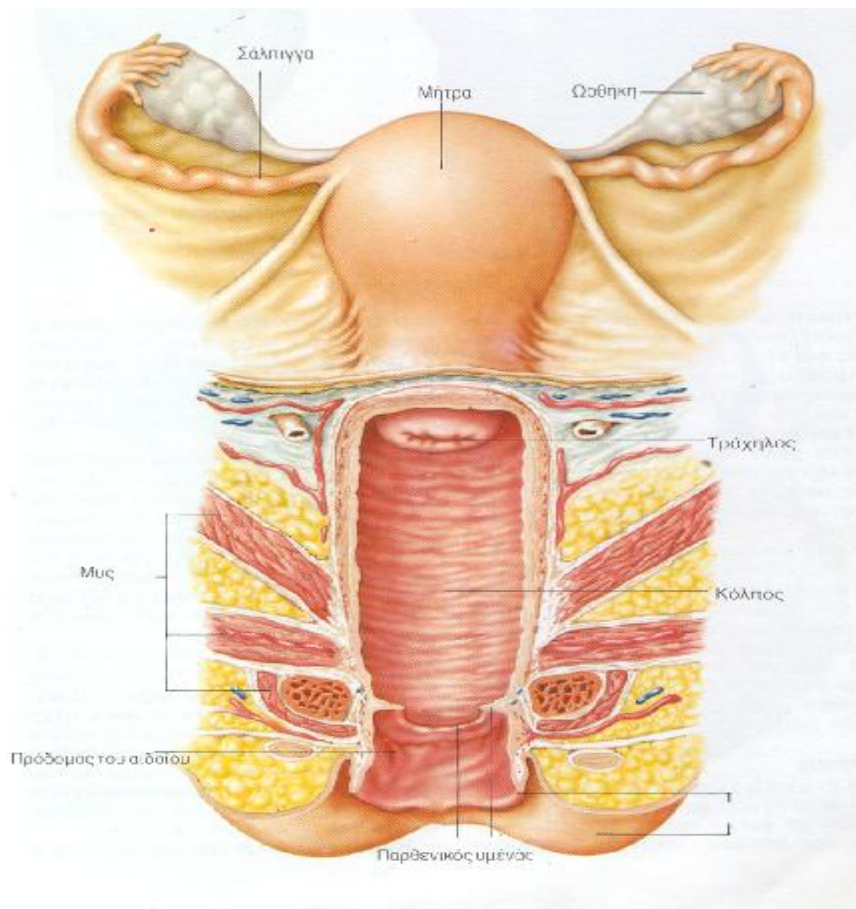
Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα και αποτελούνται από τον κόλπο ή κολεό, τη μήτρα, της σάλπιγγες ή ωαγωγούς και τις ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα.²



Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, καμπυλωτό σα σήραγγα, μήκους 8-12 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια ώστε σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του κι έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του στον πρόδρομο του κόλπου. Έχει επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο είναι μακρύτερο από το πρόσθιο γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Γύρω από την κολπική μοίρα του τραχήλου και τα κολπικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό. Οι κολπικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και να είναι πάντα υγροί.³ Τα τοιχώματα του κόλπου αποτελούνται από επιθήλιο και μυϊκό χιτώνα. Το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύστοιβο πλακώδες



και το πάχος του εξαρτάται άμεσα από την επίδραση των ωοθηκικών στεροειδών ορμονών.¹

Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο με παχιά τοιχώματα κι έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γρ. και στη γυναίκα που γέννησε 70 γρ. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2,5-3 εκ. και μήκος 7,5 εκ. περίπου.^{1,2,3} Η μήτρα είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε ν' αυξάνεται η χωρητικότητά της. Καταλαμβάνει το μέσο της πυέλου μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από το στρογγυλεμένο άνω τμήμα τον πυθμένα, το μεσαίο τμήμα το σώμα και το κατώτερο τμήμα τον τράχηλο.^{1,2} Το σώμα είναι ογκώδες και τριγωνικό ενώ ο τράχηλος είναι στενό και κυλινδρικό τμήμα. Ανάμεσα στον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός εσωτερικά αντιστοιχεί στο έσω στόμιο.³

Τράχηλος

Ο τράχηλος έχει μήκος περίπου 2,5 εκ. και διακρίνεται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας και την ενδοκολπική μέσα στον κόλπο που είναι συνέχεια της πρώτης.³ Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατρακτοειδές και

εμφανίζει στο βλεννογόνο της τις φοινικοειδείς πτυχές, οι οποίες έχουν προορισμό την αρτιότερη σύγκλειση του τραχηλικού σωλήνα. Προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.⁴

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο, και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες, που ο αριθμός τους ποικίλει από άτομο σε άτομο και αυξάνεται στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε ένα στοίχο. Μέσα στο στρώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες.¹

Η μήτρα που φέρει ολόκληρο σχεδόν το βάρος της εγκυμοσύνης έχει ανάγκη από ισχυρή στήριξη, στην οποία συμβάλλουν:

1. Στρογγύλοι σύνδεσμοι
2. Πλατείς σύνδεσμοι
3. Πλάγιοι σύνδεσμοι
4. Ιερομητρικοί σύνδεσμοι
5. Μητροκυστικοί σύνδεσμοι^{3,4}

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Είναι δύο σωλήνες, που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου κι έχουν μήκος 10-12 εκ. περίπου. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που ακουμπά στις ωοθήκες. Από άποψη περιγραφής τους διακρίνεται το διάμεσο, το ισθμικό, το λυκηθικό και το κωδωνικό τμήμα καθώς επίσης και δύο στόμια, το μητρικό και το κωδωνικό. Το κωδωνικό τμήμα τελειώνει σε 10 ως 15 κροσσούς, που καταλήγουν ελεύθερα, εκτός από ένα, το μεγαλύτερο, που ακουμπά στην ωοθήκη και ονομάζεται ωοθηκικός κροσσός ή ίδιος σύνδεσμος του ωαγωγού.

Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από ορογόνο, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο. Ο ορογόνος σκεπάζει τις σάλπιγγες από τα εμπρός, πάνω και πίσω, ενώ η κάτω επιφάνεια αντιστοιχεί στην πρόσφυση του μεσοσαλπιγγίου και μένει ακάλυπτη. Το μυϊκό τοίχωμα των σαλπίγγων σχηματίζεται από λείες μυϊκές ίνες, που ξεχωρίζουν σε δύο στιβάδες, την εσωτερική από μακρές και την εσωτερική από κυκλικές ίνες. Στο διάμεσο ή ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας ο μυϊκός χιτώνας σχηματίζεται από ένα πλέγμα λείων μυϊκών ινών, που προέρχονται από το μυομήτριο. Ο βλεννογόνος των σαλπίγγων ή ενδοσαλπίγγιο αποτελείται από τριών ειδών κύτταρα: κροσσωτά, εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και εκκριτικά.¹

Αποστολή των σαλπίγγων είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, με περισταλτικές κινήσεις για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν τη σύλληψη. Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει μέρος στο έξω ένα τρίτο της σάλπιγγας.²

Ωοθήκες

Είναι δύο συμπαγείς στη σύσταση, ινώδεις, λευκές προς το ασημί και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου.² Το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γρ. και

βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατέων συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τοιχώματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωοθηκικοί βόθροι.³ Παρομοιάζονται σαν «αποθήκες του γενετικού υλικού», δηλαδή των ωαρίων και αποτελούνται, από έξω προς τα μέσα, από τον ινώδη χιτώνα με μονόστιβο επιθήλιο στην επιφάνειά του, τη φλοιώδη και τη μυελώδη ουσία. Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωοθηκικό παρέγχυμα που στα κορίτσια κατά τη γέννηση υπολογίζεται, ότι αποτελείται από 1.000.000 ωοκύτταρα. Από αυτά τα ωοκύτταρα 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, ύστερα από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5 ως 10 χιλιάδες.¹ Στην εφηβεία οι ωοθήκες αρχίζουν να απελευθερώνουν συστηματικά ένα ωάριο τη φορά. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι την εμμηνόπαυση εκτός αν διακοπεί από εγκυμοσύνη ή χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες ατροφούν.²

1.3. Άλλα όργανα σχετικά με το γεννητικό σύστημα

Ουρήθρα

Η γυναικεία ουρήθρα αποτελεί λεπτό σωλήνα μήκους 3,5 εκ. περίπου που εκτείνεται ανάμεσα από το ουρηθρικό στόμιο της ουροδόχου κύστης και τον πρόδρομο του κόλπου, όπου εκβάλλει με το εξωτερικό στόμιο της. Τα τοιχώματά της αποτελείται από δύο χιτώνες το μυϊκό και το βλεννογόνο.

Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη είναι κοίλο μυώδες όργανο, που βρίσκεται ανάμεσα από την ηβική σύμφυση και τη μήτρα και δέχεται τα ούρα των νεφρών με τους δύο ουρητήρες. Στην ουροδόχο κύστη διακρίνουμε την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα.

Ουρητήρες

Οι ουρητήρες είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες μήκους 30 εκ. περίπου, που αποτελούνται από ορογόνο χιτώνα, μυϊκό, ινώδη και βλεννογόνο.

Ορθό

Το ορθό έχει μήκος 12-15 εκ. περίπου και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού και τον κόκκυκα. Διακρίνεται σε δύο μούρες την ιερή και την περινεϊκή.

Πυελικό έδαφος

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου. Προς τα εμπρός έχει την ηβική σύμφυση και τους ηβοϊσχιακούς κλάδους, στα πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα και πίσω τον κόκκυγα.

1.4. Αγγείωση της πυέλου

Αρτηρίες

Η αιμάτωση των πυελικών οργάνων πραγματοποιείται από τις παρακάτω αρτηρίες:

- α) Ωοθηκικές λαγόνιες αρτηρίες
- β) Εσωτερικές λαγόνιες αρτηρίες
- γ) Μητριάιες αρτηρίες
- δ) Εσωτερικές αιδοϊκές αρτηρίες
- ε) Άνω αιμορροϊδικές αρτηρίες

Φλέβες

Οι φλέβες της πυέλου αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το κυστικό, το αιμορροϊδικό και το μητροκολπικό πλέγμα.

Κυστικό πλέγμα :Αυτό περιβάλλει την ουροδόχο κύστη.

Αιμορροϊδικό πλέγμα:Αυτό περιλαμβάνει το κατώτερο άκρο του ορθού.

Μητροκολπικό πλέγμα:Αυτό βρίσκεται ανάμεσα από τα πέταλα του πλατύ συνδέσμου και φέρει με τις μητριάιες φλέβες το αίμα στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες.

1.5. Νεύρωση των γεννητικών οργάνων

Συνοπτικά ,η νεύρωση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας ξεχωριστά για κάθε όργανο, γίνεται όπως παρακάτω:

Εφηβαίου: Από το λαγονοβουβωνικό νεύρο.

Περινέου: Από αιμορροϊδικούς κλάδους των αιδοϊκών νεύρων και περινεϊκούς των μηροδερματικών .

Μεγάλων χειλέων: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα.

Μικρών χειλέων: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα.

Κλειτορίδας: Από τα υπογάστρια, αιδοϊκά και πυελικά συμπαθητικά νεύρα.

Κόλπου: Από το μητροκολπικό πλέγμα.

Μήτρας: Από το μητροκολπικό πλέγμα, που βρίσκεται ανάμεσα στον τράχηλο και τους κολπικούς θόλους. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του πλέγματος αυτού περιγράφεται ως τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauser.

Σαλπύγγων: Από το ωοθηκικό και μητροκολπικό πλέγμα

Ωοθηκών: Από τους κλάδους του αορτικού και του νεφρικού συμπαθητικού πλέγματος³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ορμονικό σύστημα της γυναίκας

Στο ορμονικό σύστημα της γυναίκας λαμβάνουν μέρος τρεις κατηγορίες ορμονών:

- ✓ A) Η υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη: GnRH ή LHRH (γωναδορελίνη)
- ✓ B) Οι ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης : ωοθυλακιοτρόπος (FSH), ωχρινοτρόπος(LH) και προλακτίνη(PRL). Εκκρίνονται με την επίδραση της
- ✓ Γ) Οι ορμόνες των ωοθηκών : οιστρογόνα, προγεστερόνη. Εκκρίνονται με την επίδραση των FSH και LH

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια των διάφορων φάσεων του κύκλου της γυναίκας⁵

2.2. Ωοθηκικός κύκλος και η δράση των ορμονών

Όσα συμβαίνουν στις ωοθήκες από τη μια εμμηνορρυσία ως την άλλη δηλαδή στη διάρκεια ενός γεννητικού κύκλου αναφέρεται ως ωοθηκικός κύκλος. Αυτός κρατάει περίπου 28 ημέρες με αποκλίσεις 21-34 ημέρες.³

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες, όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο με σημείο αφετηρίας, την έμμηνο ρήση.

Πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται ορμόνες που έχουν σαν σκοπό:

- α) F.S.H. την ωρίμανση του ωοθυλακίου.
- β) L.H. την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την F.S.H.
- γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου.

Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γωναδοτροπινών και με την F.S.H. ωριμάζει το ωοθυλάκιο, η κοκκώδης στιβάδα του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν:

1. υπερπλασία της μήτρας
2. υπερτροφία του ενδομητρίου
3. υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου
4. έκκριση τραχηλικής βλέννας
5. δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου

Με την L.H. προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχρό σωματίο που εκκρίνει την προγεστερόνη με την οποία τροποποιείται:

1. η υφή του ενδομητρίου
2. μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου
3. τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννας

Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 μέρες.⁶

2.2.1. Φυσιολογία του τραχήλου της μήτρας

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

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

Μεταβολές, όμως εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας, που συνίστανται κυρίως σε αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλικών αδένων στην αντίστοιχη αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας. Παράλληλα μ' αυτή την ποσοτική επίδραση των οιστρογόνων πάνω στην παραγωγή της τραχηλικής βλέννας υπάρχει και ποιοτική μεταβολή. Πράγματι, όσο πλησιάζουμε προς τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά την χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση τη στιγμή της ρήξεως του ωοθυλακίου. Φαίνεται, ότι το φαινόμενο της κρυστάλλωσης της βλέννας οφείλεται σε ανόργανα στοιχεία και πιο ειδικά στο χλωριούχο νάτριο, η δε κρυστάλλωση θεωρείται γενικά φαινόμενο έντονης οιστρογονικής επίδρασης. Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητά της τραχηλικής βλέννας που φθάνει ακόμα και τα 20 έως 25 εκατοστά τη μέρα της ωοθυλακιορρηξίας.

Η μεταβολή αυτή την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας εξασφαλίζει τις ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα στη μητρική κοιλότητα. Μετά την 14η ημέρα του κύκλου η βλέννα παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγενέστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυστάλλωσης, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητας της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορρυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Το ΡΗ της τραχηλικής βλέννας από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι στην διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμη περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης. Όπως φαίνεται λοιπόν, και ο τράχηλος της μήτρας επηρεάζεται λειτουργικά από τις ωοθηκικές ορμόνες και παρουσιάζει κι αυτός του κύκλου του, με αποκορύφωμα το τέλος της πρώτης φάσης, που συμπίπτει με την ωοθυλακιορρηξία και χαρακτηρίζει το μέγιστο της οιστρογονικής δραστηριότητας και με ολοκλήρωση στη δεύτερη φάση που συμπίπτει με την παράλληλη επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες μικροκρύπτες και σχισμές του τραχήλου της μήτρας παράγεται κάτω από την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα. Αλλά και η χημική σύσταση της βλέννας παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η βλέννα αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας ενώ

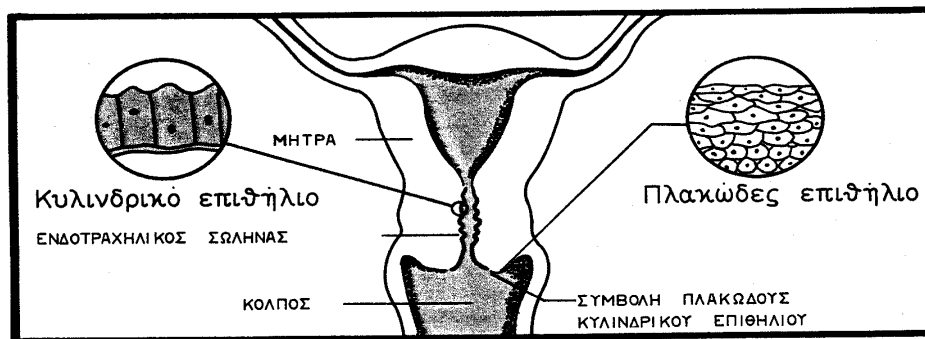
είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας.

Πριν από την ωοθυλακιωρηξία η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Τη στιγμή όμως της μεγαλύτερης οιστρογονικής παραγωγής που αντιστοιχεί στην εκκριτική αιχμή της L.H. η βλέννα γίνεται λεπτόρρευστη, πιο υδαρή, αλκαλικότερη και χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της. Οι μεταβολές είναι χαρακτηριστικές και χρησιμοποιούνται σαν δείκτες για διαπίστωση της ωοθυλακιωρηξίας. Μεταβολή επίσης γίνεται στην οξεοβασική ισορροπία δηλαδή στο ΡΗ της βλέννας, το οποίο από ελαφρώς όξινο μετατρέπεται σε αλκαλικό κατά την ωοθυλακιωρηξία.⁷

2.2.2. Φυσιολογία τραχηλικών κυττάρων

Κατά τη γέννηση υπάρχουν παρόντα δύο τύποι τραχηλικών κυττάρων :τα πλακώδη και τα κυλινδρικά. Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από μη κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο, το οποίο αντικαθίσταται κάθε 4-5 ημέρες. Η αντικατάσταση αυτή γίνεται διαδοχικά με τις διαδικασίες του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, της ωρίμανσης και της αποφολιδώσεως των κυττάρων. Οι στιβάδες των κυττάρων του πλακώδους τραχηλικού επιθηλίου είναι τέσσερις(βασική –παραβασική - διάμεση-επιφανειακή). Το πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου χαρακτηρίζεται από ωρίμανση των κυττάρων του, που γίνεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων.

Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μια μόνο στιβάδα υψηλών κυλινδρικών κυττάρων και σχηματίζει πτυχές και κρύπτες. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου αποτελείται από δύο τύπους κυττάρων :τα βλεννώδη και τα κροσσωτά. Τα βλεννώδη είναι τα περισσότερα και είναι τοποθετημένα ως “ πάσσαλοι σε φράκτη” με τον πυρήνα προς τη βάση και με ωχρο κύτταρόπλασμα που περιέχει βλέννα. Τα κροσσωτά είναι πολύ λίγα και είναι ανάλογα μ’αυτά που βρίσκονται κατά πλειοψηφία στις σάλπιγγες.



Σίλλερμαν

Ο τράχηλος της μήτρας.

Το σημείο συμβολής του κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου και του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου είναι γνωστό σαν ζώνη μετάπτωσης. Έχει πολύ μεγάλη σημασία γιατί είναι η περιοχή στην οποία αρχίζει καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας.⁸

2.3. Ενδομήτριος κύκλος

Όσα συμβαίνουν στον ενδομήτριο κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου, αναφέρονται ως ενδομήτριος κύκλος. Στον κύκλο αυτό διακρίνουμε τρεις φάσεις : την παραγωγική, την εκκριτική και την εμμηνορρυσία

Παραγωγική φάση: Η φάση αυτή βρίσκεται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών των ωοθηκών .Αρχίζει μετά τη λήξη της εμμηνορρυσίας και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία. Η παραγωγική φάση διακρίνεται στην αρχόμενη (από την 4η -9η ημέρα) και στην προχωρημένη (από την 9η -13 ημέρα).

Εκκριτική φάση: Η φάση αυτή βρίσκεται ουσιαστικά κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης του ωχρού σωματίου , αλλά και κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που εξακολουθούν να παράγονται. Η εκκριτική φάση αρχίζει με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τη διακρίνουμε στην αρχόμενη (14η -19η ημέρα), τη μέση (20ή -24η ημέρα) και την προχωρημένη (25η -27η ημέρα) εκκριτική φάση.

Εμμηνορρυσία: Στην περίπτωση που δεν συμβεί εγκυμοσύνη, τότε το ενδομήτριο της εκκριτικής φάσης χάνει την υποστήριξή του από το ωχρό σωματίο, που υποστρέφεται, και την υποστήριξη των οιστρογόνων ορμονών, με αποτέλεσμα να συρρικνωθεί, να συσπασθούν και να εμφραχθούν οι τελικοί κλάδοι των σπειροειδών αρτηριών και να διαταραχθεί η αιμάτωση των επιφανειακών στοιβάδων , που αποτελούν τη λειτουργική του στιβάδα. Έτσι, αυτό αποσπάται και πέφτει με τη μορφή αιμορραγίας.

Την απόπτωση αυτής της λειτουργικής στοιβάδας τη χαρακτηρίζουμε ως εμμηνορρυσία. Την έναρξη της αιμορραγίας την προκαλεί η ρυθμική σύσπαση και διαστολή της βασικής μοίρας των σπειροειδών αρτηριών , που συνεπάγεται ισχαιμία και νέκρωση της περιοχής, που αιματώνεται από αυτές. Η σύσπαση αυτή συμβαίνει με άγνωστο μηχανισμό. Τα συστατικά της εμμηνορρυσίας αποτελούνται από στοιχεία ιστών της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου, αγγειακό δίκτυο των τελικών σπειροειδών αρτηριών, αίμα (αρτηριακό 75%, φλεβικό 25%), βλέννα και επιθηλιακά κύτταρα από τον ενδοτράχηλο και τον κόλπο.

Η εμμηνορρυσία εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 9 με 16 ετών και διαρκεί κατά προσέγγιση μέχρι τα 50, οπότε επέρχεται η εμμηνόπαυση. Διακόπτεται μόνο κατά τις περιόδους κύησης. Στην Ελλάδα στις περισσότερες γυναίκες αρχίζει ανάμεσα στο 11^ο - 13^ο έτος της ηλικίας και σταματάει ανάμεσα στο 45^ο – 50^ο έτος. Η εμμηνορρυσία έρχεται στις περισσότερες γυναίκες κάθε 28 ημέρες, κρατάει 3-5 ημέρες περίπου και η γυναίκα στη διάρκειά της χάνει 50-60 γρ. αίματος. Ο χρόνος εμφάνισής της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, τη φυλή, το κλίμα, την ιδιοσυγκρασία, τον τρόπο διαβίωσης, τις ασθένειες κ.λ.π.³

2.4. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Γονιμοποίηση είναι το σμίξιμο του ώριμου ωαρίου , που απελευθερώνεται μετά την ωοθυλακιορρηξία, με το σπερματοζώαριο και ο σχηματισμός ενός νέου κυττάρου, που το ονομάζουμε ζygώτη. Από το ζygώτη θα προκύψει ένας νέος οργανισμός.

Κατά τη διαδικασία της σεξουαλικής επαφής το σπέρμα με ρυθμό περίπου 360 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά εκσπερμάτωση εναποτίθεται μέσα στον γυναικείο κόλπο. Το σπέρμα ταξιδεύει με ταχύτητα περίπου 1 έως 5 mm το λεπτό. Όταν το σπέρμα φτάσει στο ωάριο περιβάλλει την εξωτερική του επιφάνεια. Προσπαθώντας να μπει μόνο το πιο δυνατό σπερματοζωάριο μπορεί να διασωθεί από την τοξικότητα των κολπικών εκκρίσεων και να προσβάλλει τον προστατευτικό ακτινωτό στέφανο που περιβάλλει το ωάριο. Με επαναλαμβανόμενες επιθέσεις το σπέρμα απελευθερώνει ένζυμα (υαλουρονιδάση) και σταδιακό διασπά την προστασία του ωαρίου. Τέλος η εκτεθειμένη περιοχή της μεμβράνης επιτρέπει σε ένα σπερματοζωάριο να εισβάλλει στο ωάριο. Ο πυρήνας του σπέρματος κινείται για να συνδυαστεί με τον πυρήνα του ωαρίου και να σχηματιστεί το ζυγωτό. Αυτή τη στιγμή τα χαρακτηριστικά που κληρονομούνται καθώς και το φύλο του νέου ατόμου αποφασίζονται και δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο πατέρας προσδιορίζει το φύλο, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά έρχονται σε συνδυασμό και από τους δύο γονείς. Σ' αυτό το σημείο έχει ολοκληρωθεί η σύλληψη.³

2.5. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Είναι η περίοδος της γυναίκας που αρχίζει ύστερα από ένα χρόνο μετά την τελευταία εμμηνορρυσία της σε ηλικία 40-50 χρονών. Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η προοδευτική έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Ο μηχανισμός της αρχίζει από τότε που οι γοναδοτρόπες ορμόνες δεν επιδρούν στα ωοθυλάκια και επέρχεται αδυναμία ωρίμανσής τους.

Κατά την εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυομητρίου και ανάπτυξη περισσότερου συνδετικού ιστού. Ο τράχηλος δεν παράγει βλέννα, μικραίνει και ατροφεί.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου επίσης μήτρας είναι με τα σημερινά δεδομένα η τρίτη σε συχνότητα κακοήθεια του γεννητικού συστήματος των γυναικών μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση.⁹

Οι κακοήθειες που προσβάλλουν επίσης γυναίκες κατά σειρά συχνότητας επίσης και οι απόλυτοι αριθμοί περιστατικών που εμφανίστηκαν επίσης ΗΠΑ το 2000 είναι:

Είδος κακοήθειας	Αριθμός νέων περιπτώσεων	Αριθμός Θανάτων
Μαστού	182800	40800
Πνεύμονα	74600	67600
Παχέος Εντέρου	50400	24600
Ενδομητρίου	36100	6500
Τραχήλου επίσης Μήτρας	12800	4600

Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι ο καρκίνος τραχήλου επίσης μήτρας είναι ο 5^{ος} πιο συχνός καρκίνος που ανευρίσκεται μεταξύ γυναικών του χαμηλότερου και οριακού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου κυρίως, ως συνέπεια επίσης απομόνωσης των ομάδων αυτών από επίσης προληπτικούς ελέγχους.

Το καρκίνωμα εμφανίζεται πρώτα στα ενδοεπιθηλιακά στρώματα (προδιηθητικό ή in situ καρκίνωμα). Η μέση ηλικία προσβολής των γυναικών από διηθητικό καρκίνο είναι 45-55 χρονών, ενώ από προδιηθητικό είναι 25-40. Απαιτούνται 2-10 χρόνια για να διαπεράσει το καρκίνωμα τη βασική μεμβράνη και να διηθήσει επίσης ιστούς. Μετά τη διήθηση, ο θάνατος επέρχεται συνήθως σε 3-5 χρόνια σε ασθενείς που δεν υποβάλλονται ή δεν ανταποκρίνονται σε θεραπευτική αγωγή.¹⁰

Το 1991 στην Ελλάδα είχαμε 442 καταγεγραμμένες περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου μήτρας, το 1994 ο αριθμός αυξήθηκε σε 1.129, ενώ το 1995 τα κρούσματα έφτασαν τα 1.357.¹¹ Το 1996 επίσης ανευρέθησαν 640 περιπτώσεις. Στην Ελλάδα ετησίως ανακοινώνονται 800 νέες περιπτώσεις, ενώ το 1996 διαγνώστηκαν παγκοσμίως 525.000 νέες περιπτώσεις, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 5% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου μήτρας. Συνολικά, το 80% των περιπτώσεων αφορά επίσης χώρες του τρίτου κόσμου. (Π.Ο.Υ. 1997)¹²

Επομένως, η θνησιμότητα έχει μειωθεί κατά 50% τα τελευταία 40 χρόνια και η συχνότητα επίσης προχωρημένης νόσου κατά τη διάγνωση έχει ελαττωθεί κατά 70% στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα επίσης έγκαιρης διάγνωσης στην οποία έχει συμβάλει κατά πολύ το τεστ Παπανικολάου.¹¹ Η μεγάλη επίσης μάχη με τον καρκίνο του τραχήλου επίσης μήτρας άρχισε να κερδίζεται από τα μέσα του 1970 όταν χάρις στην εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου σαν μέθοδο μαζικού

πληθυσμιακού ελέγχου, η συχνότητα επίσης νόσου μειώθηκε από 42 σε 16 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 το χρόνο.¹³

3.2. Αιτιολογικοί – Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου επίσης μήτρας, παρά την επίμονη προσπάθεια που έγινε και γίνεται καθημερινά επίσης το παρόν είναι άγνωστη. Παρ'όλα επίσης, για την ανάπτυξη του θεωρούνται υπεύθυνοι οι πιο κάτω προδιαθεσικοί παράγοντες:

Α) Ιός των θηλωμάτων (HPV/ Human Papilloma Virus)

Ως κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη προδιηθητικών και διηθητικών νεοπλασμάτων θεωρείται σήμερα βάσει επιδημιολογικών, κλινικών, ιστολογικών και μικροβιολογικών ενδείξεων ο ανθρώπινος ιός των θηλωμάτων (HPV)σε ποσοστό πάνω από 93% και λιγότερο ο ιός του έρπητα τύπου 2 (HSV 2)¹⁴ Ενοχοποιούνται ιδιαίτερα οι « υψηλού κινδύνου » τύποι HPV 16 και 18 που απομονώνονται επίσης ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες υψηλής βαθμίδας (CIN 2 και 3) και ονομάζονται για το λόγο αυτό «ογκογόνοι» τύποι. Αντιθέτως, οι «χαμηλού κινδύνου» τύποι του HPV (6,11) αναφέρονται και ως « καλοήθεις » τύποι και σπανίως συνδέονται με καρκίνο. Βρίσκονται επίσης περισσότερες φορές επίσης χαμηλού βαθμού προδρομικές αλλοιώσεις. Επίσης ενδιάμεσους τύπους του HPV περιλαμβάνονται οι τύποι 31,33,35,39,49,51,55 και 56¹⁵

Πίνακας: Τύποι των HPV και η κλινική επίσης σημασία

ΟΜΑΔΑ HPV ΤΥΠΟΣ HPV ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ

1	1 , 2, 3, 4	Ακροχορδόνες
2	6, 11 , 42, 43	Οξυτενή κονδυλώματα.
3	16, 18,31 ,33 35, 51, 52, 56 34, 45, 50	Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και διηθητικός καρκίνος τραχήλου μήτρας, κόλπου, αιδοίου, πέους και πρωκτού.
4	5, 8, 14	Επιθηλιακοί καρκίνοι δέρματος
36	7,9,10,12,13, 15, 17,19-21, 23-30, 32,34, 36-41,44	Μεμονωμένες βλάβες δέρματος

Τα κονδυλώματα απαντώνται πιο συχνά σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών.⁸ Η μόλυνση από τον ιό μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις ορατές με γυμνό μάτι, τα οξυτενή κονδυλώματα, γνωστά από επίσης αρχαίους Έλληνες για τη σεξουαλική επίσης μετάδοση (τύποι, 6,11) και τα επίπεδα κονδυλώματα τα οποία δεν είναι

ορατά με γυμνό μάτι και δεν προκαλούν συμπτώματα και η διάγνωσή επίσης βασίζεται στο Pap – test στην κολποσκόπηση και τη βιοψία. Η μόλυνση από ένα ή περισσότερα στελέχη του ιού HPV ξεκινά από ένα συγκεκριμένο σημείο στο οποίο προκαλείται λύση επίσης συνεχείας του δέρματος ή του βλεννογόνου και έτσι ο ιός εισέρχεται στα κύτταρα επίσης βασικής στιβάδας η οποία είναι και η μόνη στην οποία γίνονται κυτταρικές διαιρέσεις. Σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη επίσης λοίμωξης από τον ιό HPV παίζει η άμυνα του οργανισμού.

Ο καρκίνος του τραχήλου επίσης μήτρας δεν αναπτύσσεται απ'ευθείας σε φυσιολογικό επιθήλιο. Μεταξύ φυσιολογικού επιθηλίου και διηθητικού καρκίνου παρεμβάλλεται το στάδιο επίσης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, οι προκαρκινικές αλλοιώσεις δηλαδή. Η θέση που αναπτύσσονται οι δυσπλασίες αυτές είναι η ζώνη μετάπτωσης, δηλαδή το σημείο όπου το πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου μεταπίπτει σε αδενικό. Παρ'ότι η ύπαρξη μιας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ενέχει τον κίνδυνο εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνο, έχει υπολογιστεί ότι μόνο το ήμισυ από αυτές θα ακολουθήσει αυτή την πορεία ενώ το υπόλοιπο θα υποστραφεί ή θα μείνει στάσιμο.¹² Το 60-66% των ατόμων με κονδυλώματα ανέπτυξαν τον ιό στο κατώτερο γεννητικό επίσης σύστημα κατά μέσον όρο σε χρονικό διάστημα 3 μηνών. Εν τούτοις ο χρόνος επώασης μπορεί να κυμαίνεται από 3 εβδομάδες ως 8 μήνες.⁸

Η λοίμωξη με τον ιό HPV είναι από μόνη επίσης ανεπαρκής για να προκαλέσει τραχηλικό καρκίνο και μόνο σε μία μικρή αναλογία γυναικών που έχουν υποστεί λοίμωξη με HPV αναπτύσσεται καρκίνος πολύ μεταγενέστερα (μετά από δεκαετία περίπου).¹⁵ Το γεγονός ότι διάφοροι τύποι HPV ανευρίσκονται σε ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και διηθητικούς καρκίνους σε μεγαλύτερη συχνότητα απ'ότι σε φυσιολογικά άτομα δεν μπορεί να αποτελέσει απόδειξη ότι ο ιός επίσης προκαλεί καρκίνο. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι εδώ και αρκετά χρόνια τα «επικίνδυνα» στελέχη του HPV ανευρίσκονται και σε γυναίκες που είχαν απολύτως φυσιολογικό τράχηλο.⁸

Εφόσον οι κακοήθειες αλλοιώσεις είναι μονοκλωνικές, ενώ η λοίμωξη με ιούς δεν είναι συνεπάγεται ότι τα περισσότερα από τα κύτταρα δεν παθαίνουν κακοήθη μεταμόρφωση. Η ανάπτυξη επίσης κακοήθειας απαιτεί την αφομοίωση ή ενσωμάτωση του ιού από το DNA του ξενιστή με επακόλουθο τη σύνθεση ορισμένων γονιδιακών προϊόντων του ιού. Αυτό για να γίνει μπορεί να χρειαστούν ορισμένες κυτταρικές μεταλλάξεις και στην πρόκληση επίσης μετάλλαξης μπορεί να βοηθήσουν προδιαθεσικοί παράγοντες, επίσης το κάπνισμα ή ο HSV 2.¹⁵

B) Σεξουαλικές σχέσεις και συνθήκες αναπαραγωγής

Έχει λεχθεί ότι ο τραχηλικός καρκίνος είναι στην ουσία άγνωστος ανάμεσα σε καλόγριες. Ακόμη δε ότι η σεξουαλική επαφή είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την αιτιολογία οπότε ο καρκίνος τραχήλου μήτρας δεν παρατηρείται ούτε επίσης παρθένες γυναίκες. Αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ότι η πρώιμη ηλικία επίσης πρώτης σεξουαλικής επαφής, ο γάμος σε μικρή ηλικία και ο μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων των γυναικών άνω των 16 ετών αυξάνουν το ρίσκο για τραχηλικό καρκίνο.¹⁶

Επίσης, με αυξημένο κίνδυνο εμφανίζονται οι γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι είχαν προηγούμενες σχέσεις με επίσης γυναίκες ή ιστορικό σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων ή ήταν προηγουμένως παντρεμένοι με γυναίκες που έπασχαν από τραχηλική νεοπλασία. Αντιθέτως, ο κίνδυνος ελαττώνεται σε γυναίκες που ο σύντροφός επίσης κάνει χρήση προφυλακτικού.⁸

Τέλος, αυξημένος παρουσιάζεται ο κίνδυνος ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου σε πολύτοκες γυναίκες πιθανόν λόγω επίσης καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος ή λόγω των ορμονικών αλλαγών κατά επίσης εγκυμοσύνες.¹⁵

Γ) Φυλή επίσης γυναίκα

Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως επίσης Εβραίες δεν είναι τόσο πολύ συχνός. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση επίσης περιτομής των αντρών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στη βαλανοποσθική αύλακα, που πιστεύεται, πως μέσα σ' αυτό υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας, που μπορεί να είναι ιός. Ακόμη διαπιστώθηκε πως, ενώ επίσης Αφρικανές η συχνότητα είναι 50:100.000, επίσης Ισραηλινές είναι 6:100.000, και πως είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή απ' ό,τι στη λευκή.¹⁷

Δ) Κάπνισμα

Μελέτες έχουν στηρίξει ότι υπάρχει υψηλή επικράτηση επίσης τραχηλικής κακοήθειας επίσης καπνίστριες απ' ό,τι επίσης μη καπνίστριες. Γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως έχουν 7,2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου τραχήλου επίσης μήτρας.⁸ Το κάπνισμα αναφέρεται ότι επιδρά στη σεξουαλική δραστηριότητα και είναι δύσκολο να υποστηρίξει κανείς με βεβαιότητα την αναστάτωση που προκαλεί.¹⁶ Πάντως, νικοτίνη έχει ανευρεθεί στην τραχηλική βλέννα.⁸

Ε) Χλαμύδια

Ένα βακτήριο που προκαλεί ένα κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου επίσης μήτρας. Συγκεκριμένα, τα chlamydia trachomatis, η πιο συχνή αιτία σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος στη Μεγ. Βρετανία, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου επίσης μήτρας. Μέχρι τώρα, για την εμφάνιση αυτού του τύπου του καρκίνου, μόνον ο ιός των κονδυλωμάτων είχε ενοχοποιηθεί. Τα αποτελέσματα επίσης έρευνας έδειξαν ότι και τα χλαμύδια μπορεί να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο. Οι επιστήμονες θεωρούν ότι επίσης ο δυτικός κόσμος βρίσκεται κάτω από μια επιδημία από χλαμύδια. Από το 1995 έχει παρατηρηθεί αύξηση επίσης επίπτωσης επίσης λοίμωξης επίσης τάξης του 76% στο δυτικό κόσμο. Το 1999 ήταν γνωστές 24.311 λοιμώξεις επίσης άνδρες και 32.544 επίσης γυναίκες. Επειδή επίσης η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματικές, ο αληθινός αριθμός των προσβεβλημένων θεωρείται ότι είναι 90% μεγαλύτερος.³¹

ΣΤ) Αντισύλληψη

Τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά χάπια έχουν ενοχοποιηθεί σε επίσης μελέτες, αλλά η επίδραση είναι μικρή και συχνά ασήμαντη. Μελέτη του Π.Ο.Υ. αναφέρει ελαφρά αύξηση του κινδύνου μετά από χρήση

αντισυλληπτικών για κάποιο χρονικό διάστημα. Απαραίτητη είναι η κυτταρολογική εξέταση σε άτομα που παίρνουν αντισυλληπτικά.¹⁶

Είναι δύσκολο να αξιολογηθεί επίσης ο παράγοντας με σαφήνεια γιατί σ' αυτές επίσης περιπτώσεις συνήθως υπεισέρχονται κι άλλοι παράγοντες (ηλικία πρώτης επαφής, αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, κάπνισμα κλπ), οι οποίοι σχετίζονται τόσο με τη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων όσο και με τη συχνότητα εμφάνισης νεοπλασίας στον τράχηλο. Η χρησιμοποίηση του διαφράγματος για αντισύλληψη και των παρόμοιων μεθόδων φαίνεται να έχει κάποια προφυλακτική δράση όσον αφορά επίσης υπό συζήτηση νεοπλασίες.⁸

Z) Επάγγελμα του συζύγου

Άνδρες που λόγω του επαγγέλματός επίσης απουσιάζουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το σπίτι επίσης (π.χ. ναυτικοί) είναι σύζυγοι υψηλού κινδύνου, αφού είναι πιο πιθανό να έχουν επίσης εξώγαμες σχέσεις. Επίσης, υπάρχει και κάποιος κίνδυνος που σχετίζεται με πιθανές καρκινογόνες ουσίες, επίσης οποίες εκτίθενται ορισμένοι άνδρες λόγω επαγγέλματός επίσης (σκόνη, μέταλλα, χημικές ουσίες, πίσσα και έλαια μηχανών).

ΣΤ) Διαιτολογικές συνήθειες

Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Α, C. Φυλλικό οξύ συναντάται σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου καθώς η χορήγηση του αναστρέφει επίσης προκακοήθεις τραχηλικές αλλαγές. Επίσης, μειωμένα ποσά β-καροτίνης ανιχνεύθηκαν στον ορό του αίματος γυναικών με CIN. Βέβαια, αυτή η μείωση δεν ήταν πραγματική αλλά σχετιζόταν με κάπνισμα και ηλικία.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Ιστολογικοί όροι

A) Υπερπλασία: είναι η αύξηση του αριθμού των φυσιολογικών κυττάρων , που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.

B) 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 εξωτραχήλου.³ Είναι μια φυσιολογική κατάσταση σε ορισμένες φάσεις της ζωής της γυναίκας (νεογνική ηλικία, εφηβεία, εγκυμοσύνη). Στα σημεία που γίνεται η μεταπλασία έχουμε τη ζώνη μετάπτωσης.⁹

Γ) Δυσπλασία: είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής της κυτταρικής μεμβράνης του κυτταροπλάσματος και του πυρήνα τους και αύξηση του αριθμού των κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

Δ) 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 πυρηνοκινήσιών , που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.³

Ε) Παρακεράτωση: είναι η ύπαρξη μιας επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα.

ΣΤ) Υπερκεράτωση ή λευκοπλακία: είναι η ύπαρξη μιας επιπολής στιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες.

Ζ) Καρκίνωμα in situ: αφορά αλλοιώσεις με άτυπα κύτταρα και πυρήνες που εντοπίζονται σε όλο το πάχος του επιθηλίου.⁹

4.2. Καλοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου

Πολύποδες: Εμφανίζονται συχνότερα σε πολύτοκες άνω των 20 ετών, σαν μικροί όζοι ή ογκίδια που προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο. Συχνότεροι είναι οι μισχωτοί, εύθρυπτοι βλεννογονικοί πολύποδες που καλύπτονται από κυλινδρικό επιθήλιο. Αιτιολογικά σχετίζονται με χρόνια φλεγμονή ή ανώμαλη τοπική ανταπόκριση σε ορμονικά ερεθίσματα. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλούν μικρή ενδιάμεση ή μετά επαφή αιμόρροια.

Η εξαίρεση τους είναι εύκολη με σύλληψη και συστροφή του μίσχου τους. Πρέπει να ακολουθεί απόξεση της βάσης τους και ιστολογική εξέταση λόγω της έστω και μικρής πιθανότητας για κακοήθη εξαλλαγή ή αν είναι μεγάλοι για τη διαφορική διάγνωση από άλλους κακοήθεις όγκους. Σπανιότεροι είναι οι πολύποδες που εκφύονται από τον εξωτράχηλο. Είναι μικρά στρογγυλά ή ωοειδή μορφώματα, μισχωτά ή με ευρεία βάση που καλύπτονται από ροδόχονοι πλακώδη επιθήλιο. Και οι δύο αυτοί τύποι των πολύποδων μπορεί να υποστούν φλεγμονώδη εκφύλιση και νέκρωση.

Κονδυλώματα: Τα κονδυλώματα του τραχήλου είναι μονήρη ή πολλαπλά. Εμφανίζονται είτε σαν μικρά, ανθοκραμβοειδή μορφώματα, είτε σαν λευκωπές επίπεδες πλάκες ή και υπόλευκες αλλοιώσεις του επιθηλίου. Οφείλονται στην προσβολή του επιθηλίου από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) και

θεωρούνται νόσημα μεταδιδόμενο με την γενετήσια επαφή. Συνυπάρχουν κατά κανόνα ανάλογα ευρήματα από τον κόλπο, το αιδοίο και γενικά την πρωκτογεννητική περιοχή. Για τη θεραπεία τους στον τράχηλο εφαρμόζεται καταστροφή των αλλοιώσεων ή και εξαίρεση με ηλεκτροδιαθερμία, κρυοπηξία και άλλες μεθόδους.

Μεσεγγυματικοί όγκοι:

Λειομυώματα: Αποτελούνται από λεία μυϊκά κύτταρα από ινοβλάστες και αιμοφόρα αγγεία διαφόρων μεγεθών. Τα λειομυώματα μοιάζουν πολύ με αυτά που βρίσκονται στο μυομήτριο.

Αιμαγγειώματα: Τα αιμαγγειώματα του τράχηλου είναι σπάνια. Συνιστώνται από συμπαγείς ανώμαλους σχηματισμούς φλεβών ή τριχοειδών, η ανάπτυξη των οποίων προκαλεί μια υπέργερση της επιφάνειας.

Ίκανοί σπίλοι: Σπάνια παρατηρούνται στον ενδοτράχηλο. Συνιστώνται από λεπτά δερματικά μελανοκύτταρα με δενδρικές απολήξεις. Τα κύτταρα αυτά βρίσκονται είτε μαζεμένα είτε διασπαρμένα μεταξύ κυμαινόμενου αριθμού μελανοφάγων ινοβλαστών και ινών κολλαγόνου.

Μικτοί όγκοι:

Θηλώδη αδenoϊνώματα: Έχουν σχήμα μεγάλου ενδοτραχηλικού πολύποδα με επιμήκεις προσεκβολές στην επιφάνειά τους. Το καλυπτήριο επιθήλιο είναι ενδοτραχηλικό και αποτελείται από ινοβλάστες που συχνά αναμειγνύονται με λειομυοβλάστες. Οι μιτώσεις είναι σπάνιες. Τα θηλώδη αδenoϊνώματα απαντώνται αποκλειστικά σε μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες. Υποτροπιάζουν συχνά και μετά από αρκετές υποτροπές το στρώμα τους μπορεί να παρουσιάσει κακοήθη εξαλλαγή προς αδenoσάρκωμα. Δεν παρουσιάζουν αξιόλογα συμπτώματα. Μερικές φορές προκαλούν μικρή αιμορραγία μετά από κολπική πλύση ή συνουσία και η διάγνωσή τους γίνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Αδenoμυώματα: Σπάνια ανευρίσκονται στον τράχηλο αδenoμυώματα του ενδομητρίου. Μερικές φορές προπιπτουν και προβάλλουν μέσα από τον ενδοτραχηλικό αυλό, δίνοντας την εντύπωση ότι προέρχονται από εκεί.

Ινομυώματα: Εντοπίζονται σπάνια στον τράχηλο ή στο σώμα της μήτρας. Δυνατόν να είναι μονήρη ή πολλαπλά, πολύ μικρά ή ευμεγέθη. Όταν είναι μικρά παραμένουν ασυμπτωματικά, ενώ αν μεγαλώσουν προκαλούν μητρορραγία ή εμφανίζουν πιεστικά φαινόμενα από τα παρακείμενα όργανα. Στην κύηση δυνατόν να προκαλέσουν δυστοκία λόγω μηχανικής απόφραξης του πυελογεννητικού σωλήνα. Θεραπευτική αντιμετώπιση τους αποτελεί η χειρουργική εξαίρεση, η οποία μπορεί να είναι δυσχερής επί αυξημένου μεγέθους.^{15,18}

4.3. Κακοήθεις όγκοι του τραχηλικού καρκίνου

Η αλλοίωση κατά την οποία κακοήθη κύτταρα διασπούν την υποκείμενη του τραχηλικού επιθηλίου βασική μεμβράνη και διηθούν το στρώμα, με δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξης και δημιουργίας μεταστατικών εστιών, ονομάζεται διηθητικό καρκίνωμα του τράχηλου της μήτρας.

Οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη της Π.Ο.Υ.

- ✓ **Πλακώδες ή ακανθοκυτταρικό** (κερατινοποιούμενο, μη κερατινοποιούμενο, ακροχορδονώδες, κονδυλωματώδες, θηλώδες, τύπου λεμφοεπιθηλιώματος).
- ✓ **Αδenoκαρκίνωμα** (βλεννώδες ενδοτραχηλικού ή εντερικού ενδομητριοειδές, διαυγοκυτταρικό, ορώδες, μεσoneφρικού τύπου)

- ✓ **Διάφορα άλλα** (αδενοπλακώδες, υαλοειδοκυτταρικό, αδενοκυστικό, αδενοδασικοκυτταρικό, καρκινοειδές, μικροκυτταρικό, αδιαφοροποίητο)¹⁸

Αντιπροσωπεύουν το 90% των καρκινωμάτων και ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές :

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 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.

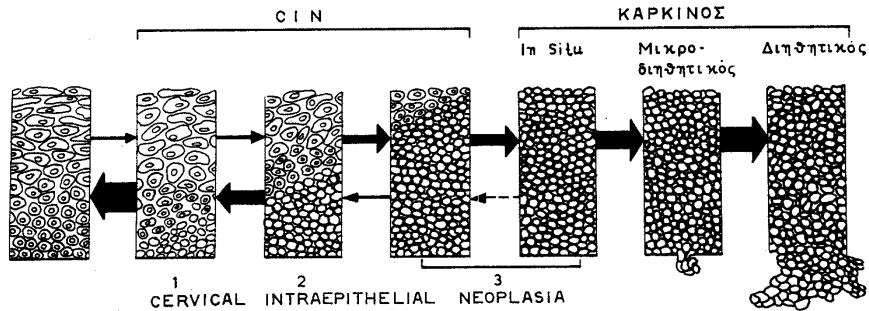
2) Προδιηθητικό καρκίνωμα ή in situ: Σ' αυτό, αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και 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 : 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 διακρίνεται 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.
- ✓ **Σε μέτριο διαφοροποιημένο καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.
- ✓ **Σε χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικό, δεν έχουν μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

5) Αδενοκαρκίνωμα: Αυτό αποτελεί περίπου το 5-10% των καρκίνων του τραχήλου , αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους



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

κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.³

4.4. Προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου

Ως προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου θεωρούνται οι διαταραχές της διαφοροποίησης των άτυπων κυττάρων του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου.³ Μιλάμε, λοιπόν, για τις τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia), οι οποίες καλύπτουν την εκτροπή του επιθηλίου του τραχήλου από το φυσιολογικό μέχρι τον αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου (CIS). Ο όρος CIN προτάθηκε από τον Richard το 1973 ως μία γενική ονομασία για να προσδιοριστεί το φάσμα των ενδοεπιθηλιακών αλλαγών που προηγούνται του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου,¹⁵ δηλαδή περιλαμβάνει όλους τους βαθμούς δυσπλασίας και το καρκίνωμα in situ. Η δυσπλασία του τραχήλου αποτελεί το όριο μεταξύ του φυσιολογικού τραχηλικού επιθηλίου και ενός καρκίνου. Το καρκίνωμα in situ έχει θεωρηθεί σαν το πρόδρομο στάδιο του διηθητικού καρκίνου.¹⁹

Οι διάφοροι βαθμοί της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας παριστούν μία συνέχεια στη νεοπλασματική επεξεργασία. Αν η σοβαρή δυσπλασία δε θεραπευτεί, θα προχωρήσει σε καρκίνωμα in situ, το οποίο θα προχωρήσει σε διηθητικό καρκίνο σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων. Ειδικότερα, η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες : CIN I ή ελαφρά δυσπλασία, CIN II ή μετρίου βαθμού δυσπλασία και CIN III ή έντονου βαθμού δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ.

Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία προσδιορίζεται ως το φάσμα των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων οι οποίες αρχίζουν σε συνδυασμό με λοιμώξεις από τον ιό των θηλωμάτων ως καλοήθεις αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου και λαμβάνουν στη συνέχεια τη μορφή ενός ενδοεπιθηλιακού νεοπλάσματος που χαρακτηρίζεται από την παρουσία καλώς διαφοροποιημένων κυττάρων και από αύξουσα κυτταρική ατυπία ή δυσπλασία (ήπια, μέτρια και σοβαρή δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ). Οι αλλοιώσεις αυτές μπορούν σε μεταγενέστερα στάδια να καταλήξουν σε διηθητικό καρκίνο.¹⁵ Το 1987 στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 2% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού είχε ορατή φλεγμονή από HPV δηλ. οξυτενή κονδυλώματα. Η ανεύρεση παθολογοανατομικώς των αλλοιώσεων του ιού σε περιπτώσεις CIN έχουμε διαπιστώσει ότι είναι παρόμοια στην Ελλάδα με τις Αγγλοσαξονικές χώρες. Οι κλινικές και υποκλινικές εντοπίσεις του ιού στην

πρωκτογεννητική περιοχή της γυναίκας που είναι πιο δεκτική σε μικροτραυματισμό κατά τη σεξουαλική επαφή, είναι σε % αναλογία :

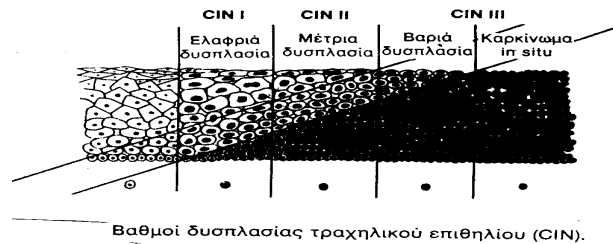
- τράχηλος :70%
- αιδοίο :25%
- κόλπος :10%
- πρωκτός :20%

Η εκατοστιαία αναλογία είναι πάνω από το 100% λόγω της πολυεστιακής εντόπισης του ιού. Η ανάπτυξη των γνώσεων των ειδικών στη δεκαετία του 1980 για τον HPV (Human papilloma virus-ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων) και η σχέση του με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας οδήγησε το 1980 το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των Η.Π.Α. σε μια συνάντηση ειδικών στο Νοσοκομείο Bethesda, η οποία πρότεινε την αντικατάσταση των όρων δυσπλασία, CIN και CIS από δυο όρους: χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (low grade squamous intraepithelial lesion SIL) και υψηλού βαθμού SIL.

Στην κατηγορία των χαμηλού βαθμού SIL περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις με κυτταρική αλλοίωση που οφείλονται σε φλεγμονή από HPV ή ελαφρά δυσπλασία CIN I.¹⁴

Υπάρχουν τρεις τύποι CIN :

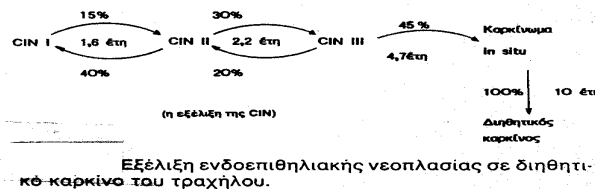
- Ø CIN I Ελαφρά δυσπλασία.
- Ø CIN II Μέτρια δυσπλασία.
- Ø CIN III Σοβαρή δυσπλασία και καρκίνωμα in situ.

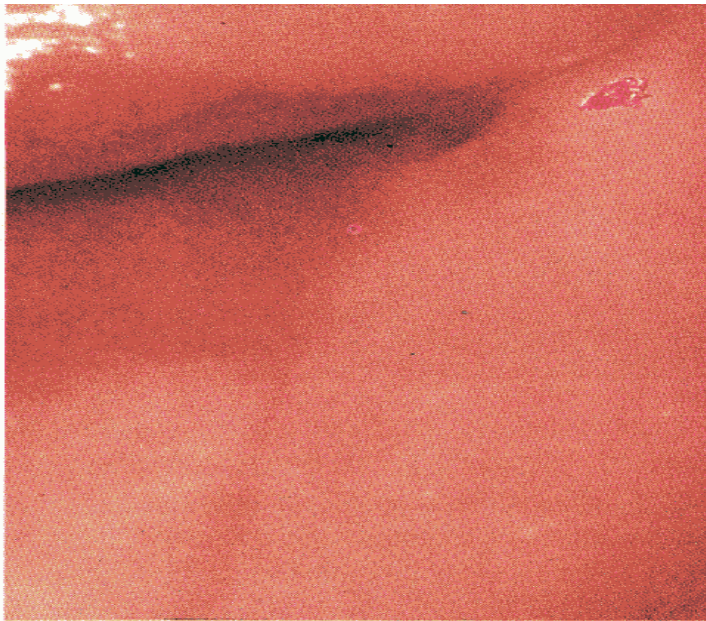


Η μέση ηλικία εμφάνισης της CIN κυμαίνεται για την ελαφρά δυσπλασία στα 22 χρόνια ενώ για το in situ καρκίνωμα τα 28. Από 800 ασθενείς με CIN το 30% ήταν 20 ετών και νεότερες. Το 25% ήταν άτεκνες και το 60% είχαν μόνο 1 παιδί ή κανένα. Το 95% είχαν σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 20 ετών. Το 50% είχαν σεξουαλικές σχέσεις από 16 ετών και το 50% είχε 3 και περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους. Στο 50% η διάγνωση της CIN έγινε στην 5ετία από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

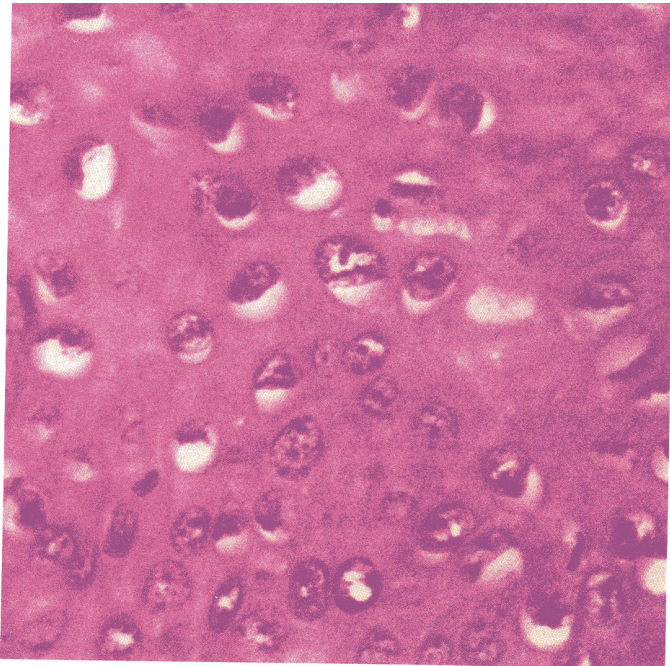
Επίσης, ο μέσος χρόνος για να εκτραπεί το επιθήλιο από φυσιολογικό σε ελαφρά ή μέτρια δυσπλασία είναι 1,62 χρόνια

- » μέτρια ή βαριά » 2,20 »
- » καρκίνωμα in situ » 4,51 »¹⁴



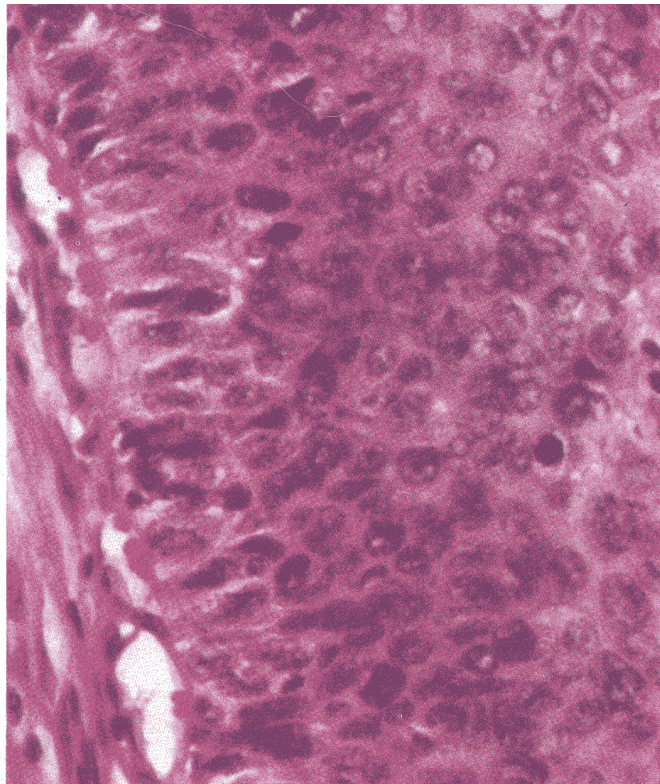
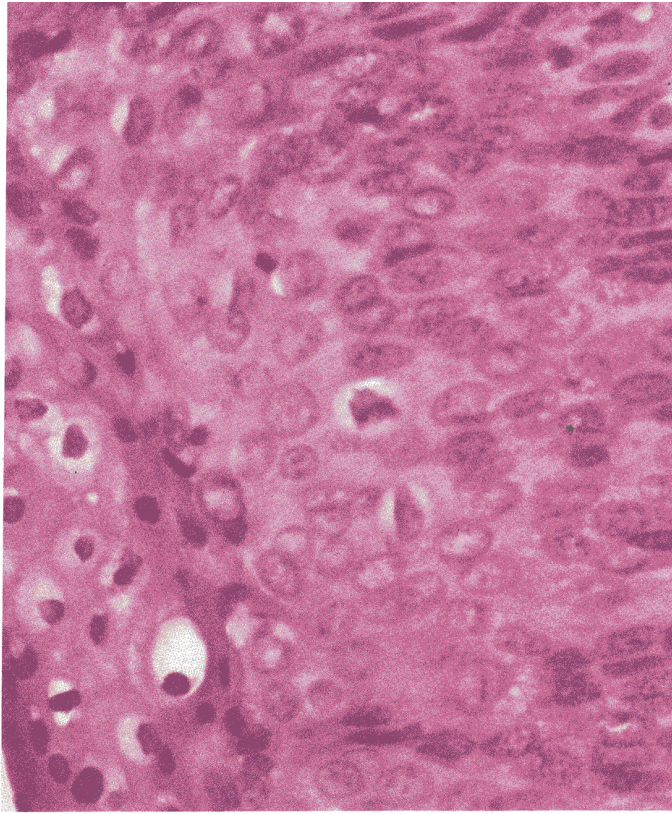


Φυσιολογικός τράχηλο



Ελαφρού βαθμού δυσπλασία

Μετρίου βαθμού δυσπλασία
(CIN 2)



Βαρεία δυσπλασία (CIN 3)

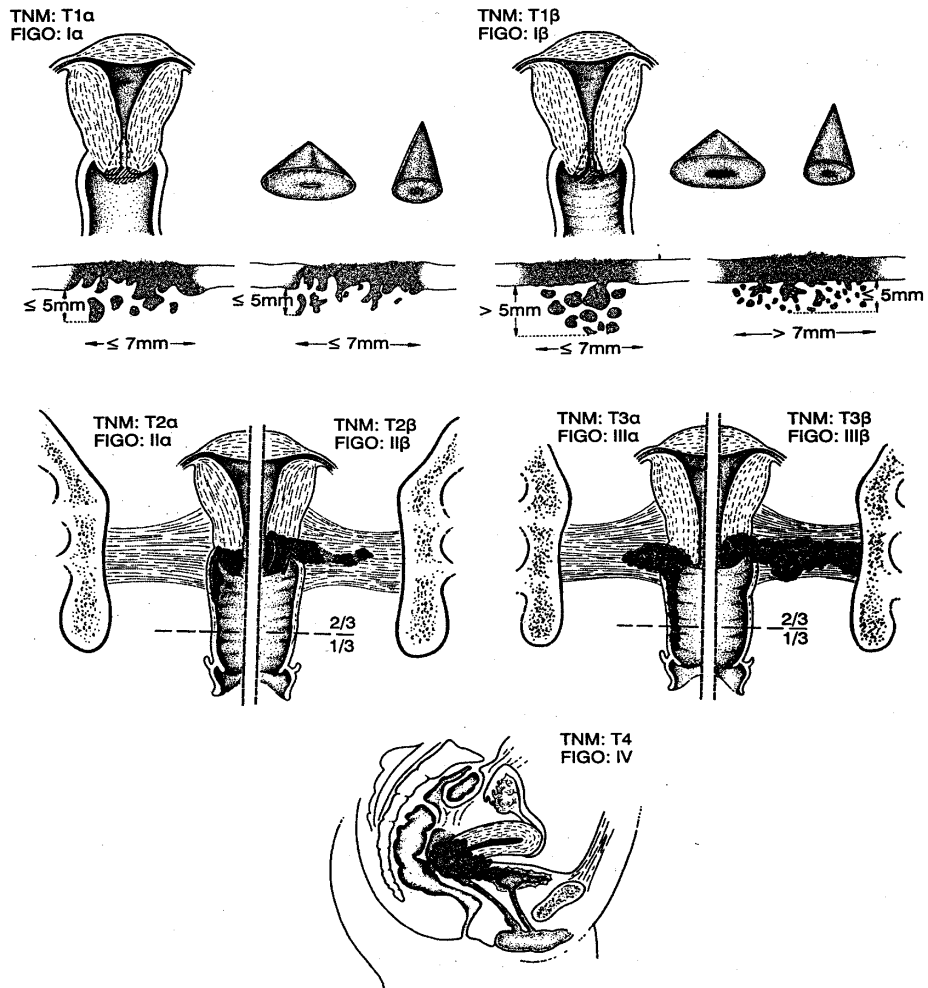
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου μήτρας

Η κάθε περίπτωση καρκινώματος του τραχήλου επιμερίζεται ανάλογα με την επέκταση του όγκου, σύμφωνα με την κλινική ταξινόμηση της FIGO (International Federation of Gynecologists and Obstetricians) τα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τα εξής: ²⁰

Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας κατά FIGO	
Προδιηθητικό Καρκίνωμα	
Στάδιο 0	Καρκίνος in situ, ενδοεπιθηλιακός καρκίνος (οι περιπτώσεις του σταδίου 0 δεν πρέπει να περιλαμβάνονται σε καμία θεραπευτική στατιστική).
Διηθητικό Καρκίνωμα	
Στάδιο I*	Ο καρκίνος περιορίζεται αυστηρά στον τράχηλο (δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επέκταση στο σώμα της μήτρας).
Στάδιο Ia	Προκλινικός καρκίνος του τραχήλου, που διαγιγνώσκεται μόνο με μικροσκόπηση.
Στάδιο Ia₁	Εστίες με βάθος διήθησης 3 mm
Στάδιο Ia₂	Εστίες που ανιχνεύονται μικροσκοπικά και μπορούν να υπολογιστούν οι διαστάσεις τους. Το βάθος της διήθησης είναι > 3-5 mm υπολογιζόμενο από τη βάση του επιθηλίου, είτε του επιφανειακού ή του αδενικού, από το οποίο προέρχεται, και η δεύτερη διάσταση, η οριζόντια επέκταση, δεν πρέπει να ξεπερνά τα 7 mm. Μεγαλύτερες βλάβες πρέπει να κατατάσσονται στο στάδιο Ib.
Στάδιο Ib	Διηθητικές βλάβες > 5 mm
Στάδιο Ib₁	Βλάβη με βάθος μικρότερο από ή ίση με 4 cm
Στάδιο Ib₂	Βλάβες με βάθος πάνω από 4 cm
Στάδιο II†	Ο καρκίνος επεκτείνεται πέρα από τον τράχηλο αλλά δεν έχει φθάσει στα πυελικά τοιχώματα. Έχει καταλάβει και τον κόλπο αλλά όχι το κάτω τριτημόριο.
Στάδιο IIa	Χωρίς εμφανή διήθηση των παραμπτρίων
Στάδιο IIb	Εμφανής διήθηση των παραμπτρίων
Στάδιο III‡	Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στα πυελικά τοιχώματα. Στην εξέταση από το ορθό δεν υπάρχει ελεύθερο διάστημα από καρκίνο μεταξύ του όγκου και του πυελικού τοιχώματος. Ο όγκος καταλαμβάνει και το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Όλες οι περιπτώσεις με υδρονέφρωση ή μη λειτουργούντα νεφρό.
Στάδιο IIIa	Χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο IIIb	Επεκτείνεται στο πυελικό τοίχωμα με/ή υδρονέφρωση ή μη λειτουργικό νεφρό.
Στάδιο V§	Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από την ελάσσονα πύελο ή έχει κλινικά καταλάβει το θλεννογόνο της κύστης ή του ορθού. Ένα φυσαλιδώδες οίδημα μόνο δεν επιτρέπει μια περίπτωση να συμπεριληφθεί στο στάδιο IV.
Στάδιο IVa	Επέκταση στα γειτονικά όργανα.
Στάδιο IVb	Επέκταση στα απομακρυσμένα όργανα.

Στα στάδια της FIGO αντιστοιχούν οι κατηγορίες της κλινικής ταξινόμησης TNM της Διεθνούς Αντικαρκινικής Εταιρείας (Union Internationale Contre le Cancer). Ακολουθεί η κλινική σταδιοποίηση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO και με το σύστημα TNM (UICC). ¹⁵



Ειδικότερα, ο καρκίνος επιμερίζεται :

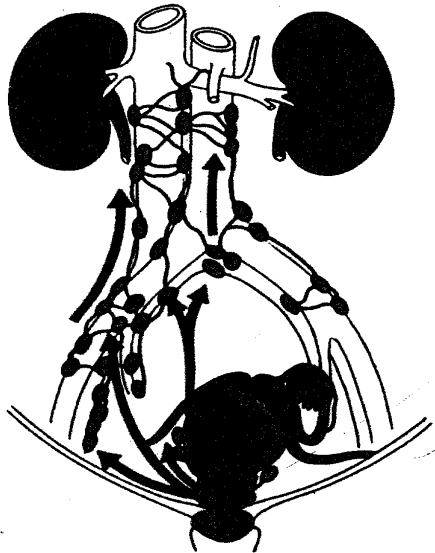
- στο στάδιο I όταν ο όγκος περιορίζεται στον τράχηλο,
- στο στάδιο II όταν επεκτείνεται προς τον κόλπο ή στα παραμήτρια,
- στο στάδιο III όταν επεκτείνεται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα και
- στο στάδιο IV , όταν προσβάλλει την ουροδόχο κύστη ή το έντερο (IV_A) ή εμφανίζει απομακρυσμένες μεταστάσεις (IV_B).

5.2. Τρόποι επέκτασης του όγκου

1. Κατά συνέχεια ιστού: ο καρκίνος του τραχήλου δυνατόν να επεκταθεί: α) προς το πλάγιο παραμήτριο (κατά μήκος της εγκάρσιας τραχηλικής περιτο- νίας ή συνδέσμου του Mackenrodt) μέχρι και το πνευλικό τοίχωμα στα πλάγια και την περιτονία του θυρεοειδούς μυός προς τα κάτω. Κατά συνέχεια ιστού επίσης διηθούνται τα λεμφαγγεία και οι λεμφαδένες που περιέχονται στο πλάγιο παραμήτριο (παρατραχηλικοί και παραμητρικοί λεμφαδένες) , β) προς τους κοιλιακούς θόλους και τον υπόλοιπο κόλπο, γ) προς το μυομήτριο, δ) προς την ουροδόχο κύστη ή το έ- ντερο.

2. Λεμφογενός : στους πνευλικούς λεμφαδένες, ά ομάδα-σταθμός. Σε αυτούς περιλαμβάνονται: Οι παρατραχηλικοί και παραμητρικοί (στο πλάγιο παραμήτριο), του θυρεοειδούς βόθρου (γύρω από το θυρεοειδές νεύρο) , της έσω λαγονίου (ή υπογαστρικοί, κατά μήκος της έσω λαγονίου φλέβας), οι μεγαλύτεροι των άλλων σε μέγεθος της έξω λαγονίου (κατά μήκος των έξω λαγονίων αγγείων) και οι προϊερόί (στον προϊερό χώρο). Στη β' ομάδα-σταθμό περιλαμβάνονται οι λεμφαδένες της κοι- νης λαγονίου, οι μηροβουβωνικοί λεμφαδένες (επιτολής βουβωνικοί και εν τω βάθει μηριαίοι) και οι λεγόμενοι παραορτικοί (κατά μήκος της κάτω κοίλης φλέβας και της κοιλιακής αορτής) .Η λεμφογενής διασπορά είναι συνήθως συνεχής μεταξύ των δύο ομάδων. Κατ' αρχάς διηθούνται οι πνευλικοί λεμφαδένες και ακολούθως οι λεμφαδένες της β' ομάδας, Υπάρχει σαφής θετική συσχέτιση μεταξύ μεγέθους όγκου και σταδίου νόσου αφενός και λεμφαδενικής διήθησης αφετέρου.

3. Η αιματογενής διασπορά είναι λιγότερο συχνή. Συνήθως αφορά πολύ προχωρημένα στάδια ή δυνατόν να επισυμβεί μετά από θεραπεία της πρωτοπαθούς νόσου και συχνά άνευ τοπικής υποτροπής. Συνηθέστερη εντόπιση είναι στους πνεύμονες. Είναι σπανιότερη στο πλακώδες καρκίνωμα και περισσότερο συχνή στο αδενοκαρκίνωμα ή άλλους ιστολογικούς τύπους.¹⁸



Λεμφογενής διασπορά του καρκίνου του τραχήλου στους πνευ- λικούς και παραορτικούς λεμφαδένες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Συμπτώματα καρκίνου τραχήλου μήτρας

Η εγκατάσταση και η έναρξη του καρκίνου συνήθως είναι σιωπηλή και ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζει η άρρωστη είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται, Όταν, όμως, ο καρκίνος μεγαλώσει αρκετά τότε προκαλεί ένα ή περισσότερα συμπτώματα πιο έντονα, που δεν μπορούν να παραβλεφθούν.²¹ Η εμφανής νόσος παρουσιάζεται σαν εξέγκωση, διάβρωση ή εξωφυτικός όγκος στην περιοχή του τραχήλου ή καθολική διόγκωση του τραχήλου όταν ο όγκος αφορά ή επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο.¹⁸

Τα συμπτώματα, βέβαια, της νόσου εξαρτώνται από τη μορφή και τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου. Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα δεν υπάρχουν συμπτώματα, ενώ στο διηθητικό καρκίνωμα στην αρχή υπάρχει κολπική υπερέκκριση, πυώδης ή αιματηρή και σταγονοειδής αιμορραγία μετά τη συνουσία ή από κολπική πλύση.³ Στο διηθητικό καρκίνωμα πολλές φορές η μητρορραγία μπορεί να μην είναι απλά σταγονοειδής αλλά μεγάλη αιμορραγία. Ας τονιστεί ότι όλα τα παραπάνω μπορεί να παρουσιαστούν και σε αιμορραγική τραχηλίτιδα.⁹

Η λευκόρροια σιγά-σιγά αυξάνει σε ποσότητα, γίνεται σκοτεινού χρώματος και δύσοσμη εξαιτίας της νέκρωσης και της μόλυνσης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα ανεξάρτητα από την έμμηνο ρύση ή μετά την κλιμακτήριο και οφείλεται στην αρχόμενη εξέγκωση.

Σε προχωρημένες καταστάσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία που τυχαίνει και να λείπουν εντελώς όσο δεν πιέζονται από καρκινικές μάζες ή διηθήσεις από μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα.²² Επιπλέον, εμφανίζεται πυελικός πόνος συχνά μονόπλευρος που ακτινοβολεί στο ισχίο ή το μηρό.

Η διήθηση των πυελικών λεμφογαγγλίων συνοδεύεται με πειστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη και συμπτώματα απόφραξη των ουρητήρων, που εμφανίζονται κλινικά ως υδρονέφρωση ή πυελονεφρίτιδα. Τα πυελικά λεμφογάγγλια που προσβάλλονται διακρίνονται σε πέντε ομάδες: 1) παραορτικά, 2) της κοινής λαγονίου, 3) του θυρεοειδούς νεύρου, 4) της έσω λαγονίου, 5) της έξω λαγονίου που υποδιαιρούνται σε τρεις αλυσίδες γαγγλίων, την έξω τη μέση και την έσω. Πρώτη μορφή προσβολής της ουροδόχου κύστης είναι το φυσαλιδώδες οίδημα, που γίνεται αντιληπτό στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα μπορεί να παρουσιαστεί και αιματουρία.⁹ Αρκετά συχνή είναι και η υδρονέφρωση στην οποία οφείλεται τις περισσότερες φορές ο θάνατος.

Απώλεια ούρων ή κοπράνων από τον κόλπο είναι σημείο σχηματισμού συριγγείων. Η καχεξία είναι χαρακτηριστική στις προχωρημένες περιπτώσεις. Η ασθενής εμφανίζει απώλεια σωματικού βάρους και αναιμία αν και οξεία απώλεια αίματος και αναιμία μπορεί να συμβεί και σε ελιώδη καρκίνο ακόμη και στο στάδιο II. Τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα της παρατεταμένης φλεγμονής.²³

6.2. Τι είναι καρκίνος

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωματοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωματοσωμάτων τα οποία κληρονομούμε από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας. Τα χρωματοσώματά μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που υπαγορεύουν στον οργανισμό πώς θα αναπτυχθεί, πώς θα λειτουργήσει και πώς θα συμπεριφερθεί. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.

Υπάρχει όμως απίστευτα μεγάλος αριθμός γονιδίων και τεράστιος αριθμός μηνυμάτων. Ενόσω τα χρωματοσώματα αυτοαναπαράγονται κάθε στιγμή που διαιρείται το κύτταρο, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να πάει κάτι στραβά. Ανά πάσα στιγμή, στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης, κάτι μπορεί να ακολουθήσει λανθασμένο δρόμο, όπως μια μετάλλαξη που αλλάζει ένα ή περισσότερα γονίδια. Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που θα έπρεπε να δοθεί. Τότε, ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, τον λεγόμενο κακοήθη όγκο ή καρκίνο.

Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο. Στη συνέχεια διαιρείται σε δύο μη φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία γίνονται τέσσερα κ.ο.κ. Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες που ονομάζονται χρόνοι διπλασιασμού. Οι καρκίνοι που αναπτύσσονται γρήγορα μπορεί να διπλασιαστούν μέσα σε μία ή δύο εβδομάδες, ενώ όσοι αναπτύσσονται αργά διπλασιάζονται σε δύο ή έξι μήνες. Σε ορισμένες περιπτώσεις για να εικοσαπλασιαστούν χρειάστηκαν πάνω από πέντε χρόνια αναπαραγωγικής πορείας. Σ' αυτή τη φάση ο όγκος μπορεί να αποτελείται από ένα εκατομμύριο κύτταρα και να έχει το μέγεθος της κεφαλής μιας καρφίτσας.

Επομένως, υπάρχει μια «αθόρυβη» ή «ασυμπτωματική» περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, κατά την οποία δεν φαίνεται κάποιο ογκίδιο. Η καρκινική μάζα είναι τόσο μικρή που δεν είναι δυνατό να εντοπιστεί με οποιαδήποτε από τις ως τώρα γνωστές διαγνωστικές μεθόδους. Το μέγεθος του όγκου γίνεται πλέον αισθητό ή ορατό σε ακτινογραφικό έλεγχο, μπορεί δε να προκαλέσει συμπτώματα λόγω της πίεσης όπως πόνο ή αιμορραγία. Για να γίνει ακτινογραφικώς ορατός ένας όγκος πρέπει να έχει διάμετρο περίπου ένα εκατοστό. Στο στάδιο αυτό περιέχει ένα δισεκατομμύριο κύτταρα περίπου. Αν ο όγκος είναι μικρότερος δεν γίνεται αντιληπτός με τις κοινές ακτινολογικές απεικονιστικές μεθόδους, οι οποίες δεν είναι αρκετά ευαίσθητες για να τον εντοπίσουν. Σήμερα πάντως μερικές νεότερες μέθοδοι, όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία έχουν την δυνατότητα να εντοπίζουν τόσο μικρούς όγκους.

Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Οι κακοήθεις έχουν δύο κύρια χαρακτηριστικά:

- Δεν έχουν «τοίχωμα» ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς
- Έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Η διασπορά του καρκίνου ονομάζεται μετάσταση.²⁴

6.3. Καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας

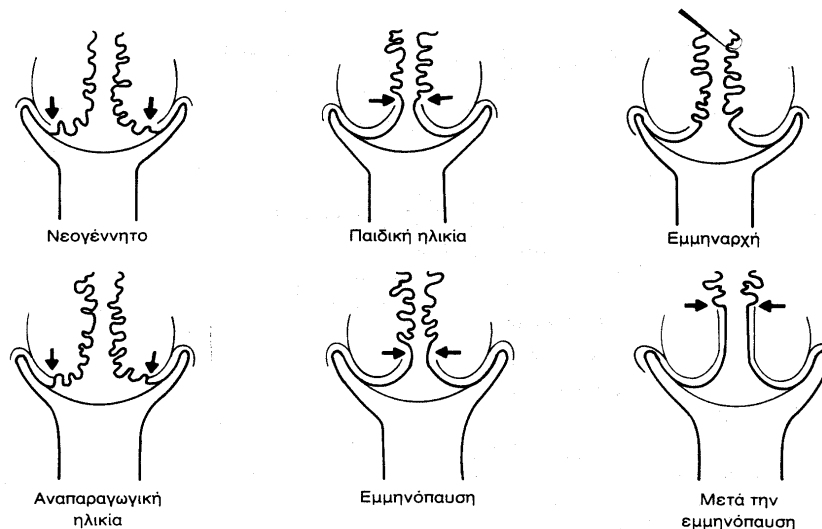
Το σύνολο σχεδόν των καρκίνων του τραχήλου από πλακώδες επιθήλιο αναπτύσσονται στη ζώνη μεταπτώσεως και είναι σήμερα γενικώς παραδεκτό ότι οι ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες είναι προδιηθητικές βλάβες, οι οποίες προηγούνται του διηθητικού καρκίνου.

Κατά τη διάρκεια του τέταρτου μήνα της ενδομητρίου ζωής το κυλινδρικό επιθήλιο του ανώτερου τμήματος του κόλπου και του τραχήλου αντικαθίστανται από πλακώδες επιθήλιο. Αυτή είναι η πρώτη φορά στη ζωή της γυναίκας που μεταβάλλεται η θέση της συμβολής μεταξύ του πλακώδους και του κυλινδρικού επιθηλίου αλλά δεν είναι η μόνη. Το ανατομικό αυτό όριο μεταξύ των δύο επιθηλίων δεν είναι καθόλου σταθερό.

Στο νεογέννητο θήλυ ένα μέρος της εξωτερικής επιφάνειας του τραχήλου καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, το οποίο «εισέρχεται» στον ενδοτραχηλικό αυλό κατά την παιδική ηλικία. Με τη θεαματική αύξηση του μεγέθους του τραχήλου, που επέρχεται κατά την εμμηναρχή και ιδίως κατά την πρώτη εγκυμοσύνη, ένα μεγάλο τμήμα αδενικού επιθηλίου εκστρέφεται από τον ενδοτραχηλικό αυλό προς τον εξωτράχηλο. Η μεταβολή αυτή οφείλεται βασικά στη δράση των οιστρογόνων πάνω στις κολλαγόνες ίνες του στρώματος του τραχήλου. Το αδενικό επιθήλιο, που βρίσκεται τώρα σε ένα καινούργιο περιβάλλον -το κοιλικό -με χαμηλότερο ΡΗ, αναγκάζεται να μεταπλασθεί προς πλακώδες. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «μεταπλασία» και συνήθως απαιτεί αρκετά έτη.

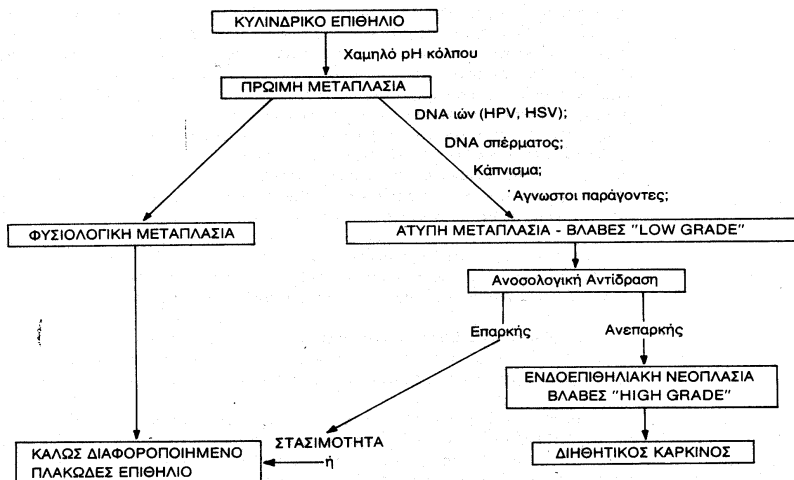
Η φυσιολογική αυτή διαδικασία της μεταπλάσεως του κυλινδρικού επιθηλίου προς πλακώδες λαμβάνει χώρα σε κάποιο βαθμό κατά τη διάρκεια της ενδομητρίου ζωής, μετά την εμμηναρχή αλλά σε μεγαλύτερη έκταση μετά την πρώτη εγκυμοσύνη(αναπαραγωγική ηλικία). Δεν έχει διευκρινισθεί με ακρίβεια εάν αυτά καθαυτά τα κυλινδρικά κύτταρα μεταπλάσσονται προς πλακώδη ή απλώς αντικαθίστανται από υποκείμενα εφεδρικά κύτταρα, καθώς τα μεταπλαστικά κύτταρα έχουν την ιδιότητα της φαγοκυτώσεως.

Οι αλλαγές της ανατομικής θέσης της συμβολής μεταξύ του πλακώδους και του κυλινδρικού επιθηλίου στον τράχηλο της μήτρας απεικονίζονται στο παρακάτω σχήμα:⁸



Η μορφολογία του τραχήλου αλλάζει κατά τη διάρκεια της ζωής. Μεταβάλλεται κατά την κύηση και τον τοκετό και αλλάζει μετά την εμμηνόπαυση. Μπορεί, επίσης, να αλλάξει μετά από γυναικολογική εξέταση. Οι σημαντικότερες μελέτες που αφορούν την αλλαγή της μορφολογίας του τραχήλου ανάλογα με την ηλικία είναι του Ober που έδειξαν ότι η συνένωση πλακώδους – κυλινδρικού επιθηλίου είναι συχνά εξωτραχηλική στα κορίτσια και στις νέες γυναίκες και τείνει να γίνει ενδοτραχηλική μετά την εμμηνόπαυση.¹⁹

ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Ανοσολογία

Εκτεταμένες έρευνες γίνονται τα τελευταία χρόνια στην ανοσολογία του καρκίνου. Για τον καρκίνο του τραχήλου βρέθηκαν ειδικά αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και η ανοσολογική αντίδραση των ασθενών σ' αυτά μελετάται με δερματικά test.

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρέθηκε ότι αυξάνεται στον ορό ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου, αλλά δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου ή τον ιστολογικό τύπο. Τα επίπεδα του αντιγόνου γίνονται φυσιολογικά μετά θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ επανεμφάνισή του σημαίνει υποτροπή. Έτσι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια.

Το νεοπλασματικό αντιγόνο TA_4 του ανθρώπινου καρκίνου από πλακώδη επιθήλια, βοηθάει στη διάγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του τραχήλου. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη M.B. 48.000 που ανευρίσκεται στον ορό του αίματος και προσδιορίζεται ραδιοανοσολυτικά, το αντιγόνο είναι αυξημένο σε ποσοστό 40% σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου. Η αύξηση σχετίζεται με το στάδιο του καρκίνου. Στα αρχικά στάδια Ο και Ι είναι αυξημένο, περίπου 10% και 30% αντίστοιχα. Στο στάδιο ΙΙ αυξημένο σε ποσοστό 50%, ενώ στα στάδια ΙΙΙ_A και ΙV υπερβαίνει το 80%. Η παρακολούθηση των τιμών του TA_4 μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών βοηθάει στην αντιμετώπιση των υποτροπών.²⁵

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας καθιστά εύκολο τον έλεγχο της ενδοκολπικής του μοίρας. Έτσι, προκειμένου να διαγνώσουμε τον καρκίνο του προβαίνουμε στις πιο κάτω εξετάσεις³:

7.2. Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση επιτυγχάνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση, αν και τις περισσότερες φορές δεν αποκαλύπτεται κάτι παθολογικό.

7.2.1. Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία με την επισκόπηση δε 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 εξέγκωσης, 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 εξέγκωση και η εξωφυτική του μορφή

εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

7.2.2. Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό θα ψηλάφουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική όσο και προχωρημένη ενδοφυτική και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, διότι αυτή καθηλώθηκε από τη διήθηση.³ Η γυναικολογική εξέταση είναι σημαντική, διότι ενδέχεται να αποκαλύψει νόσο στους ιστούς που περιβάλλουν τον τράχηλο και τον κόλπο, καθώς και στους λεμφαδένες του πυέλου.

Επίσης, γίνεται ψηλάφηση των βουβονικών και υπερκλείδιων λεμφαδένων για πιθανή ανεύρεση κάποιας διόγκωσης καθώς και της κοιλιάς για ενδεχόμενη διόγκωση του ύπατος, ανεύρεση κάποιας μάζας ή ύπαρξη συλλογής υγρού(ασκίτης)²⁴

7.3. Απεικονιστικές μέθοδοι

- ✓ Ακτινογραφία θώρακος, σπονδυλικής στήλης και πυέλου για έλεγχο μεταστάσεων
- ✓ Λεμφαδενογραφεία για την εκτίμηση της έκτασης των λεμφαδενικών μεταστάσεων
- ✓ Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλιάς και πυέλου καθώς και υπερηχογράφηση για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης. Συχνά, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση εξωτραχηλικής επέκτασης του όγκου.^{24,3}

7.4. Τεστ Παπανικολάου

Η συμβολή της Κυτταρολογίας στον τομέα αυτό είμαι μεγάλης σημασίας, αφού η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, το γνωστό Pap test, αποτελεί την πιο αξιόπιστη μέθοδο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.(Τα τελευταία χρόνια καταβάλλονται προσπάθειες για την πρόωμη διάγνωση.¹²

Ο Γεώργιος Παπανικολάου, αν και το 1928 είχε πρωτοδημοσιεύσει μία κυτταρολογική μέθοδο διάγνωσης της νεοπλασίας στο 3^ο Συνέδριο του « Race Battering », το 1948 πλέον αναγνωρίστηκε η μονογραφία του « Diagnosis of Uterine cancer by vaginal smears » σαν αξιόπιστη μέθοδος

Η λήψη του Pap test είναι μία εύκολη εξέταση, ανώδυνη, χωρίς επιπλοκές, καλώς ανεκτή από τα εξεταζόμενα άτομα, η οποία μαζί με τη λήψη ιστορικού δε διαρκεί περισσότερο από 15 με 20 λεπτά²⁶

Η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικών επιχρισμάτων γίνεται με τη λήψη επιχρίσματος με βαμβάκοφορέα ή με την ειδική ξύλινη σπάτουλα Ayre από τα κύτταρα του οπίσθιου κολπικού θόλου,¹⁵ για να ελέγξουμε έτσι τα κύτταρα που τυχόν έχουν αποφολιδωθεί από το ενδομήτριο και πλάγια τοιχώματα του κόλπου για να ελέγξουμε την ορμονική κατάσταση, φλεγμονές.²⁶ Τοποθετείται το μικροσκόπιο μέσα στον κόλπο για την αποκάλυψη του τραχήλου. Στη συνέχεια εφαρμόζεται η μεγαλύτερη στρογγυλή προεκβολή της σπάτουλας στον τραχηλικό σωλήνα και

εκτελείται μία κυκλική στροφή για τη λήψη δείγματος από το σημείο συμβολής του πλακώδους επιθηλίου με το κυλινδρικό (ζώνη μετάπτωσης)

Το δείγμα που λαμβάνεται επιστρώνεται πάνω σε αντικειμενοφόρες πλάκες, μονιμοποιείται σε υγρό που περιέχει ίσα μέρη αιθέρα και αιθυλικής αλκοόλης (95%) και χρωματίζεται με τη μέθοδο Παπανικολάου. Οι χρωστικές είναι : 1) η αιματοξυλίνη που χρωματίζει τους πυρήνες, 2) το πορτοκαλόχρουν G και 3) ένα μίγμα του Bismark – καφέ , ιωσίνη κιτρινωπή και ανοιχτό πράσινο. Οι χρωστικές 2 και 3 χρωματίζουν το πρωτόπλασμα. Τα ώριμα κύτταρα απορροφούν το πορτοκαλόχρουν G και την ιωσίνη, ενώ τα ανώριμα κύτταρα το ανοιχτό πράσινο^{23,15}

Τα επιχειρήματα για την κυτταρολογική εξέταση των τραχηλικών επιχρισμάτων βασίζονται σε δύο υποθέσεις , οι οποίες είναι σχεδόν γεγονότα : α) Ο διηθητικός καρκίνος μπορεί να ανιχνευθεί έγκαιρα στο προκαρκινωματώδες στάδιο του και να καταστραφεί με εξαιρέσεις και β) η διάρκεια του προκαρκινωματώδους σταδίου υπερβαίνει τη δεκαετία.

Το Pap test πρέπει να γίνεται όταν μία γυναίκα ξεκινά να έχει σεξουαλική δραστηριότητα ανεξάρτητα του αν έχει ή όχι οικογενειακό ιστορικό καρκίνου και θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά έτος τουλάχιστον μέχρι τα 60 της, αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό ή σε διάστημα 3 ή 6 μηνών ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητα της βλάβης που θα διαγνωστεί. Προκειμένου για γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, αν έχουν 3 ετήσιες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις δεν χρειάζεται να υποβάλλονται ετήσια σε Pap test, διότι με αυτό δεν ελέγχεται το ενδομήτριο του οποίου ο καρκίνος παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνης δεν υπάρχει αντένδειξη για Pap test.²⁶

Το 1988 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτών 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 18 ετών πρέπει να κάνουν κάθε χρόνο Pap-test και γυναικολογική εξέταση. Εφ' όσον μια γυναίκα έχει σε 3 συνεχή χρόνια μια ικανοποιητική εξέταση με φυσιολογικά ευρήματα, το Pap-test μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου της.¹⁴

7.4.1. Ερμηνεία τραχηλικών επιχρισμάτων

7.4.1.1. Κυτταρολογική κατάταξη επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου

Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Γ. Παπανικολάου τα ταξινομήσε σε πέντε κατηγορίες:

- ◆ **Κατηγορία I:** Τα κύτταρα είναι φυσιολογικά
- ◆ **Κατηγορία II** Τα κύτταρα είναι φλεγμονώδη
- ◆ **Κατηγορία III:** Τα κύτταρα είναι δυσκαριωτικά και ακολουθεί βιοψία ή κωνοειδής εκτομή του τραχήλου που μπορεί να βρεθεί καρκίνωμα in situ
- ◆ **Κατηγορία IV:** Αραιά καρκινικά κύτταρα (αν έχουν διηθητικό καρκίνο). Σε περίπτωση καρκινώματος in situ βρίσκουμε μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα
- ◆ **Κατηγορία V:** Καρκινικά κύτταρα κατά σωρούς.

Δυσκαριωτικά κύτταρα μπορεί να προέλθουν απ' όλες τις στιβάδες του πλακώδους επιθηλίου. Με τον όρο “δυσκαρύωση” ο Παπανικολάου περιέγραψε μια

Κυτταρολογική κατάταξη επιχρισμάτων
κατά Παπανικολάου

Συσχέτιση τραχηλικής κυτταρολογίας
(μέθοδος Παπανικολάου) και ιστολογι-
κής κατάταξης της CIN

<i>Κλάση I</i> - δεν παρατηρούνται ανώμαλα κύτταρα (επιχρίσματα αρνητικά, με ή χωρίς φλεγμονή)	<i>Κλάση I</i> - επιχρίσματα αρνητικά, με ή χωρίς φλεγμονή
<i>Κλάση II</i> - άτυπα κύτταρα, που προέρχονται από φλεγμονή (ατυπία φλεγμονώδης και κοίλοκυτταρική*), χωρίς χαρακτηριστικά κακοήθειας	<i>Κλάση II</i> - φλεγμονώδης ατυπία, ατυπία πλακωδών κυττάρων
<i>Κλάση III</i> - άτυπα κύτταρα, ύποπτα κακοήθειας	<i>Κλάση III</i> - ελάχιστη ή ήπια δυσπλασία (CIN 1), μέτρια και σοβαρή δυσπλασία (CIN 2, CIN 3)
<i>Κλάση IV</i> - εικόνα εξαιρετικά ύποπτη κακοήθειας	<i>Κλάση IV</i> - καρκίνωμα in situ (CIN 3)
<i>Κλάση V</i> - εικόνα οριστικά ενδεικτική κακοήθειας (παρατηρούνται καρκινικά κύτταρα)	<i>Κλάση V</i> - επιχρίσματα θετικά για κακοήθη κύτταρα

κυτταρολογική εικόνα που βρίσκεται συνήθως στο καρκίνωμα in situ στην οποία οι ανωμαλίες προσδιορίζονται χαρακτηριστικά στους πυρήνες. Το δυσκαρυωτικό κύτταρο χαρακτηρίζονται από τον ανώριμο και ανώμαλο πυρήνα του, ενώ το κυτταρόπλασμα είναι ώριμο.

7.4.1.2.Κυτταρολογική κατάταξη επιχρισμάτων με το σύστημα Bethesda

Το σύστημα Bethesda ή δυαδικό σύστημα εισήχθη πρόσφατα το 1991 και ως στόχο έχει την ομοιομορφία παρατηρήσεων μεταξύ των κυτταρολόγων. Στο σύστημα Bethesda περιλαμβάνονται κατ' αρχήν τα φυσιολογικά επιχρίσματα και οι καλοήθεις κυτταρικές αλλοιώσεις. Περαιτέρω, οι μη διηθητικές αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες, στην AS-QUS (άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας/ χωρίς ενδεικτικές κοίλοκυτταρικής ατυπίας αλλαγές), στην LG-SIL (χαμηλού βαθμού πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις/ κοίλοκυτταρικές αλλοιώσεις, κονδυλώματα και CIN I) και στην HG-SIL (υψηλού βαθμού πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις CIN II & CIN III). Οι κατηγορίες LG-SIL και HG-SIL αναφέρονται και ως δυαδικό σύστημα Bethesda.¹⁵

Συσχέτιση ιστολογικής κατάταξης και τραχηλικής κυτταρολογίας στη CIN (με τη μέθοδο Παπανικολάου και το σύστημα Bethesda)

Μέθοδος Παπανικολάου	Ιστολογική περιγραφή	Σύστημα Bethesda
Κλάση I	Επιχρίσματα αρνητικά, χωρίς ή με φλεγμονή	Επιχρίσματα φυσιολογικά Φλεγμονή (ειδική)
Κλάση II	Φλεγμονώδης ατυπία	Καλοήθεις αλλοιώσεις από φλεγμονή ή αντιδραστικές
	Ατυπία πλακωδών κυττάρων	ASQUS
	Κοίλοκυτταρική ατυπία	LG-SIL με κυτταρικές ατυπίες συνδεόμενες με HPV
Κλάση III	Ελάχιστη ή ήπια δυσπλασία (CIN 1)	LG-SIL με ή χωρίς κυτταρικές αλλαγές από HPV
	Μέτρια δυσπλασία (CIN 2)	HG-SIL
	Σοβαρή δυσπλασία (CIN 3)	HG-SIL
Κλάση IV	Καρκίνωμα in situ (CIN 3)	HG-SIL
Κλάση V	Επιχρίσματα θετικά για κακοήθεια	Καρκίνωμα (από πλακώδη κύτταρα)

Αντιμετώπιση ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) τραχήλου σε σχέση με το test Pap και τα ιστολογικά ευρήματα

Κλάση I	Φυσιολογικό	0,1% CIN II – III	Επανάληψη σε 1 έτος (εκτός αν υπάρχει κλινικά ύποπτη εικόνα)
Κλάση II	Φλεγμονώδεις	6% CIN II – III	Επανάληψη σε 6 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 3 παθολογικά test) Επανάληψη σε 4 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 2 παθολογικά test)
	Ελαφρά ατυπία	20 – 37% CIN II – III	
Κλάση III	Ελαφρά δυσκαρίωση	50% CIN II – III	Κολποσκόπηση – βιοψία Κολποσκόπηση – βιοψία
	Μέση δυσκαρίωση	50 – 75% CIN II – III	
Κλάση IV	Σοβαρή δυσκαρίωση	80 – 90% CIN II – III	Κολποσκόπηση – βιοψία
	Υπαρξη κακοήθων κυττάρων	5% διήθηση	
Κλάση V	Υποψία διήθησης	50% διήθηση	Επείγουσα κολποσκόπηση – βιοψία
Παθολογικά αδενικά κύτταρα		ΑδενοCa τραχήλου; ΑδενοCa ενδομητρίου;	Επείγουσα κολποσκόπηση – απόξεση – βιοψία

7.4.2. Μεταβλητές που οδηγούν σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα

Η κυτταρολογική εξέταση κολποτραχηλικών επιχρισμάτων «test Pap» συνεχίζει, να είναι η πιο ενδιαφέρουσα μέθοδος διερεύνησης της δυσπλασίας πρόληψης αλλά πρέπει να αναφερθούν και περιπτώσεις που οδηγούμαστε σε λάθος διάγνωση και ατυχείς καθυστερήσεις στη σωστή διάγνωση και θεραπεία, όπως των ψευδώς αρνητικών κολποτραχηλικών επιχρισμάτων. Οι μεταβλητές που επιδρούν από τη λήψη μέχρι την τελική εκτίμηση των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων είναι:

1. Ευαισθησία του προγράμματος ελέγχου πληθυσμού

Εξαρτάται από την ταξινόμηση των γυναικών σε ομάδες:

α) Συμπτωματικές: με κολπική υπερέκκριση, πόνο, άτυπη αιμόρρια γεννητικών οργάνων. Στο test Pap παρουσιάζονται κυρίως συμπτώματα σταγονοειδή κολπική αιμορραγία με κολπικό επίχρισμα αρνητικό.

β) Υψηλού κινδύνου γυναίκες πρώιμες : πρώιμες σεξουαλικές επαφές, πολλαπλοί σύντροφοι, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή κυρίως ένα test Pap μη φυσιολογικό.

γ) Χαμηλού κινδύνου: χωρίς τα παραπάνω

δ) Μη ελεγμένες ή με μεσοδιαστήματα ελέγχου πέρα των 5 ετών .

1. Προετοιμασία Ασθενούς:

Να μην έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή για 2 ημέρες και εκτός ημερών εμμήνου ρήσεως. Προτροπή για εξέταση κατά το μέσον του κύκλου.

3. Τρόπος λήψης-Μονιμοποίηση επιχρίσματος

Κολποτραχηλικά επιχρίσματα που δεν περιέχουν αδενικά κύτταρα πρέπει να θεωρούνται ανεπαρκή και να μη δίδεται απάντηση «αρνητική». Επίσης, κύριο λόγο παίζει και η λήψη ενδοτραχηλικού υλικού με βουρτσάκι και όχι με βαμβακοφόρο στείλειό που παγιδεύει πολλά κύτταρα.

4. Τράχηλος

- ✓ Η παρουσία έντονης φλεγμονής εμποδίζει την εκτίμηση των αλλοιώσεων των επιθηλιακών κυττάρων, γι' αυτό συστήνεται θεραπεία και επανάληψη του «test Pap».
- ✓ Δείγματα από νεοπλασία του τραχήλου που περιέχουν νεκρωτικό υλικό-αίμα δεν είναι ικανοποιητικά δείγματα για επεξεργασία.
- ✓ Παχύ στρώμα επιθηλιακών κυττάρων σε περιοχή πλακιδίου εμποδίζει τη διερεύνηση των κυττάρων.

5. Έλεγχος ποιότητας εργαστηρίου

Το 10% των αρνητικών δειγμάτων διαλέγονται τυχαία για επανεκτίμηση από διαφορετικούς κυτταρολόγους. Επαρκές κρίνεται ένα δείγμα όταν περιέχει τουλάχιστον ορισμένες εκατοντάδες κυττάρων με παρουσία αδενικών κυττάρων.

6.Μεσοδιαστήματα λήψης κολποτραχηλικών επιχρισμάτων.

Η λήψη κολποτραχηλικών επιχρισμάτων ανά χρόνο εκτός της πρόληψης προσφέρει και την ελάττωση της αναλογίας των ψευδώς αρνητικών επιχρισμάτων.²⁶

7.4.3. Νέο τεστ

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος των ψευδώς αρνητικών απαντήσεων, πολλές εναλλακτικές προτάσεις έχουν εφαρμοσθεί τα τελευταία χρόνια. Η λύση του αυτοματοποιημένου τρόπου εξέτασης των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων μέσω συστημάτων του τύπου AUTOPAP , PAPNET κ.λ.π. μετά από ενδεδειγμένη έρευνα κρίθηκε μη ικανοποιητική διότι αυξάνει υπερβολικά το κόστος του Pap Test χωρίς να μειώνει πρακτικά τον κίνδυνο ψευδώς αρνητικών επιχρισμάτων.

Για το λόγο αυτό, έχει απαγορευθεί χρήση τους από τη Διεθνή Ακαδημία Κυτταρολογίας, την Επιτροπή Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) και σε κανένα ασφαλιστικό πρόγραμμα δεν παρέχεται κάλυψη στη χρήση τους. Αντίθετα έχει κοινά αποδεκτό από τους ανωτέρω, Οργανισμούς η εφαρμογή της μεθόδου της Κοιτ φάσης και ιδιαίτερα του THIN PREP Pap Test στο μαζικό έλεγχο πληθυσμού.¹²

Το THIN PREP Pap Test αποτελεί την πρώτη μετά από 50 χρόνια εξέλιξη της δοκιμασίας κατά Παπανικολάου. Με τη μέθοδο αυτή εισάγονται μικρές αλλά πολύ συστατικές αλλαγές στο συμβατικό τρόπο μονιμοποίησης και παρασκευής των επιχρισμάτων που μεταβάλλουν όμως εντυπωσιακά την ποιότητά τους. Το γεγονός αυτό οδήγησε της Επιτροπή Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) να εγκρίνει το Μάιο του 1996 αυτή τη μέθοδο σε αντικατάσταση του συμβατικού Pap Test.

Το δείγμα λαμβάνεται με τον παραδοσιακό τρόπο αντί όμως να επιστρώνεται άμεσα στις αντικειμενοφόρους πλάκες, η συσκευή λήψης ξεπλένεται σε ειδικό δοχείο που περιέχει μονιμοποιητικό διάλυμα (Preserve Cyt Solution). Το Preserve Cyt Solution είναι ένα αλκοολικό ρυθμιστικό διάλυμα, το οποίο περιέχει σε υψηλή αναλογία αλκοόλη προκειμένου να μονιμοποιεί τα κύτταρα, να αδρανοποιεί τη μικροβιακή χλωρίδα και να λύει τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Το διάλυμα των αλάτων και το PH του Preserve Cyt Solution επιτρέπουν την πλέον άρτια επιστροφή των κυττάρων και την καλύτερη δυνατή διατήρηση των μορφολογικών χαρακτηριστικών των κυττάρων.

Στη συνέχεια το φιαλίδιο αποστέλλεται στο Κυτταρολογικό Εργαστήριο που διαθέτει τον επεξεργαστή THIN PREP 2000 .²⁷

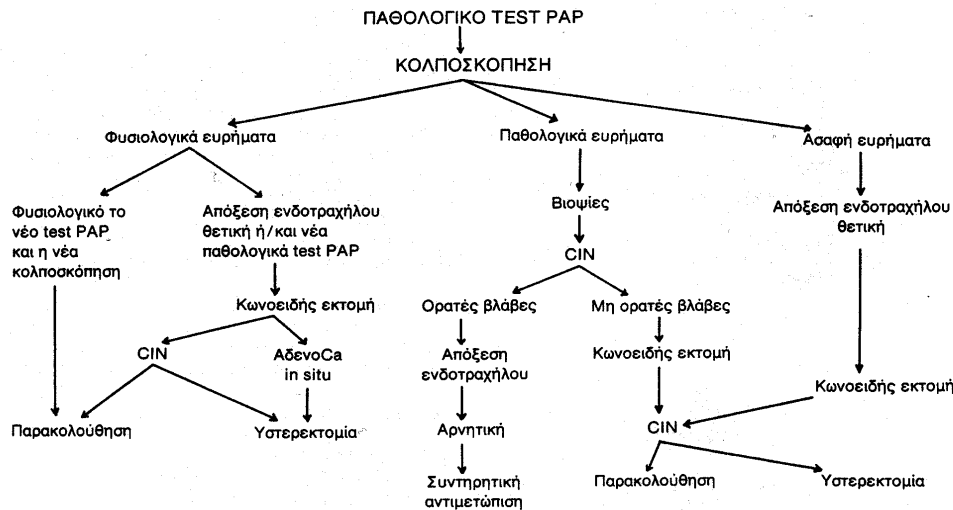
Το νέο αυτό Test μειώνει το ποσοστό ακατάλληλων δειγμάτων κατά 70% των υπό συνθήκη κατάλληλων δειγμάτων κατά 35% και των ασαφών απαντήσεων (Ascus) κατά 25%. Παράλληλα επιτρέπει σε πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου την αύξηση της αναγνώρισης ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων σε ποσοστό μεγαλύτερο από 60% για τους πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας και κατά 5% τουλάχιστον σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.¹²

7.5.Κολποσκόπηση

Το κολποσκόπιο είναι ένα διοφθάλμιο μικροσκόπιο, που χρησιμοποιείται για την άμεση επισκόπηση του τραχήλου με τη βοήθεια μιας ισχυρής πηγής φωτισμού. Με το κολποσκόπιο είναι δυνατή μέχρι και 60/πλάσια μεγέθυνση, αλλά συνήθως οι διοφθάλμιοι φακοί παρέχουν μεγεθύνσεις 6-40/πλάσιες, από τις οποίες στη συνήθη πράξη χρησιμοποιείται η 20/πλάσια του φυσιολογικού. Μερικά κολποσκόπια είναι εφοδιασμένα με φωτογραφική μηχανή για τη λήψη φωτογραφιών ή με ειδική βιντεοκάμερα για τη διαδοχική φωτογραφική απεικόνιση των παθολογικών καταστάσεων.¹² Το 1925 πρώτος ο Hinselmann χάρις στο κολποσκόπιο μπόρεσε να ανιχνεύσει διάφορες μορφές καρκίνου που με γυμνό μάτι δεν ήταν ορατές.¹⁹ Οι ενδοεπιθηλιακές ανωμαλίες συνήθως δεν είναι ορατές με το γυμνό μάτι, ενώ είναι ορατές με το κολποσκόπιο. Πριν από την επισκόπηση ο τράχηλος επιστρώνεται με οξεικό οξύ 3-5% για να γίνουν εμφανείς οι ενδεικτικές της δυσπλασίας και του καρκινώματος in situ περιοχές. Το οξεικό οξύ αφυδατώνει τα κύτταρα και εμφανίζει διογκωμένους τους πυρήνες, σε τρόπο που τα κύτταρα με αυξημένη σχέση πυρήνα/κυτταροπλάσματος αντανακλούν περισσότερο φως και εμφανίζονται λευκωπά. Με την κολποσκόπηση διακρίνονται τρεις τύποι επιθηλίου:

α) το φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο, β) το μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο, που αναπτύσσεται στη φυσιολογική ζώνη μετάπτωσης από το πλακώδες στο κυλινδρικό επιθήλιο, και γ) το κυλινδρικό επιθήλιο.

Με την κολποσκόπηση διερευνάται α) το εύρος της ζώνης μετασχηματισμού και β) η ανάπτυξη νέου αγγειακού δικτύου.



7.6. Δοκιμασία Schiller

Η δοκιμασία κατά Schiller βασίζεται στον κανόνα ότι το φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου περιέχει γλυκογόνο, που όταν συνδέεται με το ιώδιο δίνει στο επιθήλιο ένα χρώμα καφεοειδές. Τα δυσπλαστικά κύτταρα, που στερούνται γλυκογόνου, δεν χρωματίζονται. Συχνά επίσης δε χρωματίζεται το ανώριμο μεταπλαστικό επιθήλιο. Η δοκιμασία δεν είναι ειδική για τον καρκίνο, αλλά αποκαλύπτει απλώς το επιθήλιο που δεν περιέχει γλυκογόνο.¹⁵

Με τη δοκιμασία Schiller, που είναι η επάλειψη με διάλυμα Lugol, χρωματίζεται η επιφάνεια του φυσιολογικού τραχήλου καφεκίτρινη, ενώ περιοχές με παθολογικές βλάβες στο επιθήλιο του τραχήλου παραμένουν αχρωμάτιστες.⁹ Το διάλυμα Lugol χρησιμοποιήθηκε πρώτα από το Schiller το 1992 και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και σήμερα.¹⁹

7.7. Ενδοτραχηλική απόξεση

Είναι μια μέθοδος εξέτασης και θεραπείας κατά την οποία γίνεται διαστολή του τραχηλικού σωλήνα με διαστολέα και απόξεση της κοιλότητας της μήτρας με ξέστρο. Ο τράχηλος αποξέεται πρώτα χωρίς διαστολή.²²

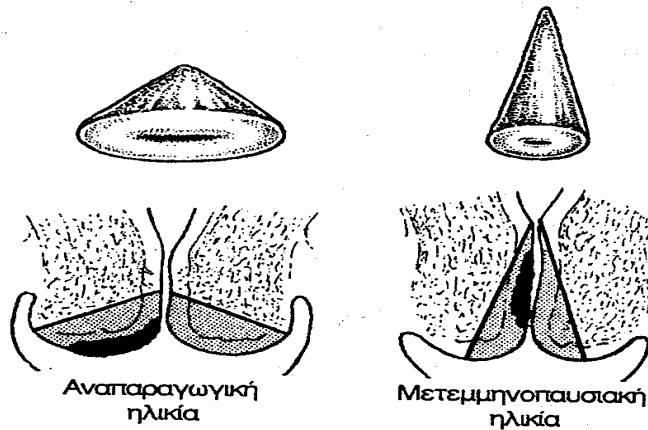
Γίνεται όταν η ζώνη μετασηματισμού επεκτείνεται στον τραχηλικό αυλό ή όταν δεν είναι ορατές περιοχές άτυπου επιθηλίου στον εξωτράχηλο.¹⁵

7.8. Βιοψία τραχήλου-Κωνοειδής εκτομή

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά Schiller καθώς και σε κάθε εξέλκωση-κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις.⁹ Η βιοψία τραχήλου αναφέρεται στη λήψη τεμαχιδίων τραχήλου με ειδική λαβίδα βιοψίας, σε περιοχές που προσδιορίζονται με το κολποσκόπιο.¹⁵ Τα τεμαχίδια που θα ληφθούν πρέπει να αντιπροσωπεύουν και τα 4 τεταρτημόρια του τραχήλου.³

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις στις οποίες η κατευθυνόμενη από την κολποσκόπηση βιοψία δεν επαρκεί και καθίσταται αναγκαία η εκτομή κωνοειδούς τμήματος του τραχήλου.¹⁵ Αυτό σημαίνει αφαίρεση σε σχήμα κώνου του

μεγαλύτερου τμήματος του τραχηλικού σωλήνα.²³ Η κωνοειδής εκτομή πρέπει να γίνεται όταν:α) η ζώνη μετάπτωσης στην οποία αναπτύσσεται η CIN μετακινείται προς τον ενδοτραχηλικό σωλήνα και δεν είναι ορατή με τον κολποσκοπικό έλεγχο και



β) τίθεται ή υποπτεύεται η διάγνωση του μικροδιηθητικού καρκινώματος.¹⁵ Στην αναπαραγωγική ηλικία η βάση είναι ευρύτερη και το βάθος μικρότερο ενώ στην μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία το εύρος είναι μικρότερο και το βάθος μεγαλύτερο. Μετά την κωνοειδή βιοψία μπορεί να γίνει κρυσπηξία για τον έλεγχο της αιμορραγίας.²³

7.9. Ιστοληψία τραχήλου μήτρας

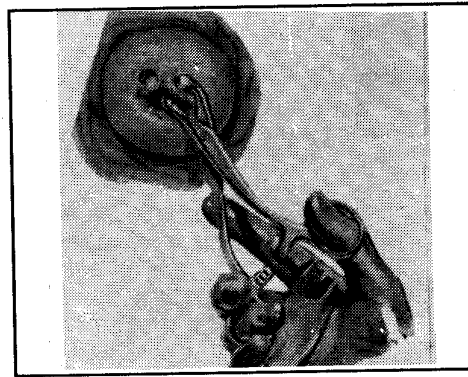
Η ιστοληψία τραχήλου μήτρας είναι διαγνωστική επέμβαση, που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του. Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, όπως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σ' όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η ώρα, ώστε ν' αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάναμε με τη δοκιμασία Schiller ή με κολποτραχηλοσκόπηση.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

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



Ιστοληψία τραχήλου με νυστέρι



Ιστοληψία τραχήλου με λαβίδα

(Netter)

7.10. Ανίχνευση HPV

Δεδομένου ότι DNA του ιού HPV βρίσκεται σε ποσοστό 90% των καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας και των προκαρκινικών αλλοιώσεων, φαίνεται λογικός ο συνδυασμός της κυτταρολογίας με τον έλεγχο για HPV με σκοπό την αύξηση της ευαισθησίας του πληθυσμιακού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η επιλογή της δοκιμασίας ελέγχου HPV βασίζεται στην ευαισθησία, την αναπαραγωγιμότητα, την ευκολία στη χρήση και την καταλληλότητα για εφαρμογή σε ευρεία κλίμακα.

Δύο είναι οι επικρατέστερες σήμερα μέθοδοι για τον έλεγχο του HPV, η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και η υβριδική δέσμευση (HC). Οι μέθοδοι αυτές έχουν μεγάλη ευαισθησία και ανιχνεύουν πολύ μικρές ποσότητες του υπό έλεγχο DNA διότι βασίζονται σε διαδικασίες ενίσχυσης. Το PCR βασίζεται στην ενίσχυση του στόχου DNA και είναι κατάλληλο για την ανίχνευση και ελάχιστης ποσότητας DNA ενώ το HC βασίζεται στην ενίσχυση του τελικού σήματος και είναι κατάλληλο για υψηλότερα επίπεδα DNA καθώς και για ποσοτικές ή ημιποσοτικές εφαρμογές.

Το HC είναι το μόνο διαθέσιμο εμπορικά ως έτοιμο προς χρήση kit εγκεκριμένο από το FDA και βασίζεται σε υβριδισμό με RNA ανιχνευτές, ενίσχυση του τελικού σήματος μέσω αντίδρασης αντιγόνου-αντισώματος και ανίχνευση με χημειοφωταύγεια. Με την δοκιμασία αυτή γίνεται ποιοτικός προσδιορισμός του HPV και διαφοροποίηση μεταξύ χαμηλού και υψηλού κινδύνου τύπων. Η τεχνική αυτή δεν εμφανίζει σημαντικό πρόβλημα επιμόλυνσης και άρα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Η τελευταία εξέλιξη της τεχνολογίας αυτής, το λεγόμενο hybrid capture microplate με το εμπορικό όνομα Hybrid Capture II HPV DNA Test (Digene), εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία (1000 αντίτυπα του ιού), είναι περισσότερο εύρηστο και περιλαμβάνει ανιχνευτές για όλους σχεδόν τους υψηλού κινδύνου τύπους (16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) (3, 10, 13).⁴¹

7.11. Αιματολογικές & 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 για να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου.²⁴

7.12. Διαφορική διάγνωση

Βλάβες οι οποίες είναι δυνατόν να διαγνωστούν λανθασμένα είναι οι εξής: Οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, τραχηλίτιδα με εκτόπια που είναι η συχνότερη βλάβη του τραχήλου κι αν είναι εξωφυτική δυνατό να γίνει περισσότερο παραπλασματική, φυματίωση του τραχήλου που είναι σπάνια, σχεδόν πάντα υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων, οι βλενωδείς τραχηλικοί πολύποδες αν μολυνθούν μπορεί να παρουσιάσουν μια πολύ ύποπτη εμφάνιση, το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος δυνατό να εμφανιστεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό,²³ κονδυλώματα, αδένωση, νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινοκύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Κριτήρια επιλογής της θεραπείας

Προτού αποφασιστεί οποιαδήποτε θεραπεία, είναι απαραίτητο να τεθεί ακριβής διάγνωση. Συνήθως οι ασθενείς προσέρχονται με ένα τεστ Παπανικολάου που θέτει υποψία για ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, αλλά δε μας εξασφαλίζει τη ακριβή ιστολογική ταυτότητα της ενδεχόμενης αλλοίωσης. Έτσι, η ασθενής πρέπει να εξεταστεί με το κολποσκόπιο. Με τον κολποσκοπικό έλεγχο της ζώνης μεταπτώσεως θα αποσαφηνισθεί:

- Εάν είναι ορατή ολόκληρη η ζώνη μεταπτώσεως.
- Εάν εμφανίζει χαρακτήρες κολποσκοπικής ατυπίας.
- Σε ποιες θέσεις χρειάζεται να γίνουν βιοψίες.
- Εάν κρίνεται σκόπιμο να γίνει απόξεση του ενδοτραχηλικού σωλήνα.⁸

Κριτήρια επιλογής για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να αποτελούν:

- ✓ η έκταση της νόσου όπως αυτή καθορίζεται κυρίως από την κλινική σταδιοποίηση
- ✓ η ηλικία
- ✓ η γενική κατάσταση της ασθενούς
- ✓ η παρουσία και η φύση οποιασδήποτε συνυπάρχουσας παθολογικής κατάστασης

Ο λεπτομερής και πλήρης κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με την εκτίμηση και από κοινού απόφαση των μελών ενός έμπειρου ογκολογικού συμβουλίου θα υπαγορεύσει τη δέουσα θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε όλα τα στάδια μπορεί να εφαρμοστεί η ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική θεραπεία περιορίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου (έως και το στάδιο II_A)

Επιπλέον, η χειρουργική θεραπεία με την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος δίνει τη δυνατότητα πιο αντικειμενικής εκτίμησης των διαφόρων προγνωστικών παραγόντων που ανακύπτουν. Η ακτινοθεραπεία όμως έχει τη δυνατότητα καταστροφής μικροσκοπικής νόσου και πέραν των ορίων της χειρουργικής πρόσβασης. Επίσης, η χειρουργική θεραπεία προτιμάται σε περίπτωση κύησης αν συνυπάρχει φλεγμονώδης πάθηση του εντέρου, αν έχει προηγηθεί ακτινοβολία για άλλη νόσο, επί συνύπαρξης ινομυωμάτων ή εξαρτηματικού όγκου και τέλος κατόπιν επιλογής της ασθενούς.¹⁸

8.2. Χειρουργική θεραπεία

8.2.1. Μέθοδοι καταστροφής των νοσούντων ιστών

Εφαρμόζονται σε μέτρια μέχρι σοβαρή δυσπλασία ή σε καρκίνωμα *in situ*. Πριν από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών πρέπει να έχει αποκλεισθεί η πιθανότητα να συνυπάρχει διηθητικός καρκίνος και να έχει επεκταθεί η βλάβη στον ενδοτράχηλο. Ο εντοπισμός της βλάβης μόνο στο ορατό ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου ελέγχεται με προσεκτική κολποσκοπική εξέταση και κυρίως με απόξεση του ενδοτράχηλου. Περιλαμβάνουν:

1. **Κρυοπηξία:** Αποτελεί μια ελάχιστα δαπανηρή μέθοδο, και διενεργείται μετά προηγούμενη επίθεση οξεικού οξέος για να γίνει ορατή η βλάβη και διαλύματος Lugol για να γίνει εμφανής η ζώνη μετάπτωσης από το πλακώδες στο κυλινδρικό επιθήλιο. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η άφθονη, υδαρής έκκριση, που επιμένει επί 4-6 εβδομάδες, και η αδυναμία καταστροφής των ιστών σε βάθος μεγαλύτερο των 3-4 mm, σε τρόπο που δεν ελέγχεται η δυσπλασία σε βαθύτερες κρύπτες της ζώνης μετασχηματισμού. Με την κρυοπηξία μπορεί επίσης να προκληθεί στένωση του τραχήλου, στην περίπτωση αυτή και εφόσον παραστεί ανάγκη θεραπείας, χρησιμοποιείται η κωνοειδής εκτομή.
2. **Εξάχνωση με CO₂ laser:** Αποτελεί μια εξαιρετική μέθοδο θεραπείας των ενδοτραχηλικών αλλοιώσεων και υπό κολποσκοπική παρατήρηση γίνεται ορατή η βλάβη και η ζώνη μετασχηματισμού. Στη συνέχεια στο στρώμα του τραχήλου ενίεται λιδοκαΐνη με επινεφρίνη και περιγράφονται η βλάβη και η ζώνη μετασχηματισμού με μη εστιασμένη δέσμη. Η δέσμη εστιάζεται κατόπιν στα 1.5 έως 2mm , με ένταση ισχύος 500 έως 800 W /cm², και γίνεται η εξάχνωση της περιοχής που έχει επιλεγεί σε βάθος 7-8 mm. Τυχόν αιμορραγία ελέγχεται με διάχυτη δέσμη, ενώ σπανίως απαιτείται αιμόσταση με ράμματα. Πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η δυνατότητα ακριβούς ελέγχου του βάθους καταστροφής των ιστών και η αποφυγή της υδαρούς έκκρισης, ενώ μειονέκτημα είναι το υψηλό κόστος του εξοπλισμού.
3. **Ηλεκτροπηξία.** Οι τραχηλικοί ιστοί καταστρέφονται με την ηλεκτροπηξία σε βάθος 7-8 mm. Πρόκειται για μια παλιά μέθοδο, που έχει αντικατασταθεί από την εξάχνωση με CO₂ laser, την κρυοπηξία και την ηλεκτροχειρουργική εξαίρεση.¹⁵

8.2.2. Μέθοδος ηλεκτροχειρουργικής εξαίρεσης του εξωτραχήλου (LEEP -Loop Electrosurgical Excision Procedure).

Πρόκειται για μια νέα σχετικά τεχνική. Οι ηλεκτροχειρουργικές γεννήτριες συνδυάζουν τα ρεύματα τομής και πήξης, που τα διοχετεύουν μέσω ενός λεπτού συρμάτινου βρόγχου, ελαττώνοντας έτσι την αιμορραγία. Η συνήθης διάμετρος των βρόγχων είναι 2 cm και το βάθος 8 mm. Πριν εφαρμοσθεί η μέθοδος γίνεται η απαραίτητη προετοιμασία, υπό κολποσκοπική παρατήρηση, όπως και στην εξάχνωση με laser. Με πολλαπλά περάσματα του βρόγχου εξαιρούνται η βλάβη και όλη η ζώνη μετασχηματισμού. Στη συνέχεια εφαρμόζεται το σφαιρικό ηλεκτρόδιο για την καυτηρίαση του στρώματος με τη χρήση αμιγούς ρεύματος πήξης. Με την LEEP παρέχονται επαρκή ιστολογικά δείγματα, σε τρόπο που είναι δυνατή η πιστοποίηση αλλοιώσεων που δεν ανιχνεύονται με τα κυτταρολογικά επιχρίσματα και την κολποσκόπηση.¹⁵

8.2.3. Κωνοειδής εκτομή τραχήλου.

Διενεργείται για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους, ακόμη και μετά από κολποσκοπική εκτίμηση, όταν προκύψει ανάγκη περαιτέρω ελέγχου του ενδοτραχηλικού σωλήνα (σε βλάβη που εκτείνεται προς τον αυλό) ή όταν εγείρεται υποψία διηθητικού καρκίνου.¹⁵ και στον καρκίνο in situ σε νέες γυναίκες για να μη τις στερήσουν τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλεται όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τράχηλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου.³ Επίσης, συνιστάται όταν υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των αποτελεσμάτων της κυτταρολογικής εξέτασης των τραχηλικών επιχρισμάτων και της βιοψίας. Η κωνοειδής εκτομή διενεργείται με μια από τις παρακάτω μεθόδους:

- ✓ Χειρουργική κωνοειδής εκτομή: Παρέχει το καλύτερο ιστολογικό δείγμα, αλλά διενεργείται στο χειρουργείο με γενική αναισθησία. Είναι απαραίτητη η απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων και οι απολινώσεις μικρότερων αγγείων με αιμοστατικές ραφές. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες, η στένωση ή αντιθέτως η ανεπάρκεια του τραχήλου και οι λοιμώξεις.
- ✓ Κωνοειδής εκτομή με CO₂ laser : Είναι η ακριβέστερη μέθοδος αυτού του είδους των θεραπειών, επειδή η εκτομή γίνεται υπό κολποσκοπική παρατήρηση και γίνεται επομένως δυνατή η ακριβής διαγραφή της βλάβης και εξαίρεση του ιστικού δείγματος. Υπό γενική αναισθησία και μετά την κολποσκόπηση, ο τράχηλος καθαρίζεται με Betadine και ενίενται αγγειοσυσταλτικά στο στρώμα του τραχήλου. Η δέσμη των CO₂ laser διαχέεται, για να ελαττωθεί η πυκνότητα ισχύος και να καταστεί δυνατή η καταγραφή των ορίων της βλάβης. Μετά την εξαίρεση του κώνου, η δέσμη αποεστιάζεται και το τραυματικό έδαφος εξαχνώνεται. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η μεταγενέστερη (μετά από ώρες) αιμορραγία, η κακή εμφάνιση του τραχήλου μετά την επέμβαση και αδυναμία ακριβούς ιστολογικής εκτίμησης του δείγματος στην κορυφή του κώνου.
- ✓ Κωνοειδής εκτομή με LEEP: Μειονεκτήματα είναι το μικρό βάθος του ιστικού δείγματος (1.8 cm) και η μικρή έστω θερμική βλάβη των ορίων του παρασκευάσματος.

8.2.4. Υστερεκτομία

Επιφυλάσσεται για την άρρωση που έχει συμπληρώσει την οικογένειά της, που έχει και μια άλλη ένδειξη για την εγχείρηση και επιθυμεί «να τελειώνει» με τις υποτροπές της δυσπλασίας.¹⁵ Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου αποσκοπεί στην εξαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας (ολική υστερεκτομία), στην αφαίρεση των ιστών που κατά συνέχεια μπορεί να έχει επεκταθεί η νόσος (παραμητρικοί ιστοί, κόλπος) και στην αποκοπή της λεμφικής οδού διασποράς (συστηματική πυελική λεμφαδενεκτομία) .Οι διάφορες τεχνικές που εφαρμόζονται και σχετίζονται, με τη ριζικότητα της επέμβασης εξαιρούν τους περιβάλλοντες ιστούς της μήτρας και κινητοποιούν την τελική μοίρα του ουρητήρα από την προς τα εμπρός επέκταση των παραμητρικών ιστών.

Η υστερεκτομία διακρίνεται σε πέντε τύπους:

- Η τύπου I ή απλή ολική υστερεκτομία αποσκοπεί στην ικανοποιητική αφαίρεση όλου του τραχηλικού ιστού. Εκτελείται σε περιπτώσεις ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και σε διηθητικό καρκίνο σταδίου I_{A1} όταν η διήθηση δεν περνάει τα 3 mm. Επίσης,

μετά από προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με ογκώδη νόσο από πλακώδες καρκίνωμα ή αδενοκαρκίνωμα.¹⁸

- Η τύπου II ή τροποποιημένη ριζική υστερεκτομία που περιγράφηκε από τον Wertheim είναι μια εκτεταμένη υστερεκτομία που αποσκοπεί στην αφαίρεση του έσω ημιμορίου του κύριου συνδέσμου της μήτρας καθώς και των ιερομητρικών συνδέσμων, συνδυάζεται δε με πυελική λεμφαδενεκτομία κατά κανόνα. Εφαρμόζεται σε καρκίνο σταδίου I_{A2} και σε μικρές υποτροπές που περιορίζονται στον τράχηλο. Πρόσφατες μελέτες προτείνουν την επέμβαση αυτή και στα στάδια I_{B1} καθώς και στο II_A με μικρό μέγεθος όγκου.

- Η τύπου III ή ριζική υστερεκτομία που διενεργείται συχνότερα στις ΗΠΑ είναι αυτή που περιέγραψε ο Meigs το 1944. Η εγχείρηση περιλαμβάνει πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό, μαζί με αφαίρεση των περισσοτέρων ιερομητρικών συνδέσμων και του κύριου συνδέσμου της μήτρας, καθώς και το άνω τριτημόριο του κόλπου. Η επέμβαση αυτή ενδείκνυται στα στάδια I_{B1}, I_{B2} και II_A.

- Η τύπου IV ή εκτεταμένη ριζική υστερεκτομία αποσκοπεί στην αφαίρεση των περιουρηθικών ιστών της άνω κυστικής αρτηρίας και μέχρι των ανώτερα τριών τεταρτημορίων του κόλπου

- Η τύπου V ή τμηματική εξεντέρωση αποσκοπεί στην αφαίρεση των τμημάτων της περιφερικής μοίρας του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης. Η επέμβαση αυτή διενεργείται σπάνια επειδή χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία σε τέτοιες περιπτώσεις προχωρημένης νόσου.²⁰

Χειρουργική Αντιμετώπιση του Πρώιμου Διηθητικού Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας		
Στάδιο Ia1	≤3 mm διήθηση Χωρίς λεμφαγγειακή επέκταση	Κωνοειδής εκτομή Υστερεκτομή τύπου I
	Με λεμφαγγειακή επέκταση	Υστερεκτομή τύπου I ή II με (;) πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό
Στάδιο Ia2	>3-5 mm διήθηση	Υστερεκτομή τύπου II με πυελική λεμφαδενεκτομή
Στάδιο Ib	>5 mm διήθηση	Υστερεκτομή τύπου III με πυελική λεμφαδενεκτομή

8.2.5. Πυελική εξεντέρωση

Γίνεται σε περιπτώσεις υποτροπής μετά από ακτινοβολία, περιορίζεται στις ασθενείς με κεντρική πυελική νόσο. Το 30-50% εμφάνισης σοβαρών ουρολογικών επιπλοκών σε αυτές τις ασθενείς οδηγούν τους περισσότερους γυναικολόγους να προτείνουν την πυελική εξεντέρωση σαν την τελευταία ελπίδα θεραπείας της ασθενούς. Διακρίνεται σε :

- Πρόσθια : Αφαίρεση της ουροδόχου κύστης, του κόλπου, του τραχήλου και της μήτρας
- Οπίσθια: Αφαίρεση του ορθού, του κόλπου, του τραχήλου και της μήτρας
- Ολική: Αφαίρεση και της κύστης και του ορθού μαζί με τον κόλπο, τον τράχηλο και τη μήτρα.²⁰

8.2.6. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας

Κατά την εγχείρηση

- Αιμορραγία: Υπάρχει μια συνεχής τριχοειδική αιμορραγία στη διάρκεια μιας εκτεταμένης αποκόλλησης και είναι δυνατό να τραυματιστεί απότομα μεγάλη φλέβα
- Καταπληξία (Shock): Μπορεί να συμβεί μετά από μεγάλη απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος.
- Τραυματισμός γειτονικών οργάνων : Η παρουσία κακοήθους ή φλεγμονώδους ιστού έχει σαν αποτέλεσμα τον εύκολο τραυματισμό της ουροδόχου κύστης ή του ορθού κατά την αποκόλλησή τους από τον κόλπο. Ο ουρητήρας μπορεί να τραυματιστεί σε οποιοδήποτε σημείο μέσα στην πύελο, αλλά ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο καθώς και στην περιοχή που γειτνιάζει με τον τράχηλο και τον κόλπο. Αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλάγια, η αποκόλληση είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Μετά την εγχείρηση

- Ουρητηροκολπικό συρίγγιο
- Κυστεοκολπικό συρίγγιο
- Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης : Η ουροδόχος κύστη πέφτει μέσα στην πύελο και δημιουργεί στάση των ούρων και φλεγμονή. Επίσης, αναστέλλεται ο τόνος για αρκετές μέρες. Η πυελογραφία δείχνει ατονία και στένωση του ουρητήρα.
- Σχηματισμός λεμφικών κύστεων
- Θρόμβωση και εμβολή: Οι κίνδυνοι αυτοί υπάρχουν πάντοτε κατά την επέμβαση στην πύελο. Σπάνια παρατηρείται θρόμβωση μιας μεγάλης αρτηρίας της πύελου.²⁰

8.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, που εφαρμόζεται σήμερα στη γυναικολογία, ονομάζεται ιονισμός που κατά κυριολεξία σημαίνει παραγωγή ιόντων και αναφέρεται στη διεργασία κατά την οποία η ενέργεια από μια πηγή ακτινοβολίας εκτοπίζει τα ηλεκτρόνια ενός ατόμου από την τροχιά τους. Η ενέργεια που είναι απαραίτητη για να εκτοπίσει ένα ηλεκτρόνιο από την τροχιά του ισούται με 33eV (electron Volts) περίπου. Συνίσταται στην έκλυση φωτονίων από τους ιστούς και μετατρέπονται σε ηλεκτρόνια προκαλώντας χημική βλάβη στο εσωτερικό των κυττάρων. Η βλαπτική επίδραση ασκείται κυρίως στο DNA, λόγω της οποίας αναστέλλεται η μίτωση. Κατά συνέπεια οι ιστοί με ενεργό μίτωση είναι περισσότερο ευαίσθητοι στη βλαπτική επίδραση της ακτινοβολίας.¹⁵

Η ακτινοθεραπεία συστήνεται σε όλα τα στάδια όταν η διήθηση είναι πάνω από 3 cm ή όταν η ασθενής δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία.³ Είναι η καλύτερη θεραπεία για το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου, κατά την άποψη των ακτινοθεραπευτών, γιατί όχι μόνο καταστρέφει τα νεοπλασματικά κύτταρα στον τράχηλο, αλλά και αυτά που βρίσκονται στους παραμήτριους ιστούς και στους πυελικούς λεμφαδένες.⁹

Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποσκοπεί στην έναρξη μιας διαδικασίας επούλωσης. Μια ικανοποιητική δόση ιονίζουσας

ακτινοβολίας προσλαμβάνεται από τον όγκο και τους περιβάλλοντες ιστούς, με κατάτμηση και διανομή σε όλη την πύελο, ούτως ώστε ο όγκος να καταστραφεί, αλλά η φυσιολογική λειτουργία και η δυνατότητα επούλωσης των παρακείμενων ιστών να μην διαταραχθεί. Η επιτυχία της ακτινοθεραπείας βασίζεται σε τρεις παράγοντες: α) τα καρκινικά κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα στην ιονίζουσα ακτινοβολία από τα υγιή, β) ο υγιής ιστός έχει μεγαλύτερη δυνατότητα επούλωσης από ότι ο κακοήθης και γ) η ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση. Το βέλτιστο αποτέλεσμα της ακτινοβολίας πάνω στον καρκινικό όγκο επιτυγχάνεται με την παρουσία καλής και άθικτης αιμάτωσης και ικανοποιητικής κυτταρικής οξυγόνωσης. Έτσι σε μεγάλους μεγέθους όγκους το περιφερικό τμήμα που, οξυγονώνεται καλύτερα είναι πιο ακτινευαίσθητο από το κεντρικό.¹⁸

8.3.1. Τύποι ακτινοθεραπείας

Οι ακτινολόγοι-ογκολόγοι διαθέτουν σήμερα ποικίλες μεθόδους για τη χορήγηση αποτελεσματικών ποσοτήτων ακτινοβολίας για τα διάφορα είδη καρκινικών κυττάρων. Η μέθοδος που θα εφαρμοστεί εξαρτάται από τη βιολογία του όγκου, το ενδεχόμενο παρενεργειών ή επιπλοκών, τα φυσικά χαρακτηριστικά των ποικίλων πηγών ακτινοβολίας και τον τρόπο με τον οποίο οι εν λόγω πηγές επιδρούν στα διάφορα κύτταρα του σώματος, τους ιστούς και τα οργανικά συστήματα. Η ακτινοβολία χορηγείται εξωτερικά ή εσωτερικά. Τα πλεονεκτήματα κάθε τρόπου εξαρτώνται άμεσα από την κατηγορία του όγκου.

∅ Η εξωτερική ακτινοβολία ή τηλεθεραπεία, απελευθέρωση δηλαδή της δόσης από εξωτερική πηγή ποικίλλει ανάλογα με την ενέργεια των φωτονίων του χρησιμοποιούμενου μηχανήματος, τον τύπο των παραγόμενων ακτίνων, τη διάρκεια χορήγησης της θεραπείας και τον αριθμό των δεσμών που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη περίπτωση.²⁴ Χρησιμοποιείται για την προσβολή των μεταστάσεων στους πλάγιους πνευλικούς λεμφαδένες, καθώς και στους παρααορτικούς που προσβάλλονται στα στάδια II και III του καρκινώματος του τραχήλου. Ως πηγές εξωτερικής δέσμης σε γυναικολογικές άρρωστες χρησιμοποιούνται σήμερα οι γραμμικοί επιταχυντές megavoltage ή supervoltage (με υψηλή διαφορά ηλεκτρικού δυναμικού) ή τα βητατρόνια και τα γαμματρόνια.¹⁵ Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συνδυάζεται συνήθως με τη βραχυθεραπεία.¹⁸

∅ Η εσωτερική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία διανέμει την ακτινοβολία στα καρκινικά κύτταρα όχι εξ αποστάσεως αλλά με απευθείας είσοδο στον όγκο ή γύρω του. Οι ραδιενεργές πηγές είναι δυνατόν να χορηγηθούν υπό μορφή ενέσεων, να τοποθετηθούν σε ειδικούς υποδοχείς ή να εμφυτευτούν υπό μορφή βελονών ή κόκκων.²⁴ Τα ραδιοϊσότοπα εισάγονται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος. Στην περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου ενώ σε κοίλα όργανα εισάγονται διαλύματα χρυσού, νατρίου, βρωμίου και καισίου μέσα σε ελαστικούς σάκους.²² Η βραχυθεραπεία διακρίνεται σε ενδοκοιλοτική και σε διάμεση ή ενδοϊστική.¹⁵

8.3.2. Προσδιορισμός της δοσολογίας & είδος της ακτινοθεραπείας.

Σήμερα, η θεμελιώδης αντίληψη της δοσιμέτρησης αναφέρεται ως η απορροφούμενη από μια μονάδα μάζας ενέργεια που προέρχεται από μία ιονίζουσα ακτινοβολία. Η μονάδα μάζας αναφέρεται σε ένα δεδομένο υλικό, όπως είναι π.χ. οι ιστοί. Η απορροφούμενη δόση ακτινοβολίας προσδιορίζεται με rads. Ως μονάδα rad (r) ορίζεται το ποσό της απορροφούμενης ενέργειας, που ισούται με 100 έργια (ergs) ανά γραμμάριο ιστού. Πρόσφατα, το rad έχει αντικατασταθεί από το Gray που ισούται με 100 rads. Επομένως, 1 Gray = 100 rads.¹⁵

Υπάρχουν δύο σχολές όσον αφορά τη σχέση δόσης ακτινοβολίας και χρόνου έκθεσης σ' αυτή, προκειμένου για τοποθέτηση ραδίου στον τράχηλο. Κατά τη μέθοδο της Στοκχόλμης χορηγείται υψηλή δόση ενδοκοιλοτικά για μικρή χρονική περίοδο (2 τοποθετήσεις για 25-28 ώρες με διαλείμματα 3 εβδομάδων). Κατά τη μέθοδο του Παρισιού χορηγείται χαμηλή δόση ακτινοβολίας ενδοκοιλοτικά, για μια περίοδο 8-10 ημερών. Συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων είναι η μέθοδος Manchester, η οποία δίνει μεγαλύτερη προσοχή στον υπολογισμό της ακτινοβολίας, που λαμβάνουν δύο συγκεκριμένα σημεία. Το σημείο A, που καθορίζεται σε απόσταση 2 cm προς τα έξω και άνω του εξωτραχηλικού στομίου και αντιστοιχεί στο εγγύς παραμήτριο και το σημείο B, 5 cm πλάγια από τον τράχηλο και 2 cm πάνω από τον πλάγιο θόλο (στο πυελικό τοίχωμα). Έχοντας υπόψη ότι η δράση του ραδίου είναι ανάλογη με το τετράγωνο της απόστασης, δηλαδή αυτή υποτετραπλασιάζεται με την αύξηση της απόστασης. Αποτελούν αυτά τα δύο σημεία ένα σκελετό για το σχεδιασμό της θεραπείας. Το συνολικό ποσόν από τις χορηγούμενες δόσεις ακτινοβολίας που απαιτείται για τον κεντρικό έλεγχο του όγκου ανέρχεται στα 6.000- 9.500 cGy το σημείο A και 6.500cGy στο σημείο B.^{9,18}

Το πλάνο της ακτινοθεραπείας συνίσταται γενικά σε ένα συνδυασμό εξωτερικής τηλεθεραπείας για την αντιμετώπιση επιχώριων λεμφαδένων και τη συρρίκνωση του πρωτοπαθούς νεοπλασματος μαζί με ενδοκοιλοτική βραχυθεραπεία για την αντιμετώπιση του κεντρικού όγκου. Η ενδοκοιλοτική θεραπεία μόνη της μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με πρώιμη νόσο όταν η συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι αμελητέα.

Η αλληλουχία των θεραπευτικών χειρισμών εξαρτάται από τον όγκο του νεοπλασματος. Οι βλάβες σταδίου I_B με μέγεθος κάτω από 2cm μπορούν να αντιμετωπιστούν πρώτα με μια ενδοκοιλοτική πηγή για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας, η οποία ακολουθείται από εξωτερική θεραπεία για την αντιμετώπιση των πυελικών λεμφαδένων. Οι μεγαλύτερες βλάβες απαιτούν πρώτα εξωτερική ακτινοθεραπεία για τη συρρίκνωση του νεοπλασματος και τον περιορισμό του βαθμού των ανατομικών παραμορφώσεων που προκαλεί ο καρκίνος. Αυτό δίνει την ικανότητα στον ραδιοθεραπευτή να επιτύχει καλύτερη ενδοκοιλοτική δοσιμετρία.²⁰

Συνήθης στόχος της θεραπείας είναι η χορήγηση περίπου 5000-7000 rads που χορηγούνται σε μια περίοδο 4-6 εβδομάδες. Ο τράχηλος και ο κόλπος μπορεί να δεχθούν την υψηλή δόση των 24.000 rads, αλλά η κύστη και οι ουρητήρες μπορεί να καταστραφούν με δόσεις υψηλότερες από 10.000 rads και το έντερο και τα μεγάλα αγγεία με 7000-9000 rads.⁹

8.3.3. Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Επιπλοκές από το λεπτό έντερο:

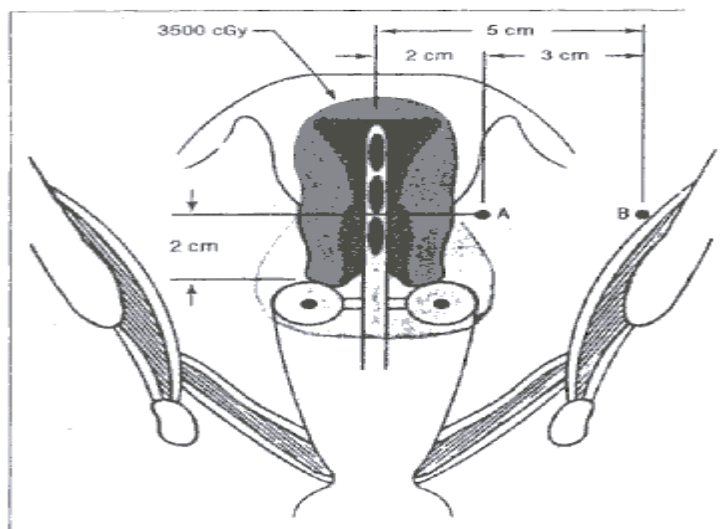
- Απόφραξη λεπτού εντέρου
- Συρίγγια λεπτού εντέρου
- Διάτρηση λεπτού εντέρου
- Εντερικά έλκη

Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα

- Κυστεοκολπικά συρίγγια
- Ουρητηρικές στενώσεις
- Χρόνια κυστίτιδα
- Ακράτεια

Άλλες επιπλοκές

- Διάτρηση της μήτρας
- Ίνωση
- Στένωση του κόλπου²



8.4. Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία, αλλά και σε διάσπαστο μεταστατικό καρκίνο. Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και τις δύο μαζί με σκοπό:

- ✓ Να μειωθεί το μέγεθος του όγκου προεγχειρητικά
- ✓ Να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου²²

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα καταστρέφει μεν τα παθολογικά κύτταρα δεν θα επηρεάζει όμως τα φυσιολογικά.²¹

Ο αριθμός των νεοπλασματικών ή αντικαρκινικών ή κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των κακοηθών νεοπλασιών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν πάνω από 50 κυτταροστατικά φάρμακα σε χρήση ταξινομημένα σε ομάδες. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται από το στόμα, ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια, αλλά και σπανιότερα ενδορραχιαία ή ενδαρτηριακά ή με έγχυση σε ορογόνους κοιλότητες. Σήμερα, στα περισσότερα νεοπλάσματα γίνεται συνδυασμένη χημειοθεραπεία σε σχήματα με 2-4 φάρμακα μαζί σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα.²⁸

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοηθών νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100 % των κακοηθών κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή αρκετών κακοηθών κυττάρων.²²

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι:

1. Η εδραίωση της διάγνωσης
2. Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου
3. Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας
4. Η εκτίμηση της απάντησης στην θεραπεία
5. Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου
6. Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή²⁹

8.4.1. Κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα ταξινομούνται στις παρακάτω κατηγορίες:

✓ Αλκυλιούντες παράγοντες

- Κυκλοφωσφαμίδη
- Μεχλωραιθαμίνη υδροχλωρική
- Χλωραμβουκίλη
- Βουσουλφάνη
- Νιτροζουρίες
- Ιφωσφαμίδη
- Λομουστίνη

✓ Αντιμεταβολίτες

- Μεθοτρεξάτη
- Θειογουανίνη
- Κλαδριβίνη
- Μερκαπτοπουρίνη
- 5-φθοριουρακίλη

✓ Αντικαρκινικά αντιβιοτικά

- D- ακτινομυκίνη
- Βλεομυκίνη υδροχλωρική
- Μιτομυκίνη-C
- Μιθραμυκίνη

✓ Φυτικά αλκαλοειδή / Αλκαλοειδή της Vinca

- Βινβλαστίνη Θεουική
- Βινκριστίνη Θεουική
- Βινδεσίνη Θεουική
- Βινορελβίνη

✓ Άλλα αντινεοπλασματικά

- Καρβοπλατίνη
- Cis-πλατίνη
- Μιτοτάνη
- L- ασπαραγινάση
- Δαρκαβαζίνη^{28,29,30}

8.4.2. Θεραπεία εκλογής στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας

Η σύγχρονη θεραπεία εκλογής χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι:

- Μεθοτρεξάνη, δοξορουβικίνη, cis-πλατίνη και βινβλαστίνη ή μιτομυκίνη
- Βλεομυκίνη, βινκρεστίνη και cis-πλατίνη
- Καρβοπλατίνη, ιφωσφαμίδη και λομουστίνη¹⁰

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, η τοξική συνδυαστική χημειοθεραπεία δεν είναι ανώτερη θεραπευτικά από τη χορήγηση μόνο cis-πλατίνης όσον αφορά τη βελτίωση της επιβίωσης αν και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να αποφασιστεί το αν η συνδυαστική χημειοθεραπεία παρέχει οφέλη σε κάποιες υποομάδες ασθενών. Τα ποσοστά ανταπόκρισης του τραχηλικού καρκίνου σε χημειοθεραπεία με ένα φάρμακο είναι περίπου 10-25% . Η cis-πλατίνη και η καρβοπλατίνη συγκαταλέγονται στα πλέον δραστικότερα φάρμακα, ενώ τα ποσοστά ανταπόκρισης για τη συνδυαστική θεραπεία με cis-πλατίνη κυμαίνεται σε 20-40%²⁰

8.4.3. Χημειοθεραπεία μαζί με ακτινοβολία

Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των κλασικών μορφών θεραπείας και η χαμηλή επιβίωση των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο τραχήλου της μήτρας δημιούργησαν την ανάγκη αναζήτησης νέων συνδυασμών θεραπείας. Μια από αυτές είναι η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία.

Έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές φαρμακευτικές ουσίες σε μια προσπάθεια αύξησης της αποτελεσματικότητας της ακτινοθεραπείας στις ασθενείς με ευμεγέθεις πρωτοπαθείς όγκους. Η υδροξυουρία έχει επιφέρει μερική βελτίωση στο ποσοστό ανταπόκρισης και στα ποσοστά επιβίωσης όταν συγκρίνεται μαζί με την ακτινοθεραπεία. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η χορήγηση 5-φθοριοουρακίλης και

μπομυκίνης- C βελτιώνει τα ποσοστά ανταπόκρισης στον προχωρημένο τραχηλικό καρκίνο. Η cis-πλατίνη έχει αποδειχθεί ότι ασκεί κυτταροτοξική δράση εναντίον του τραχηλικού καρκινώματος και πρόσφατα έχει υποστηριχθεί ότι αποτελεί ευαισθητοποίηση στην ακτινοβολία. Πρόσφατα διενεργούνται συνεχείς μελέτες για τον προσδιορισμό της καλύτερης χημειοθεραπείας που μπορεί να συνδυαστεί με την ακτινοθεραπεία.²⁰

Τα αποτελέσματα ήταν τόσο καλά που στις αρχές του 1999 το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των ΗΠΑ (NCI) εξέδωσε ανακοίνωση που επιγραμματικά αναφέρει ότι σε μελέτη 2000 ασθενών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σημειώθηκε μείωση των θανάτων από τη νόσο κατά 30-50% σε όσες χρησιμοποιήθηκε ταυτόχρονα συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, συγκριτικά με τις ασθενείς στις οποίες χρησιμοποιήθηκε μόνο ακτινοθεραπεία. Σε θεωρητικό επίπεδο πιθανολογείται ότι η χημειοθεραπεία ευαισθητοποιεί τα καρκινικά κύτταρα στην ακτινοθεραπεία, ενώ είναι πιθανό ότι εμποδίζει την ανάπτυξη των κυτταρικών βλαβών που προκαλούνται από την ακτινοθεραπεία.¹³

8.5. Αντιμετώπιση ανάλογα με το στάδιο ταξινόμησης

Στάδιο 0 – Καρκίνωμα in situ

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 βαθμό 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).²⁴

Στάδιο I_{A1}

Ο όγκος σε αυτό το στάδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί:

- Με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου
- Απλή ολική υστερεκτομή

Στάδιο I_{A2}

- Όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3mm εκτελείται συνήθως απλή ολική υστερεκτομή.
- Όταν το βάθος είναι μεγαλύτερο από 3mm η θεραπεία είναι ίδια με το στάδιο I_B
- Πειραματικά δοκιμάζεται η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου σε γυναίκες με βλάβη βάθους μικρότερο από 3mm. Αυτή η θεραπεία είναι κατάλληλη για γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν γόνιμες ή να αποφύγουν την υστερεκτομή.

Στάδιο I_B

Ο όγκος σε αυτό το στάδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί:

- Ριζική υστερεκτομή
- Εξωτερική ακτινοθεραπεία (συνολική δόση 4.000 cGy χορηγούμενη διακεκομμένα 5 μέρες την εβδομάδα για διάστημα 5 εβδομάδων)

Οι δύο μέθοδοι έχουν τα ίδια ποσοστά ίασης, οπότε η επιλογή εξαρτάται από την επιθυμία της ασθενούς για τη διατήρηση της ωθηκικής λειτουργίας, τη χειρουργική ικανότητα του γιατρού, την ηλικία και τη γενική κατάσταση της ασθενούς.¹⁸

Στάδιο II_A

Η καθιερωμένη θεραπεία περιλαμβάνει:

- Ριζική υστερεκτομή με αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου
- Εξωτερική ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου μία ή δύο φορές.

Στάδιο II_B

- Εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί 5 εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο φορές, σε διάστημα 36-48 ωρών.
- Πειραματικά δοκιμάζεται ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin-C ή bleomycin + mitomycin-C)

Στάδιο III_A & III_B

Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται:

- Εξωτερική ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές.
- Πειραματικά δοκιμάζεται ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin-C ή bleomycin + mitomycin-C)

Στάδιο IV_A

Το στάδιο αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με:

- Ακτινοθεραπεία, συνδυάζοντας την εξωτερική με την εσωτερική
- Πυελική εξεντέρωση

Στάδιο IV_B

- Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου στην πύελο ή τις μεμονωμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Χημειοθεραπεία με διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα cisplatin, carboplatin, ifosfamide και με ποικίλους συνδυασμούς.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Παρακολούθηση καρκινοπαθούς

Στα πρώτα 3 χρόνια μετά τη θεραπεία χρειάζεται κάθε τρίμηνο αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, εξέταση κολλικών επιχρισμάτων, αιματολογικές, βιοχημικές και ακτινολογικές εξετάσεις, αναλύσεις ούρων καθώς και παρακολούθηση του βάρους. Μετά, οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνονται κατά εξάμηνο.

Σε περιπτώσεις ιδιαίτερων ενοχλημάτων γίνεται ορθοσκόπηση, κυστεοσκόπηση και έλεγχος του ουροποιητικού, σπινθηρογράφημα, αξονική τομογραφία.⁹ Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλιάς ή πυέλου. Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και / ή αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία.²⁴

Συγκεκριμένα, μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμού του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο τέσσερις φορές, το δεύτερο δύο και στη συνέχεια μία φορά το χρόνο ισόβια. Μετά από υστερεκτομία η παρακολούθηση συστήνεται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο του πρώτου χρόνου κάθε τρεις μήνες, το δεύτερο και τρίτο κάθε έξι μήνες και για δεκαπέντε χρόνια μία φορά το χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα συστήνεται μία φορά το χρόνο και CT μία φορά το χρόνο για δύο χρόνια.³

9.2. Υποτροπή καρκίνου τραχήλου μήτρας

Θεωρείται η επανεμφάνιση τις νόσου σε χρονικό διάστημα μετά από έξι μήνες ως πέντε χρόνια από τη θεραπεία τις. Συνήθως, υποτροπή παρουσιάζεται τον πρώτο σε συχνότητα 50% ή το δεύτερο χρόνο από τη θεραπεία σε συχνότητα 75%.^{3,9} Η θέση τις υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στη μήτρα που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στον ορθό, λεμφαδένες, τις πνεύμονες, στο έξω στόμιο τις ουρήθρας κ.λ.π.³

Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου τις μήτρας που υποτροπιάζει περιλαμβάνουν αιμορραγία ή παθολογικό έκκριμα από τον κόλπο, πόνο στην περιοχή τις πυέλου, την οσφύ ή τα πόδια, οίδημα ποδιών, χρόνιο βήχα και απώλεια βάρους.

Αν δεν είχε δοθεί προηγουμένως ακτινοβολία, οι υποτροπές τις νόσου που εντοπίζονται στην πύελο είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με εξωτερική ακτινοβολία και ακτινοθεραπεία με εμφύτευση ραδιενεργού ουσίας στον τράχηλο ή τον όγκο.

Αν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία, ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης είναι η χειρουργική αφαίρεση του κόλπου, τις μήτρας και τις ουροδόχου κύστης και/ ή ορθού με δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης (πυελική εκσπλάχνωση). Η πενταετής επιβίωση μετά την πυελική εκσπλάχνωση είναι τις τάξεως του 50% περίπου.

Γυναίκες με όγκους που υποτροπιάζουν και δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά ή με μεταστατική νόσο αντιμετωπίζονται συνήθως με χημειοθεραπεία.²⁴

Συμπτώματα και σημεία υποτροπής είναι η θετική κυτταρολογική εξέταση, ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή την κοιλιά, εξέλκωση στον τράχηλο ή τον κόλπο, ο πόνος στην πύελο, την οσφύ και το υπογάστριο, το μονόπλευρο χαμηλό οίδημα των

άκρων, η αιμορραγία από τον κόλπο ή η δύσοσμη απέκκριση, η υπερκλειδία λεμφαδενοπάθεια και ο ασκίτης. Υποτροπή μετά πέντε χρόνια θεωρείται αργοπορημένη υποτροπή, ενώ αν εμφανιστεί πριν τις έξι πρώτους μήνες, σημαίνει ατελή θεραπεία.⁹

Όσες γυναίκες έχουν ανεγχείρητη πυελική νόσο μπορούν να ακτινοβοληθούν εκ νέου με ή χωρίς υπερθερμία ή να λάβουν εκλεκτική χημειοθεραπεία από μεγάλη αρτηρία τις πυέλου.²⁴

9.3. Αποτελέσματα θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου τραχήλου μήτρας

Η θεραπευτική του καρκίνου του τραχήλου τις μήτρας βελτίωσε την επιβίωση, οι μεγάλοι πληθυσμιακοί έλεγχοι μείωσαν τη συχνότητα εμφάνισης κατά 40%. Η τελική επιβίωση εξαρτάται κυρίως από το στάδιο αλλά και από την παρουσία ή όχι διηθημένων λεμφαδένων.¹³

Με βάση τα δεδομένα τις FIGO η 5ετής επιβίωση των καρκινοπαθών του τραχήλου τις μήτρας είναι:

Καρκίνωμα in situ : 100%

Στάδιο I : 85-95%

Στάδιο II : 60- 80%

Στάδιο III : 30-50%

Στάδιο IV : 20-30%^{9,18,24}

5ετης επιβίωση σε σχέση με το στάδιο και την παρουσία θετικών λεμφαδένων.

5ετης ΕΠΙΒΙΩΣΗ			
ΣΤΑΔΙΟ	ΟΛΙΚΗ	ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ	ΜΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ
In situ	100%	—	—
Iα	95%	98%	70%
Iβ	80%	90%	40%
IIα	80%	90%	40%
IIβ	50%	70%	30%
IIIα	50%	60%	20%
IIIβ	30%	—	—
IVα	25%	30%	10%

9.4. Ελπίδες για το νέο εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου τις μήτρας

Ελπίδες για την κυκλοφορία σε διάστημα πέντε ετών τις εμβολίου που θα αποτελεί ασπίδα προστασίας των νεαρών γυναικών κατά του καρκίνου του τραχήλου τις μήτρας φέρνουν οι δύο πρώτες φάσεις των κλινικών δοκιμών του που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά του κατά 100%. Στην περίπτωση που οι περαιτέρω μελέτες και κλινικές δοκιμές του εμβολίου που απαιτούνται αποδειχθούν εξίσου επιτυχείς, τότε, το πιθανότερο είναι πως εντός πενταετίας οι γυναίκες που δεν είναι ακόμη σεξουαλικά ενεργές θα έχουν στη διάθεσή τις έναν πολύτιμο σύμμαχο κατά του καρκίνου του τραχήλου. Το εμβόλιο εκτιμάται ότι θα σώσει τη ζωή εκατοντάδων γυναικών ετησίως. Θα είναι αποτελεσματικό μόνο για τις γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει σεξουαλικές επαφές και αυτό γιατί οδηγεί το ανοσοποιητικό σύστημα σε «πόλεμο» κατά του ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV), που συνδέεται με εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου. Δοκιμές που διενεργήθηκαν σε δείγμα 2.400 γυναικών ηλικίας μεταξύ 16 και 23 ετών προέκυψε μείωση του ρυθμού εκδήλωσης του HPV κατά 100% σε ένα χρόνο.

Η παρουσίαση του νέου εμβολίου, κατά του καρκίνου τις μήτρας, έγινε στην Αλεξανδρούπολη, στη διάρκεια των εργασιών του 9^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας. «Εδώ και αρκετά χρόνια έχει ξεκινήσει η έρευνα πάνω στη προσπάθεια δημιουργίας τις εμβολίου εναντίον του ιού ο οποίος έχει αποδειχθεί ότι είναι υπεύθυνος για την καρκινογένεση στον τράχηλο τις μήτρας. Σήμερα μετά από 15 χρόνια έρευνας βρισκόμαστε ήδη στο στάδιο κατά το οποίο, τα εμβόλια αυτά εναντίον του ιού αρχίζουν και εφαρμόζονται στον άνθρωπο. Ο συγκεκριμένος ιός, έχει πολλά στελέχη και θα πρέπει και το εμβόλιο να είναι πολυδύναμο (δηλαδή εναντίον όλων αν γίνεται των στελεχών) κάτι που είναι δύσκολο, ενώ τις δεν έχει ξεκαθαρισθεί εάν θα είναι εμβόλιο που θα χορηγείται με μια δόση η με περισσότερες, τις και το εάν θα πρέπει να ελέγχεται ο πληθυσμός πριν να γίνει το εμβόλιο ή κατά τη διάρκεια του εμβολισμού.

Συγχρόνως, αναφέρεται πως τα εμβόλια εναντίον του ιού είναι δυο ειδών, τα λεγόμενα προφυλακτικά και τα θεραπευτικά. Τα προφυλακτικά εμβόλια θα είναι αυτά τα οποία θα εφαρμόζονται κανονικά σε άτομα αγόρια και κορίτσια πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών και δραστηριοτήτων τις και αυτό γιατί ο ιός ουσιαστικά μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, ειδικά στα νέα άτομα κυρίως μέσω τις σεξουαλικής επαφής. Άρα, αν προλάβουμε εμείς να εμβολιάσουμε τα παιδιά τις σχολικής ηλικίας με το εμβόλιο αυτό, όταν θα έρθουν αργότερα σε επαφή με άτομα που είναι, μολυσμένα με τον ιό, δεν θα μολυνθούν τα ίδια. Τα θεραπευτικά εμβόλια είναι αυτά τα οποία θα εφαρμοσθούν σε άτομα τα οποία έχουν ήδη όχι απλώς μολυνθεί από τον ιό, αλλά έχουν αλλοιώσεις στα κύτταρα στον τράχηλο τις μήτρας. Και έχει βρεθεί ότι η ενεργοποίηση του ανοσιακού μηχανισμού του οργανισμού μέσω των εμβολίων, βοηθάει στο να μπορέσει ο οργανισμός να αντιμετωπίσει αυτές τις αρχόμενες βλάβες και να τις καταστρέψει.³¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε 1: 1.500-8.000 κήσεις. Το μεγάλο εύρος διακύμανσης αντικατοπτρίζει κυρίως επιδημιολογικές διαφορές του καρκίνου του τραχήλου στις διάφορες χώρες. Είναι γνωστό ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μείωση της μέσης ηλικίας γυναικών με καρκίνο του τραχήλου και κυρίως με πρώιμο διηθητικό καρκίνο.

Η ομοιότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις, όπως κολπική υπερέκκριση και αιμορραγία, και η νέα ηλικία των γυναικών μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης του καρκίνου. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητο να πραγματοποιείται μακροσκοπικός έλεγχος του τραχήλου και λήψη τραχηλικού επιχρίσματος για Pap-test κατά την πρώτη εξέταση της εγκύου. Ιδιαίτερα δε επιβάλλεται να γίνεται αυτό σε γυναίκες που δεν έχουν πρόσφατο ή και κανένα προηγούμενο Pap-test, γεγονός που συνήθως παρατηρείται στις ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Σε περίπτωση που το Pap-test συνιστά τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία υψηλής βαθμίδας ή πρώιμο διηθητικό καρκίνο, θα πρέπει να γίνει προσεκτική κολποσκοπική εξέταση του κατώτερου γεννητικού συστήματος. Παρ' όλον ότι η κολποσκόπηση στη διάρκεια της κύησης παρουσιάζει δυσκολίες, λόγω της πρόπτωσης του κολπικού τοιχώματος, συνήθως είναι ικανοποιητική, καθώς το άνω όριο της ζώνης μετασχηματισμού βρίσκεται στο ορατό τμήμα του εξωτραχήλου. Εάν τα κυτταρολογικά και κολποσκοπικά ευρήματα συνιστούν μικροδιήθηση, είναι αναπόφευκτη η εφαρμογή εκτεταμένης βιοψίας, η οποία σήμερα γίνεται με τις σύγχρονες εξωτερικού ιατρείου μορφές θεραπείας, όπως η laser και η loop κωνοειδείς εκτομές. Οι κολποσκοπικά κατευθυνόμενες αυτές επεμβάσεις είναι όχι μόνο διαγνωστικές, αλλά είναι ταυτόχρονα και θεραπευτικές, καθώς αφαιρούν όλη τη βλάβη. Αυτό ισχύει για τις περιπτώσεις που η διήθηση του στρώματος δεν ξεπερνά τα 3mm είναι ελεύθερα τα όρια του παρασκευάσματος της κωνοειδούς εκτομής και χωρίς λεμφική ή αγγειακή συμμετοχή. Όταν δεν ισχύουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και η ηλικία κύησης είναι μικρότερη από 24 εβδομάδες, η λήψη της απόφασης για διακοπή ή συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται με βάση την επιθυμία της γυναίκας. Εάν η κύηση είναι μεγαλύτερη από 24 εβδομάδες, τότε η θεραπεία μπορεί με ασφάλεια να καθυστερήσει μέχρι την 28η-30η εβδομάδα της κύησης.

Στις περιπτώσεις που η διήθηση είναι μεγαλύτερη από 3 mm και η ηλικία κύησης είναι μικρότερη από 24 εβδομάδες, η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι είτε ριζική υστερεκτομή είτε ακτινοθεραπεία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ακτινοθεραπεία έχει τα ίδια ποσοστά επιβίωσης με τη ριζική υστερεκτομή αλλά παρουσιάζει σοβαρές παρενέργειες. Όταν η ηλικία κύησης είναι μεγαλύτερη από 24 εβδομάδες, η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει μέχρι να υπάρξει ωριμότητα του εμβρύου, συνήθως στις 28-30 εβδομάδες. Αν το στάδιο είναι μεγαλύτερο από Π_A θα πρέπει να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία μετά την καισαρική τομή.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η επιβίωση σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ίδια σε έγκυες και μη-έγκυες γυναίκες, όταν λαμβάνονται υπόψη κοινοί προγνωστικοί παράγοντες, όπως σταδιοποίηση, λεμφαδενικές μεταστάσεις, ιστολογικός τύπος.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Παλαιότερα συνηθιζόταν η υφολική υστερεκτομία, για τις κακοήθεις νόσους της μήτρας. Σήμερα έχει καταργηθεί διότι οι γυναίκες αυτές κινδυνεύουν να παρουσιάσουν καρκίνο στον εναπομείναντα τράχηλο. Αν ο καρκίνος αναπτυχθεί 2-3 χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομή τότε χαρακτηρίζεται σαν αληθής καρκίνος και έχει καλύτερη πρόγνωση, ενώ αν αναπτυχθεί πριν τα 2-3 χρόνια χαρακτηρίζεται σαν ταυτόχρονος και η πρόληψη είναι χειρότερη.

Με την καθιέρωση της εφαρμογής της ολικής υστερεκτομής η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου ελαττώθηκε. Πρέπει να σημειωθεί ότι η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου είναι υψηλή και κυμαίνεται από 4-8% . Τα στάδια του καρκίνου του κολοβώματος του τραχήλου είναι ίδια με εκείνα του καρκίνου του τραχήλου, που δεν έχει εξαιρεθεί το σώμα της μήτρας. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ραδιοθεραπεία στην περίπτωση αυτή είναι αρκετά δύσκολη και συχνά περιορίζεται σε εξωτερική ακτινοβολήση μόνο ή όταν αυτό είναι δυνατό σε ριζική εγχείρηση. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστερεκτομίες.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η γυναικολογική άρρωση χρειάζεται συχνά κατανόηση εξαιτίας των υποκείμενων συγκινησιακών, καθώς επίσης και φυσικών της προβλημάτων. Επειδή, οι γυναικολογικές καταστάσεις είναι συχνά πολύ προσωπικής και ιδιωτικής φύσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών της άρρωστης. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να επικοινωνούνται μόνο σ'εκείνους που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα υγείας της άρρωστης, όπως πρέπει να γίνεται και για όλες τις πληροφορίες που δίνουν οι άρρωστοι.

Πυελική εξέταση:

Είναι η επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας, εκροή υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές. Για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούνται οι κολποδιαστολείς.

Ετοιμασία της άρρωστης:

- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.
- Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.
- Αφαίρεση περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και εξέταση της κοιλιάς.
- Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

Θέσεις της άρρωστης για εξέταση :

- Θέση λιθεκτομής: Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος εξεταστικού τραπέζιου. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή, τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση
- Θέση Sims : Η άρρωστη τοποθετείται σε πλάγια θέση, συνήθως αριστερά, με το αριστερό χέρι πίσω από την πλάτη της. Ο δεξιός μηρός και το γόνατο κάμπτονται όσο γίνεται περισσότερο, το δε αριστερό πόδι διατηρείται μερικώς κεκαμμένο. Η άρρωστη καλύπτεται όπως και πιο πάνω, για εύκολη έκθεση των γεννητικών οργάνων.
- Θέση γόνατα-θώρακας: Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι, με τα γόνατα να εξέχουν ελαφρά από το χείλος του εξεταστικού τραπέζιου.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά.
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.
- Βοήθεια του γιατρού κατά την ώρα της εξέτασης.
- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μόλις τελειώσει η εξέταση.
- Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.

Λήψη τραχηλικού επιχρίσματος για Pap-test

Γίνεται για ανίχνευση τραχηλικής δυσπλασίας ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

Μετά τη λήψη του αντιπροσωπευτικού δείγματος τραχηλικού επιχρίσματος ο νοσηλευτής σημειώνει την προέλευση του σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα. Επίσης, στο παραπεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Βιοψία τραχήλου:

Γίνεται για διαπίστωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Είναι προτιμότερο να γίνεται σε χρόνο που ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση (συνήθως μια εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης).

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

Προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία. Στη συνέχεια δίνονται οι ακόλουθες οδηγίες:

- Να αποφύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες.
- Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες, ανάλογα με την οδηγία του γιατρού.
- Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Αν είναι περισσότερη απ'ό,τι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.
- Να πάρει οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία).

Δοκιμασία Schiller:

Γίνεται για διάγνωση καρκίνου του τράχηλου της μήτρας.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

Μετά τη δοκιμασία, συστήνεται στην άρρωστη να φορέσει μια σερβιέτα για μερικές ώρες, για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

Κολποσκόπηση:

Στην κολποσκόπηση επισκοπείται κυρίως η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου και ιδιαίτερα το καλυπτικό της επιθήλιο.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

Δίνονται εξηγήσεις στην άρρωστη σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από την εξέταση αυτή. Μετά την εξέταση τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για απορρόφηση των εκκρίσεων . Το ταμπόν αφαιρείται μετά από 5-6 ώρες.

Διαστολή και απόξεση

Η διαστολή και απόξεση γίνεται για να ληφθεί ενδομητρικός και ενδοτραχηλικός ιστός για εξέταση και να ελεγχθεί παθολογική αιμορραγία της μήτρας.

Νοσηλευτικά καθήκοντα:

Προεγχειρητικά:

- Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης
- Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη
- Έλεγχος αν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας
- Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν την εξέταση

Μετεγχειρητικά:

- Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες διατηρούνται στη θέση τους.
- Αντικατάστασή τους κάθε φορά που χρειάζεται με αποστειρωμένες γάζες. Μπορεί να χρησιμοποιήσει ταμπόν κόλπου και αφαιρείται από το χειρουργό το πρώτο 24ωρο.
- Παρακολούθηση για αιμορραγία τις πρώτες ώρες μετά την απόξεση.
- Σύσταση να παραμείνει στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.
- Παροχή οδηγιών κατά την έξοδο για αποφυγή έντονων δραστηριοτήτων για μια βδομάδα περίπου.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Αν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της επέμβασης και τη νευροψυχική κατάσταση της ασθενούς. Ο φόβος και η ανησυχία μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης καθώς και τα οικονομικά προβλήματα.

Ο νοσηλευτής με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καλείται να βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Πρέπει να είναι προετοιμασμένος, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της αρρώστου και των οικείων της.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την κατάσταση της ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε :

- § Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- § Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- § Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.³³

Σκοποί της προεγχειρητικής ετοιμασίας είναι:

Άμεσοι:

- Ø Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης
- Ø Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

Έμμεσοι:

- Ø Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου
- Ø Μείωση κινδύνου υποτροπής³²

2.1.1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Ενημέρωση από τον νοσηλευτή:

- ✓ Ερμηνεία του όρου “υστερεκτομή” στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στειρώσεως και τη διακοπή κύησης αν η άρρωστη είναι έγκυος.
- ✓ Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία, πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- ✓ Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- ✓ Υποστήριξη άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής κατά την απώλεια των γεννητικών της οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τη σεξουαλική τους ανάγκη. Άλλες, διατηρούν αμφιβολία για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη κα άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.³²

Τόνωση του ηθικού:

Οι ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο διακατέχονται από φόβο και ανησυχίες. Ο νοσηλευτή επιτυγχάνει την τόνωση του ηθικού της με το :

- ✓ Να ανακαλύψει της προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
- ✓ Να καταλάβει την ασθενή και να συμμαριστεί τη θέση της.³³
- ✓ Να παρέχει ευκαιρίες στη ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες.
- ✓ Να κατανοήσει τα πολύπλοκα προβλήματα της ασθενούς (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά).³²

Τόνωση σωματική:

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Η ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι'αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι, η ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.

Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα η ασθενής τρέφεται ελαφρά, με τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα και έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας. Για την καλή θρέψη της ασθενούς η συμβολή του νοσηλευτή είναι αποφασιστική.³³

Ιατρικές εξετάσεις:

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς σε:

- ✓ Εξέταση αίματος: γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος για εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, σάκχαρο και ουρία αίματος
- ✓ Γενική ούρων

Προηγείται εξέταση της ασθενούς από χειρουργό και παθολόγο. Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση της ασθενούς καλείται αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθοριστεί το είδος της νάρκωσης και των αναισθητικών.³³

Καθαριότητα της ασθενούς:

Αυτή συνίσταται σε :

- ✓ Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με καθαρτικό υποκλυσμό γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ από την επέμβαση
- ✓ Κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή³²
- ✓ Καθαρισμό του σώματος με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.³³

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου:

Πάντα η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο που μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην εμφάνιση επιπλοκών. Ο νοσηλευτής για την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγεί την προηγούμενη νύχτα ηρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα.³³

Προσανατολισμός:

Ο νοσηλευτής προσανατολίζει την ασθενή στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για να μην ανησυχήσει όταν μετά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον.³³

2.1.2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η εγχείρηση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μόλυνση.³³

2.1.3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

- ✓ Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς: Ο νοσηλευτής κατά την πρωινή λήψη των ζωτικών σημείων ελέγχει για τυχόν παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια και προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος.
- ✓ Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς: Μισή ώρα πριν το χειρουργείο ο νοσηλευτής ντύνει την ασθενή αφού προηγουμένως την ειδοποιήσει ότι πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η ενδυμασία αποτελείται από ποδονάρια, ρόμπα χειρουργείου και σκούφο. Ωστόσο, αφαιρούνται τα ρούχα της ασθενούς, κοσμήματα, φουρκέτες, μασέλες.
- ✓ Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση και το είδος καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο. Αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.³³

2.2. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.

- § Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κοιλική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- § Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- § Ανακούφιση από τον πόνο.
- § Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- § Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

- Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).
- Η αιμορραγία διακρίνεται σε εξωτερική και εσωτερική. Αν είναι εξωτερική τοποθετούνται αιμοστατικά ράμματα στο κολόβωμα του κόλπου και η αιμορραγία τίθεται υπό έλεγχο ή τοποθετούνται πιεστικά ταμπόν για 24-48 ώρες. Αν η εσωτερική δεν υπάρχει άλλη επιλογή από τον επανέλεγχο της κοιλίας για ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου. Ο νοσηλευτής έχει ήδη ενημερώσει και στέλνει δείγμα αίματος της ασθενούς σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση.³⁴
- Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
- Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.
- § Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).
- Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
- Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
- Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
- Διαπίστωση υπολείμματος. η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
- § Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.
- Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
- Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Ακρόαση της κοιλίας για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.
- § Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
- Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.
- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.
- Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
- Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.
- § Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- § Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

§ Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιλοκών.³²

2.3. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι οι ακόλουθες:

Πόνος:

Ασθενείς που υποβάλλονται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση βρίσκονται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.

Ο νοσηλευτής, για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμμέτους και, όταν υπάρχει ανάγκη, του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον γιατρό.

Δίψα:

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι). ,

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Έμετος:

Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση της ασθενούς.

Εάν η ασθενής έχει έμετους, ο νοσηλευτής τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στην άρρωστη προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο. Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της αρρώστου να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι, απαλλάσσεται η ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κλπ.), πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο.³³

2.4. Διδασκαλία- σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο μετά από χειρουργική θεραπεία

- § Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- § Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή / σαλπγγεκτομή.
- § 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 άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. 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.
- Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
- Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- § Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.
- § Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- § Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα μετά από δύο μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- § Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.τ.λ.
- § Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και να φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν πολύ.
- § Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Πρώιμες

1. Τοπικές βλάβες δέρματος που δέχεται άμεσα ακτινοβολία (ακτινοδερματίτιδες). Η ακτινοδερματίτιδα μπορεί να είναι τριών βαθμών:
 - Ερυθματώδης: Παρουσιάζεται 1 -3 εβδομάδες μετά την έναρξη έκθεσης στην ακτινοβολία. Διαρκεί μερικές εβδομάδες.
 - Φυσαλιδώδης: Προκαλείται από μεγαλύτερες δόσεις. Παρουσιάζεται την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα. Αν η βασική στίβδα είναι ανέπαφη, η αποκατάσταση είναι πλήρης. Το καινούργιο δέρμα είναι λεπτό και ξηρό.
 - Εσχαροποιητική: Παρουσιάζεται αμέσως σχεδόν μετά την έκθεση, με επώδυνη ερυθρότητα και οίδημα του δέρματος. Μετά δύο ή τρεις μέρες σχηματίζονται φυσαλίδες που σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις. Η βλάβη του δέρματος είναι πλήρης.
2. Αλωπεκία, που ανήκει επίσης στις τοπικές βλάβες του δέρματος και παρουσιάζεται μετά 2 -3 εβδομάδες.
3. Μεταβολές στο στοματικό βλεννογόνο: ξηροστομία, αλλαγή και απώλεια γεύσης και μείωση έκκρισης σάλιου.
4. Ερεθισμός οισοφάγου με αποτέλεσμα πόνο στο θώρακα και δυσφαγία.
5. Αν το στομάχι ή το έντερο βρίσκονται στο πεδίο ακτινοβολήσης, μπορεί να εμφανιστούν ανορεξία, ναυτία, έμετοι και διάρροιες.
6. Αν ο αιμοποιητικός ιστός βρίσκεται στο πεδίο ακτινοβολήσης, μπορεί να προκληθούν αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία, με αύξηση κινδύνου λοίμωξης και αιμορραγίας.
7. Γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης, κακουχία, πονοκέφαλος, ναυτία και έμετοι. Τα συμπτώματα αυτά, που είναι παροδικά και σταματούν με τη λήξη της θεραπείας, οφείλονται σε ουσίες που απελευθερώνονται από τη ρήξη των κυττάρων του όγκου.

Όψιμες

Μπορεί να συμβούν σε διάφορους ιστούς του σώματος. Είναι χρόνια, προκαλούν συνήθως ινωσικές μεταβολές, δευτεροπαθείς από τη μειωμένη αιματική παροχή και είναι μη αναστρέψιμα. Αυτά τα όψιμα αποτελέσματα είναι περισσότερο σοβαρά όταν περιλαμβάνουν ζωτικά όργανα όπως πνεύμονες, καρδιά, κεντρικό νευρικό σύστημα και κύστη.²²

Οι επιπλοκές αυτές λαμβάνουν χώρα αρκετούς μήνες ως και χρόνια μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας. Η συχνότητα εμφάνισης κυστικών και εντερικών συριγγίων μετά από πνευλική ακτινοθεραπεία για τραχηλικό καρκίνο είναι 1,4-5,3 % Άλλές σοβαρές επιπλοκές όπως αιμορραγία από το γαστρεντερικό, στένωση ή απόφραξη παρουσιάζονται σε ποσοστό 6,4-8,1 % των ασθενών.²⁰

3.2. Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών

1. Ενημέρωση, από τον νοσηλευτή, της άρρωστης για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση της άρρωστης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή της ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα της άρρωστης, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.
5. Αν η άρρωστη παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωση μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
6. Υποστήριξη της άρρωστης για να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό της είδωλο (αλωπεκία)

Ειδικότερα στις παρενέργειες ο νοσηλευτής ενεργεί ως εξής:

Ναυτία και έμετοι

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να λαμβάνει υγρά
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας
- Σημείωση αντιδράσεων της άρρωστης .

Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax

Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

- Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα

Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας
- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

- Προστασία της άρρωστης από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίες.²²

3.3. Μέτρα προστασίας νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία

Τα ραδιοϊσότοπα που εφαρμόζονται στον ανθρώπινο οργανισμό θεραπευτικά έχουν κινδύνους. Γίνονται όμως ακίνδυνα όταν νοσηλευτές και άλλο προσωπικό που ασχολούνται στους χώρους αυτούς εφαρμόζουν μέτρα ακτινοπροστασίας, τα οποία εξαρτώνται από το είδος του ραδιοϊσοτόπου και τον τρόπο εφαρμογής. Τα μέτρα αυτά είναι:

1. Η απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή, με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Ο χρόνος παραμονής κοντά στην άρρωστη, με τον οποίο η ένταση έχει σχέση ανάλογη.
3. Η ειδική θωράκιση που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

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

Στην εξωτερική εφαρμογή, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη(θωράκιση), το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο και δε μολύνει τα απεκκρίματα της άρρωστης, διότι παραμένει στον τόπο εφαρμογής του. Η άρρωστη όμως, είναι πηγή ακτινοβολίας και επομένως, όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης από αυτήν και του μικρού χρόνου παραμονής κοντά της. Κατά την εφαρμογή η άρρωστη απομονώνεται σε ειδικά θωρακισμένο δωμάτιο και ανάλογα εξοπλισμένο με οπτικοακουστική, τηλέφωνο κ.τ.λ. Η άρρωστη φροντίζεται από τον νοσηλευτή πριν, κατά και μετά τη θεραπεία, εφαρμόζοντας τις αρχές της ακτινοπροστασίας και φορώντας το δοσίμετρο με το οποίο ελέγχεται το ποσόν της ακτινοβολίας που παίρνουν. Η εκτόπιση του ραδιοϊσοτόπου από το σημείο εφαρμογής του αποτελεί κίνδυνο μόλυνσης του περιβάλλοντος. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η άμεση απομάκρυνση του με ειδικό τρόπο και από ειδικούς. Χρειάζεται προσοχή να μην πεταχτεί διότι, θα είναι πηγή ακτινοβολίας για το περιβάλλον.

Στην εσωτερική ακτινοβολία, που το ραδιοϊσότοπο δεν είναι θωρακισμένο εισέρχεται στην κυκλοφορία και αποβάλλεται με τις εκκρίσεις της ασθενούς οι οποίες είναι μολυσματικές. Οι κίνδυνοι για το νοσηλευτή είναι πιο πολλοί και πρέπει να

τηρούνται οι αρχές απόστασης με βάση τα διεθνή πρότυπα. Αν τις πρώτες ώρες μετά από τη λήψη της ακτινοθεραπείας η άρρωστη κάνει εμετό, ο νοσηλευτής πρέπει να καθαρίζει προσεκτικά το χώρο που μολύνθηκε. Επίσης, η άρρωστη χρειάζεται χωριστή τουαλέτα στο θάλαμο. Όλα τα σκεύη εστίασης, υλικό νοσηλείας, αδιάβροχα κ.τ.λ. πρέπει να είναι μιας χρήσης. Κλινοσκεπάσματα και άλλα αντικείμενα της άρρωστης είναι ραδιενεργά μολυσμένα και πρέπει να κρατούνται στα κατάλοιπα για μέτρηση ακτινοβολίας και απόσβεση.^{22,35}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Παρενέργειες κατά τη χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.²²

Αναλυτικότερα παρατηρούνται :

Καταστολή του μυελού των οστών

- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναιμία

Γαστρεντερικές διαταραχές

- Ναυτία, εμετούς
- Διάρροια
- Δυσκοιλιότητα
- Στοματίτιδα, έλκη βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

Νευροτοξικότητα

Ηπατοτοξικότητα

Νεφροτοξικότητα

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

Αλωπεκία

Αλλαγές στο δέρμα

4.2. Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργειών

Καταστολή του μυελού των οστών

Λευκοπενία

Κατά τη λευκοπενία παρατηρούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος της ασθενούς και απαιτείται η προφύλαξη της από τις λοιμώξεις. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την άρρωστη για τα μέτρα που πρέπει να πάρει προκειμένου αποφύγει τις λοιμώξεις: εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής υγιεινής, καθαρό περιβάλλον, πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων από ξύρισμα, παρονυχίδες, σκληρή οδοντόβουρτσα, καλή ενυδάτωση και διατροφή. Όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία

Κατά τη θρομβοπενία παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια και επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμών με οποιονδήποτε τρόπο. Δίνονται συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόσει μέτρα πρόληψης τραυματισμών: προσοχή σε βίαιο καθαρισμό της μύτης, ξύρισμα, σκληρές τροφές, σκληρή οδοντόβουρτσα, δυσκοιλιότητα, υπόθετα κ.τ.λ. Προτιμότερο είναι να περιοριστούν οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις και να ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 λεπτά περίπου.

Αναιμία

Παρακολουθούνται τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση. Βοηθείται η άρρωστη με διαιτολόγιο με πλήρη θερμιδική κάλυψη, λευκώματα και σίδηρο, ενημερώνεται για μείωση των δραστηριοτήτων της και περισσότερη ανάπαυση για την αντιμετώπιση της κόπωσης και της ζάλης και γίνεται αιματολογικός έλεγχος για πιθανή μετάγγιση αίματος.

Γαστρεντερικές διαταραχές

Ναυτία-έμετος

Ο έμετος θεωρείται αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού για την απαλλαγή του από το τοξικό περιεχόμενο του στομάχου. Χορηγούνται στην ασθενή προληπτικά αντιεμετικά φάρμακα πριν ή αμέσως μετά από τη χημειοθεραπεία. Καθαρό περιβάλλον χωρίς οσμές διότι προκαλούν εμετό, χορήγηση ξηρής τροφής(φρυγανιά-κράκερ) που απορροφούν τα υγρά του στομάχου και βοηθούν να ηρεμήσει, καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από εμέτους και λήψη τροφής, διόρθωση αν χρειαστεί της διαταραχής του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

Διάρροια

Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική εντολή, περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα, διόρθωση του ισοζυγίου, χορήγηση τροφής και υγρών σε μέτρια θερμοκρασία για να μην ερεθίζεται και κινητοποιείται το έντερο, τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις.

Δυσκοιλιότητα

Χορήγηση υγρών και τροφές με υπολείμματα, αποφυγή υποκλυσμού, αύξηση κινήσεων όσο είναι δυνατόν για κινητοποίηση του εντέρου, υπακτικά με ιατρική εντολή.

Στοματίτιδα, έλκη βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενες στοματίτιδας, πρόληψη στοματίτιδας: λήψη υγρών, πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας, φροντίδα στόματος μετά τα γεύματα, τροφή υδαρή, μαλακή πλούσια σε λευκώματα, επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα, γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι είναι καταπραυντικό, χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο με ιατρική οδηγία.^{35,21}

Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται άρρωστη για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει»

αντανακλαστικών των τενόντων και σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός. Επίσης, προστατεύεται η άρρωστη από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Βοηθείται η άρρωστη στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με ηπατικές εξετάσεις και ενημέρωση του γιατρού για εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος όπως: πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Νεφροτοξικότητα

Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακές εξετάσεις, ενημέρωση σε εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας: οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων, προσοχή στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Παρακολούθηση της αρρώστου για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων, προστασία της άρρωστης από μολύνσεις.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

Παρακολούθηση της άρρωστης για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου, ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλωπεκία

Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας, προσπάθεια του νοσηλευτή να ενημερώσει και να βεβαιώσει την άρρωστη ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας με πιθανή αλλαγή χρώματος αλλά καλύτερης ποιότητας. Οι τρόποι αντιμετώπισης είναι η χρήση μαντηλιού ή περούκας. Αν η κλινική χρησιμοποιεί ως προληπτικό μέτρο για την αλωπεκία τη μέθοδο εφαρμογής πίεσης ή κρυοθεραπείας κατά τη χημειοθεραπεία η άρρωστη ενημερώνεται από τον νοσηλευτή. Η πίεση στο τριχωτό ασκείται με ειδικό μανόμετρο και η κρυοθεραπεία με κάσκα ψύξης, η οποία εφαρμόζεται 15 λεπτά πριν τη θεραπεία και 30 λεπτά τουλάχιστον από τη χορήγηση του φάρμακου. Θεωρητικά και οι δύο μέθοδοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό με χρήση ουδέτερου σαπουνιού και κρέμας σε ξηρότητα, προστασία από μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Υποτροπή : Κολπικός θόλος

A. Εκτίμηση

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

B. Παρέμβαση

- Ενημέρωση της άρρωστης. Ετοιμασία για πυελική ακτινοθεραπεία
- Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους
- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος .Προαγωγή ανάπαυσης
- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες
- Παρότρυνση για συχνή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση

Υποτροπή: Κύστη

A. Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια .
- Αιματουρία

B. Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό
- Ετοιμασία άρρωστης για πυελική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια)
 - Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με:
 - ✓ Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης
 - ✓ Προεγχειρητικές διαδικασίες
 - ✓ Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων
 - Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι
 - Προετοιμασία εντέρου για χειρουργείο με χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία κοιλιάς
 - Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης
 - Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία

- Βοήθεια άρρωστης ώστε να αποδεχθεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο
- Μέτρα για μείωση πόνου, άγχους και δυσχέρειας
- Μετεγχειρητική διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας, που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα ουρητηροστομίας
- Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης, ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, Τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής
- Εξασφάλιση συνέχισης της φροντίδας και υποστήριξης κατά την περίοδο ανάρρωσης

- ✓ Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση
- ✓ Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα
- ✓ Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, αν το επιθυμούν

Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

A. Εκτίμηση

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

B. Παρέμβαση

- Ετοιμασία άρρωστης για χημειοθεραπεία
 - Διατήρηση θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης
 - Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας
 - Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη
- Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. πόνου, ναυτίας, εμετών, αιμορραγίας, βλεννογόνου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας.
- Μείωση κινδύνου λοίμωξης
- Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση συναισθημάτων
- Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν μη ανοχή στο φάρμακο.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Ειδικά προβλήματα καρκινοπαθούς και νοσηλευτική αντιμετώπιση

Αλλαγή στην εμφάνιση της ασθενούς

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και η εμφάνιση της ασθενούς με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.ά. διαφοροποιούν την εμφάνιση της άρρωστης δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού της. Ο νοσηλευτής συχνά πρώτος θα έλθει σε επαφή με την άρρωστη, που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα της. Ο νοσηλευτής πολύ συχνά, δίνει πληροφορίες στην άρρωστη για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα της και την εκπαιδεύει στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση η άρρωστη αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα της σαν μια πραγματικότητα. Η άρρωστη που αισθάνεται την οικογένεια και τους φίλους της να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημά της με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθεί και να συμβιβασθεί με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας της άρρωστης παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για την άρρωστη, όσο και για την οικογένεια και τους γνωστούς της. Σ' αυτό συμβάλλουν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα ωραία ρούχα κ.τ.λ.

Διατροφή

Η καλή διατροφή της άρρωστης με καρκίνο αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη του νοσηλευτή επειδή από την μια οι ανάγκες για καλή θρέψη της καρκινοπαθούς είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλλουν από άρρωστη σε άρρωστη. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή της άρρωστης. Ο νοσηλευτής πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής της άρρωστης.

Η χορήγηση της απαραίτητης τροφής, ιδίως μετά από ειδικές εγχειρήσεις συναντά πολλές δυσκολίες. Όμως οι περισσότερες απ' αυτές τις άρρωστες δε χάνουν τη διάθεση του φαγητού και πρέπει ο νοσηλευτής να την ικανοποιεί, όπως και τις άλλες ανάγκες του οργανισμού. Ενισχύεται το διαιτολόγιο της άρρωστης με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' αποκτήσει και διατηρήσει τις σωματικές της δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον.³⁶ Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο του οργανισμού της άρρωστης σε θερμίδες και αυτών που της προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής της.

Νέκρωση – Εξέλκωση

Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχτεί η αιμάτωσή του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της

διόγκωσης, μπορεί να φθάσει στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο. Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης και εξέλκωσης είναι η μόλυνση γι αυτό προστατεύονται από εστίες μόλυνσης.

Κακοσμία

Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για τη μείωσή της είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της μόλυνσεως των εξελκώσεων. Το είδος του υγρού, που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος, θα εξαρτηθεί από την κατάσταση της τραυματικής χώρας. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη. Ο αερισμός του θαλάμου, χωρίς να κινδυνεύει η άρρωστη από το κρύο, βοηθά στη μείωση ή και εξάλειψη της κακοσμίας. Η χρήση αποσμητικών ουσιών για τη μείωση της κακοσμίας του θαλάμου είναι συμπληρωματικό μέτρο και δεν αντικαθιστά την καθαριότητα του τραύματος.

Δευτεροπαθής λοίμωξη

Τόσο η νέκρωση, όσο και η εξέλκωση του όγκου εκτίθενται σε μολύνσεις. Σημεία δηλωτικό της λοιμώξεως είναι κακουχία, πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις. Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξελκώσεως του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικό διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικό και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρησή της. Η εξέλκωση και μάλιστα η μολυσμένη δεν επιτρέπει την ακτινοθεραπεία. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία της. Επιβάλλεται, λοιπόν, η φροντίδα των όγκων, που έχουν εξέλκωση, με προσοχή και επιμέλεια για την αποτροπή λοιμώξεως, όσο αυτό είναι δυνατό. Μερικά από τα γνωστά μέτρα που πρέπει να παίρνονται είναι:

- Αποφυγή άσκοπης παραμονής στο νοσοκομείο
- Περιορισμός των περιττών διαγνωστικών εξετάσεων και ΕΦ καθετήρων
- Αποφυγή άσκοπης χορήγησης κορτικοειδών
- Συχνό πλύσιμο χεριών
- Καλή ρύθμιση διαίτας και αποφυγή ωμών λαχανικών
- Φροντίδα σώματος, ατονική υγιεινή
- Καθαρό και υγιεινό περιβάλλον, αποφυγή ατόμων που πάσχουν από λοιμώξεις.³⁵

Αιμορραγία

Είναι δυνατό να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι οι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Οι αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.

Πόνος

Ο ορισμός του πόνου που προτείνεται από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain) είναι ο ακόλουθος:

«Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύει κάποια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται από το μέγεθος μιας τέτοιας βλάβης. Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. Κάθε άτομο μαθαίνει τη χρήση της λέξης μέσω εμπειριών που σχετίζονται με τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του. Είναι αναμφισβήτητο μια αίσθηση που αναφέρεται σε κάποιο ή σε κάποια σημεία του σώματος αλλά είναι πάντα δυσάρεστη και ως εκ τούτου αποτελεί συναισθηματική εμπειρία»³⁷

Ο πόνος, ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει την άρρωστη. Κι αυτό επειδή πολλοί λανθασμένα πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.²¹ Εντούτοις, από πόνο υποφέρει το 1/3 των αρρώστων που βρίσκονται υπό αντικαρκινική θεραπεία και περισσότερο από τα 2/3 αυτών που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο.³⁵

Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσης οργάνων, εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονάει, ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Τα χαρακτηριστικά του πόνου του καρκίνου είναι τα εξής:

- Συνεχής και μπορεί να περιοριστεί, όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά τη θεραπεία
- Χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας
- Μπορεί να έχει μεγάλη ένταση.²¹

6.2. Θεραπευτικές μέθοδοι αναλγησίας του καρκινικού πόνου

Οι κυριότερες μέθοδοι αναλγησίας στο χρόνιο πόνο του καρκίνου μπορεί να διακριθούν σε τρεις ομάδες:

1. Στις εξειδικευμένες όπως χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία,.
2. Στη συστηματική χορήγηση φαρμάκων αναλγητικών και μη.
3. Στις επεμβατικές μεθόδους, όπως η νευρόλυση, η έγχυση ναρκωτικών στο ΚΝΣ ή νευροχειρουργικές επεμβάσεις.³⁵

6.2.1. Νοσηλευτικές προσπάθειες περιορισμού του πόνου

Ο νοσηλευτής έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στην άρρωστη για τον περιορισμό του πόνου. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα της άρρωστης γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον πόνο της άρρωστης επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος της. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι την παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν την άρρωστη και την κάνουν ευαίσθητη στον πόνο. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση της άρρωστης από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων της.

Στη συνέχεια αναφέρονται μερικές οδηγίες, που μπορούν να κατευθύνουν τον νοσηλευτή στην προσπάθεια του να περιορίσει τον πόνο της άρρωστης :

- Μείωση των παραγόντων στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη ένταση (stress).
- Πρόληψη των δυσάρεστων επιπτώσεων της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις, λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος, δυσκοιλιότητα, συσπάσεις μυών).
- Πρόληψη των καταθλιπτικών επιπτώσεων της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων , που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.
- Βοήθεια της άρρωστης να διατηρείται πολύ καθαρή και να ελέγχει την κακοσμία.
- Χρησιμοποίηση διακριτικής προσέγγισης και ήπιου τόνου φωνής στην επαφή με την άρρωστη και πλησίασμα με στοργή και ενδιαφέρον.
- Διδασκαλία της άρρωστης να αποφεύγει τραυματισμούς και μολύνσεις, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε αναπαυτική θέση.²¹

6.2.2. Φαρμακευτική αγωγή για την αναλγησία του πόνου

Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο , πρέπει να καθορίζονται από τον γιατρό. Σ' αυτή χρησιμοποιούνται:

- Κοινά αναλγητικά μη οπιοειδή
- Ελαφρά οπιοειδή
- Ισχυρά οπιοειδή
- Επικουρικά
- Ψυχοτρόπα
- Στεροειδή

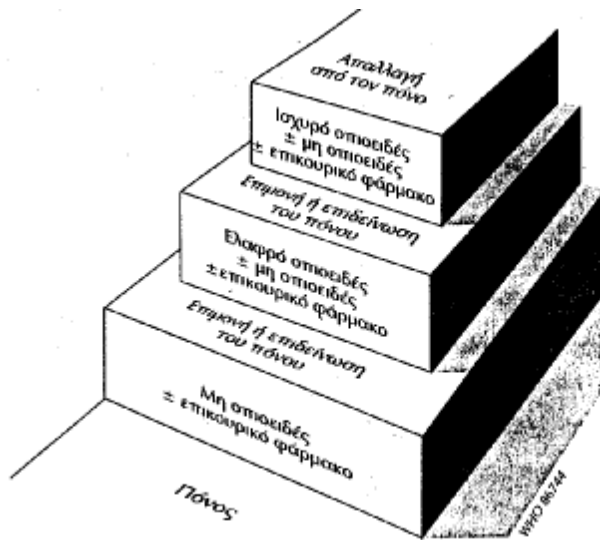
Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και επικουρικών φαρμάκων σήμερα αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Η σωστή τακτική επιβάλλει τη λήψη φαρμάκων πριν περάσει η ενέργεια της προηγούμενης δόσης, ώστε η άρρωστη να βρίσκεται υπό την συνεχή επίδρασή του. Τα επικουρικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ειδικών μορφών πόνου και την ανακούφιση από άλλα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται στους καρκινοπαθείς. Τέτοια είναι: αντιεπιληπτικά για νευρολογικούς πόνους, αγχολυτικά για την αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου που αυξάνουν τον πόνο, αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύει τη νόσο και αυξάνει τον πόνο, κορτικοειδή, τα οποία αυξάνουν την αναλγητική δράση άλλων φαρμάκων, έμμεσα βελτιώνουν τη διάθεση και την όρεξη και έχουν αντιφλογιστική ιδιότητα.

Τα αναλγητικά οπιοειδή χορηγούνται από όλες τις οδούς ανάλογα με την περίπτωση. Καινούργιες μέθοδοι αναλγητικών φαρμάκων είναι η επισκληρίδια ή

ενδορραχιαία χορήγηση ναρκωτικών μέσω μονίμου καθετήρα. Παρέχει ισχυρότερη και μεγάλης διάρκειας αναλγησία με ασήμαντες παρενέργειες. Απαιτείται ειδική εμπειρία για την τοποθέτηση του καθετήρα από αναισθησιολόγο ή νευροχειρουργό. Ο καθετήρας τοποθετείται διαδερμικά και μπορεί να παραμείνει για μήνες. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται από φορητή ή μη συσκευή ελεγχόμενης αναλγησίας από την ίδια την άρρωστη, έτσι ώστε να αναλάβει τις καθημερινές της δραστηριότητες.³⁵

Ο νοσηλευτής κατά τη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων θα πρέπει να :

- ✓ Ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση της άρρωστης και την μέθοδο αναλγησίας που ακολουθείται.
- ✓ Βεβαιώνεται ότι άρρωστη δεν έχει πρόβλημα αλλεργίας στα φάρμακα.
- ✓ Εξηγεί στην άρρωστη ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί αυθαίρετα φάρμακα δικής της επιλογής χωρίς ιατρική οδηγία, διότι παρεμποδίζεται η εκτίμηση του αποτελέσματος του θεραπευτικού σχήματος που ακολουθείται.
- ✓ Γνωρίζει τη διάρκεια δράσης και τη δόση του φαρμάκου βάσει των ειδικών αρχών που σχετίζονται με το είδος του φαρμάκου.
- ✓ Εξασφαλίζει μαζί με τη χορήγηση του φαρμάκου και χυμό φρούτου, όταν έχει γεύση πικρή, όπως οι σταγόνες μορφίνης.
- ✓ Παρακολουθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ενημερώνει το γιατρό.
- ✓ Παρακολουθεί για πιθανές παρενέργειες από τα κοινά παυσίπονα, τα ναρκωτικά ή τα επικουρικά και φροντίζει για την αντιμετώπισή τους.
- ✓ Συνηθέστερες παρενέργειες είναι:
 - Δυσκοιλιότητα συνήθως από τη μορφίνη. Γι'αυτό ο νοσηλευτής εξασφαλίζει στην άρρωστη δίαιτα με υπόλειμμα, καλή ενυδάτωση και υπακτικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
 - Υπόταση σε μακρά λήψη ναρκωτικών αναλγητικών, όπου παρακολουθούνται συχνά τα ζωτικά σημεία.
 - Σύγχυση, ίλιγγος, αστάθεια. Ενημερώνει την άρρωστη για πιθανή εμφάνισή τους και συνιστά προσοχή στις ώρες δραστηριότητας για την πρόληψη ατυχήματος.
 - Ναυτία, έμετος που αντιμετωπίζονται με αντιεμετικά, αντικατάσταση υγρών, φροντίδα στόματος.
 - Οιδήματα, επιρρέπεια σε λοιμώξεις. Πρόληψη λοιμώξεων, περιορισμός υγρών και λήψης αλατιού, καθημερινό ζύγισμα της άρρωστης για τον έλεγχο των οιδημάτων.
- ✓ Εξηγεί στην άρρωστη και την οικογένειά της, όταν νοσηλεύεται στο σπίτι, το πρόγραμμα χορήγησης των αναλγητικών και άλλων φαρμάκων ή τα καταγράφει για ασφάλεια λεπτομερώς.
- ✓ Εκπαιδεύει μέλη της οικογένειας για την εκτέλεση νοσηλειών και εφαρμογής μέσων πρόληψης και ανακούφισης του πόνου της άρρωστης. Τους ενημερώνει για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και τρόπους αντιμετώπισής τους. Τονίζει ακόμα την ανάγκη συνεργασίας με το γιατρό ή το νοσηλευτή.
- ✓ Δίνει πληροφορίες στην οικογένεια, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του, σχετικά με την κατάστασή του και τους συμπαρίσταται με κάθε τρόπο.
- ✓ Μετέχει στις διεργασίες όλων των επεμβατικών μεθόδων , όπου κι αν γίνονται, σε ιατρείο, νοσηλευτικό τμήμα, χειρουργείο, σπίτι:
 - Προετοιμάζει την άρρωστη σωματικά και ψυχολογικά, ανάλογα με τη μέθοδο που θα εφαρμοστεί.
 - Ετοιμάζει το ανάλογο υλικό και το χώρο διεκπεραίωσης της νοσηλείας.

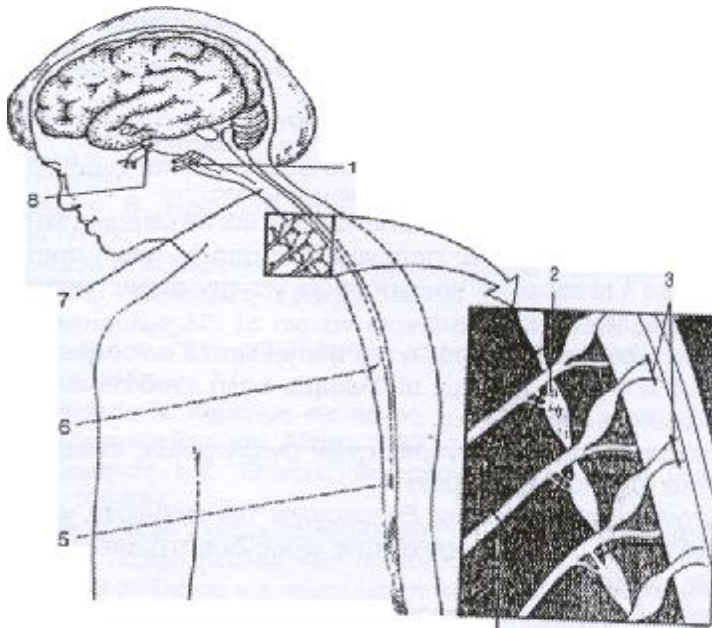


- Τηρεί άσηπτη τεχνική όπου επιβάλλεται
- Παρακολουθεί τη μετεγχειρητική πορεία της άρρωστης σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις αναλγησίας.³

6.3. Άλλες μέθοδοι αναλγησίας του καρκινικού πόνου

Η χημική νευρόλυση, δηλαδή χημική διακοπή νευρικής οδού με αλκοόλη ή φαινόλη. Η τεχνική της ενδοραχιαίας έγχυσης της φαινόλης απαιτεί την πείρα του νευρολόγου και συνίσταται στην έγχυση 1-2 ml φαινόλης διαλυμένης με γλυκερίνη μέσα στον εγκεφαλονωτιαίο χώρο με την ασθενή τοποθετημένη σε πλάγια θέση. Στη θέση αυτή η φαινόλη φτάνει στις οπίσθιες ρίζες, μέσω των οποίων εισέρχεται στο νωτιαίο μυελό οι αισθητικές ίνες του άλγους. Η ασθενής ανακουφίζεται από το άλγος για 3-6 μήνες. Η φαινόλη δεν πρέπει να διηθεί τα ιερά νεύρα που νευρώνουν τους σφιγκτήρες. Η μέθοδος αυτή δεν είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση του πόνου που αφορά το περίνεο.²³ Η ηλεκτρική διέγερση του ΚΝΣ και ο ηλεκτροβελονισμός. Προσφέρουν ανεπαρκή ανακούφιση στον καρκινικό πόνο, κυρίως λόγω της μικρής διάρκειας αναλγησίας.

Νευροχειρουργικές επεμβάσεις. Γίνονται όταν αποτυγχάνουν οι άλλες θεραπείες ή ακόμα όταν απαιτείται γρήγορη αναλγησία, σε επιδείνωση ή απειλή της ποιότητας της ζωής του αρρώστου. Πάντοτε υπό ορισμένες προϋποθέσεις και βάσει της εκτίμησης της κατάστασης του αρρώστου. Κυριότερες νευροχειρουργικές επεμβάσεις φαίνονται πιο κάτω:



- 1) Νευρεκτομή (9η συζυγία)
- 2) Συμπαθεκτομή
- 3) Ριζοτομή
- 4) Περιφερική ριζοτομή
- 5) Μυελοτομή
- 6) Θωρακική χορδοτομή
- 7) Αυχενική χορδοτομή
- 8) Ριζοτομή τριδύμου νεύρου (5η συζυγία) ³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η άρρωστη πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.²¹

Ο τρόπος που αντιδρά μία καρκινοπαθής διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστη.

Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η πρώτη αντίδραση της μεγίστης πλειονότητας των 200 και πλέον αρρώστων της Kubler- Ross όταν πληροφορήθηκαν για την αρρώστια τους, ήταν: « Όχι, Όχι εμένα, δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια.» Η δεύτερη αντίδραση ήταν : «Και όμως είναι αλήθεια.» Τότε περιέπεσαν σε απομόνωση και περισυλλογή.

Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των αρρώστων : «Γιατί εγώ ;» Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό.

Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Η άρρωστη ημερεύει. Παρακαλεί. Μοιάζει σα να ζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μία χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στη αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή του τη συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Κατά την Kubler- Ross υπάρχουν δύο είδη (ή τύποι) κατάθλιψης αυτών των αρρώστων.

- Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή, Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η άρρωστη συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερική των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και τέλος η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η άρρωστη γρήγορα από αυτόν τον τύπο της κατάθλιψης.
- Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Η άρρωστη προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψή της δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν η άρρωστη δεν είναι δυνατόν πλέον ν' αρνηθεί την αρρώστια της, όταν τα συμπτώματά της συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις της την εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί.. Ο φυσιολογικός άνθρωπος εμφανίζει μελαγχολία όταν χάνει ένα προσφιλές του πρόσωπο. Η άρρωστη που γνωρίζει ότι θα πεθάνει έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα. Θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό πέφτει σε κατάθλιψη. Κατ' αντίθεση προς την

αντιδραστική κατάθλιψη, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλύαρη, η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει εύχαρη έναν άρρωστο που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψή του.

Αυτή η άρρωστη δεν έχει ανάγκη από πολλά λόγια. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής της είναι να καθίσουμε δίπλα της και να την αφήσουμε να εκφράσει μόνη της τη λύπη της. Να την ακούσουμε και να της δείχνουμε κατανόηση, χωρίς να της λέμε συνέχεια ότι πρέπει να μην είναι στενοχωρημένη.

Τέλος, το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Η ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος της. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντά της στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις την ενοχλούν. Θέλει να μένει μόνη της. Η συσκευή της τηλεόρασης είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία της με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά κοιμάται ακανόνιστα μέχρι που έρχεται η στιγμή που κοιμάται για πάντα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kubler- Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους αρρώστους.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Τρόποι αντιμετώπισης της ενημέρωσης

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί ν'αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της ενημέρωσης ή μη της καρκινοπαθούς σχετικά με την αρρώστιά της, θεωρητικά αναλύεται με τους ακόλουθους τρεις δυνατούς τρόπους:

Πρώτος τρόπος: Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στην καρκινοπαθή η αρρώστιά της. Κατά συνέπεια οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στην άρρωστη σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ασθένειας της πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Πλεονεκτήματα:

- Η μη γνωστοποίηση της νόσου στην άρρωστη την βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει από καρκίνο.
- Είναι γεγονός ότι η απόκρυψη της αλήθειας είναι ευκολότερη λύση για τους γιατρούς, αποφεύγουν την πραγματικότητα.

Μειονεκτήματα:

- Η απόκρυψη της διάγνωσης συνεπάγεται ηθικό πρόβλημα. Κάθε άρρωστη έχει δικαίωμα να μάθει την πάθησή της και ν'αποφασίσει για τη θεραπεία της.
- Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που έχει η άρρωστη στα αρχικά στάδια της νόσου έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό της απ'ότι η σωστή ενημέρωση και η κατάλληλη ψυχολογική αντιμετώπιση.
- Η απόκρυψη της διάγνωσης δεν είναι ποτέ εξασφαλισμένη. Υπάρχουν πολλοί τρόποι να το μάθει η ασθενής π.χ. διαβάζει το φύλλο νοσηλείας.
- Όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων της άρρωστης που τόσο απερίσκεπτα καλλιεργούν η οικογένεια και ο γιατρός της, όχι μόνο καταρρακώνουν το ηθικό της αλλά και την κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη της στα προσφιλή της πρόσωπα και τον γιατρό.
- Η μη αποκάλυψη της διάγνωσης στην άρρωστη, δε βοηθάει στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο.

Δεύτερος τρόπος : Η άρρωστη πρέπει να γνωρίζει επακριβώς την ασθένειά της καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται μ'αυτή.

Πλεονεκτήματα:

- Η άρρωστη έχει δικαίωμα να μάθει την πάθησή της και ν'αποφασίσει μόνη της για τη θεραπεία.
- Η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση της ασθενούς συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού.
- Η άρρωστη μπορεί έγκαιρα να επιλύσει τυχόν προβλήματα που σχετίζονται με την αρρώστια ή το θάνατό της.
- Η λύση είναι εύκολη για τον θεράποντα. Δε μπαίνει στη διαδικασία να σκεφτεί ήπιο τρόπο ενημέρωσης, δίνει αδιακρίτως κάθε πληροφορία που σχετίζεται με την αρρώστια είτε τη ζητήσει η ασθενής είτε όχι.

Μειονεκτήματα:

- Παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν άρρωστες που δεν έχουν την ψυχική δύναμη ν'αντέξουν την πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο.
- Οι επιπτώσεις είναι δυσμενείς στον ψυχισμό τους, προκαλείται πανικός και σύγχυση και μερικές φορές η άρρωστη οδηγείται στην αυτοκτονία.

Τρίτος τρόπος: Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται στην καρκινοπαθή πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε άρρωστη.

Πλεονεκτήματα:

- Λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός της άρρωστης
- Αποφεύγονται να ειπωθούν οι αλήθειες σε άρρωστη που δεν είναι σε θέση να τις μάθει.

Μειονεκτήματα:

- Ο γιατρός προβληματίζεται σε κάθε περίπτωση και προσπαθεί να εξατομικεύσει την ενημέρωση ανάλογα με την ψυχοσύνθεση της άρρωστης.
- Ενδέχεται να μην εκτιμήσει σωστά και να δώσει είτε περισσότερες είτε λιγότερες πληροφορίες κι έτσι εκτίθεται στον κίνδυνο του λάθους.

Συμπερασματικά:

- Ø Η εξατομίκευση της ενημέρωσης κάθε άρρωστης φαίνεται ότι συγκεντρώνει τα πιο πολλά πλεονεκτήματα για την άρρωστη.
- Ø Η προσωπικότητα του γιατρού έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον τρόπο με τον οποίο θα ενημερωθεί η ασθενής.
- Ø Ο γιατρός πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια της ασθενούς και το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε όλοι μαζί ν'αποφασίσουν σαν μια ομάδα.
- Ø Δεν είναι επωφελές να τίθεται ο γιατρός σε δίλημμα «να πω ή να μην πω την αλήθεια στην ασθενή» αλλά να διερωτάται «με ποιόν τρόπο είναι προτιμότερο να το πω»
- Ø Ο γιατρός πρέπει ν'αφήσει την ασθενή να εκφράσει πρώτη εκείνη τις απορίες, τους φόβους, την επιθυμία της για ενημέρωση. Με βάση αυτά και την προσωπικότητα της ο γιατρός ενημερώνει.
- Ø Η δημιουργία αδιεξόδων στην ψυχολογία της αρρώστου πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγονται. Εκφράσεις όπως: «προβλέπω ένα μήνα επιβίωση, δεν είναι δυνατόν να γίνει τίποτε» ποτέ δεν πρέπει να εκστομίζονται. ³⁸

8.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην ενημέρωση.

Δύο παράγοντες κυρίως, είναι αποφασιστικοί στο αν η άρρωστη θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο:

Πρώτος: Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει η άρρωστη. Για να αποφασιστεί αν θα της λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας, ο γιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση της απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και τον θάνατο. Η συγκέντρωση πληροφοριών θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι της ασθενούς. Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

- ◆ Εκτίμηση της δυνατότητας της άρρωστης να δεχθεί τον ακρωτηριασμό ενός μέλους.
- ◆ Προσοχή σε γεγονότα της ζωής της που προκάλεσαν ψυχική ένταση.

- ◆ Ο ρόλος της άρρωστης στην οικογένεια.

Τέλος, η άρνηση της άρρωστης να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Δεύτερος: Τα αισθήματα του γιατρού, του νοσηλευτή και των άλλων μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Τα συναισθήματα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξης «καρκίνος» αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική είναι η ανάγκη το προσωπικό, που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Αποκατάσταση της καρκινοπαθούς

Αποκατάσταση της καρκινοπαθούς: Ο όρος αποκατάσταση αναφέρεται στην επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση κατάσταση σωματικής και ψυχικό-κοινωνικής υγείας του. Και οι τρεις παράμετροι συνδέονται μεταξύ τους, διότι η κάθε μία επηρεάζει και επηρεάζεται από την άλλη, έτσι που η διάκρισή τους είναι δύσκολη. Η αποκατάσταση του αρρώστου αρχίζει από την είσοδό του στο νοσοκομείο. Βασικός σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και τη μικρότερη εξάρτηση, άσχετα προς τον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής του. Η εφαρμογή αποκατάστασης απαιτεί συνεργασία πολλών συντελεστών. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος -ανάλογα με την περίπτωση- απαιτεί ομαδική εργασία. Συχνά συνεργάζονται, άρρωστος, οικογένεια, γιατρός ή γιατροί ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικοί διαφόρων κλάδων κ.λ.π. Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης προκύπτουν από τη νόσο και τη θεραπεία.

Σωματική αποκατάσταση: Αυτή αφορά απώλεια ή δυσλειτουργία μέλους ή οργάνου του σώματος με εμφανή ή όχι αναπηρία. π.χ. η μαστεκτομή απαιτεί εφαρμογή μιας πρόθεσης; Χρειάζονται επίσης μετεγχειρητικές ασκήσεις για την πλήρη αποκατάσταση της κίνησης της καρ' ώμων άρθρωσης, κατάλληλες συμβουλές για την πρόληψη του λεμφοιδήματος κ.ά. Η τάση για λιγότερο ριζικές χειρουργικές καρκίνου μαστού έχει μειώσει τη λειτουργική νοσηρότητα της μαστεκτομής. Μερικοί άρρωστοι με λαρυγγεκτομή αναπτύσσουν χωρίς βοήθεια καλό οισοφαγικό λόγο και άλλοι προτιμούν την συσκευή του ηλεκτρολάρυγγα. Στις στομίες, με τις βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές, τις ειδικές συσκευές και την κατάλληλη διαίτα έχουν λυθεί πολλά προβλήματα. Άρρωστοι με προχωρημένη νόσο μπορεί να βοηθηθούν με φυσιο-θεραπεία κ. ά.

Ψυχική αποκατάσταση. Ο καρκίνος σήμερα πιστεύεται ότι είναι μία νόσος όπως οι άλλες. Όταν διαγνωστεί έγκαιρα υπάρχουν σοβαρές ελπίδες θεραπείας, όμως το μήνυμα αυτό της επιστήμης, σαφές και ελπιδοφόρο, δεν έγινε ακόμα αποδεκτό από το ευρύ κοινό. Η νόσος για τους πολλούς συνδέεται άμεσα με τον πόνο, την ταλαιπωρία, το θάνατο. Γι' αυτό οι πάσχοντες επηρεάζονται ψυχολογικά και μόνο στην ύπαρξη υποψίας, πολύ περισσότερο δε στην πραγματικότητα. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν αγωνία και φόβο με συνοδό την κατάθλιψη και που η φαντασία και το ψυχικό stress τα μεγαλοποιούν είναι: Η διάγνωση που δικαιούται να μάθει, η αναμονή της επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία της, το ιστολογικό αποτέλεσμα που θα καθορίσει τη θεραπεία, τα προβλήματα της θεραπείας, ο πόνος, το αίσθημα της απειλής πιθανής μετάστασης, η οικογένεια, η εργασία και πολλά άλλα.

Ο βαθμός και η ένταση του ψυχικού stress εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. π. χ. από τις γνώσεις που έχει η άρρωστη για τη νόσο και τα προβλήματά της, το χαρακτήρα και γενικά την προσωπικότητα, το περιβάλλον που ζει, το θρησκευτικό της πιστεύω κ. ά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει την άρρωστη και το περιβάλλον της και να συμβάλει θετικά στην αποκατάσταση της καρκινοπαθούς απαιτείται από το νοσηλευτή:

-Τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.

-Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.

-Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.

-Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.

-Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του.

-Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μία καλή αποδοχή της δοκιμασίας της. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς την άρρωστη και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευσή της μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτητοποίηση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντας, που βοηθούν την άρρωστη να αντιμετωπίσει το μαρτύριο της ψυχικής αναστάτωσης, είναι και η πνευματική τοποθέτηση του όλου προβλήματος της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι άρρωστοι που αποδέχονται τη νόσο και τα οποιαδήποτε επακόλουθά της με πίστη, ως δοκιμασία με κάποιο πνευματικό νόημα και σκοπό, κατορθώνουν να περάσουν τις κρίσιμες αυτές φάσεις της ζωής με υπομονή, ειρηνικά και ανάλαφρα. Κάνουν απίστευτες υπερβάσεις, δραστηριοποιούνται και αποκαθίστανται επαγγελματικά γρηγορότερα, όσο το επιτρέπει η περίπτωσή τους. Δεν χάνουν το θάρρος και την ελπίδα και στις δυσκολότερες στιγμές, ακόμα και όταν γνωρίζουν ότι βαδίζουν προς το τέλος της ζωής τους. Ευτυχής όποιος βρει το ισχυρό αυτό φάρμακο της πίστης, έστω κι όταν τον επισκεφθεί ο καρκίνος.

Επαγγελματική αποκατάσταση. Με την εργασία το άτομο δραστηριοποιείται και καταξιώνεται στο κοινωνικό σύνολο. Και τα δύο είναι σημαντικά θέματα για το άτομο που θεραπεύτηκε από καρκίνο. Περισσότεροι από τους θεραπευμένους είναι ικανοί να συνεχίσουν την προηγούμενη εργασία τους ή να ασχοληθούν με κάτι άλλο. Μερικά άτομα, κυρίως εκείνα που το επάγγελμά τους απαιτεί σωματική κόπωση, μπορεί να έχουν προβλήματα παραμονής στο ίδιο επάγγελμα. Συχνά ευθύνεται η ίδια η άρρωστη, διότι κατέχεται από μοιρολατρία για τη νόσο και αίσθημα ανασφάλειας. Μπορεί ακόμα οι εργοδότες να έχουν εσφαλμένες ιδέες για την πρόγνωση. Άτομα που είναι ικανά να εργασθούν πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματά τους. Για τους παραπάνω λόγους σήμερα υπάρχει η τάση να ιδρύονται κέντρα αποκατάστασης όπου αντιμετωπίζονται τα διάφορα προβλήματα.³⁵

9.2. Στόχος προς την πλήρη αποκατάσταση

Για ν'αρχίσει η ανάρρωση και η αποκατάσταση της ασθενούς είναι απαραίτητο να κατανικήσει το φόβο και το θυμό της, να υιοθετήσει σωστή στάση και ν'ασχοληθεί με κάποια παραγωγική εργασία αλλά και ψυχαγωγία. Όλα αυτά συνθέτουν τη εικόνα όσων πρέπει να γίνουν στη δύσκολη περίοδο που την αναμένει.

Ιδιαίτερη προσοχή οφείλει να δείξει σε όλα τα θέματα, πρέπει να γνωρίζει τα όρια αντοχής της και να θέτει ρεαλιστικούς στόχους. Οφείλει να είναι έτοιμη για συμβιβασμούς να αποδέχεται τις μόνιμες αλλαγές και να προχωράει παραπέρα. Ο καρκίνος σημαίνει ότι πρέπει να αναδιοργανώσει τη ζωή της αν θέλει να πετύχει την πληρέστερη δυνατή αποκατάσταση. Οφείλει όμως, να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές στην καθημερινή της ζωή ώστε να χρησιμοποιήσει το χρόνο της με τον πιο επικοινωνιακό και αποτελεσματικό τρόπο. Τέλος, αν φροντίσει να διατηρήσει την πνευματική και ψυχική διαύγεια και σωματική της ευεξία, θα έχει μάθει όχι μόνο πώς να ζει με τον καρκίνο, αλλά και πώς να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό μέσα στις αντιξοότητες των περιστάσεων.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. Κατ'οίκον νοσηλεία καρκινοπαθούς

Η κατ'οίκον νοσηλεία είναι τομέας της κοινοτικής νοσηλευτικής που στόχο έχει την παροχή νοσηλείας στο σπίτι κάτω από συνθήκες νοσοκομείου. Ανήκει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σκοπό έχει:

- ◆ Την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας
- ◆ Την υγειονομική διαφώτιση του κοινού
- ◆ Τη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων στην κοινότητα (το σπίτι)
- ◆ Την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη
- ◆ Τον σεβασμό και περιφρόρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας για ποιότητα ζωής.

Η κατ'οίκον νοσηλεία βοηθάει στην ομαλή διακίνηση των καρκινοπαθών από το νοσοκομείο στο σπίτι και αντιστρόφως, στη βελτίωση λειτουργικότητας του νοσοκομείου, λόγω της αποδέσμευσης σημαντικού αριθμού κρεβατιών και περιορισμού άσκοπων εισαγωγών στο νοσοκομείο, στη διερεύνηση του νοσηλευτικού και κοινωνικού ρόλου του νοσοκομείου στα πλαίσια της κοινοτικής φροντίδας.

- ✓ Στην άρρωστη προσφέρεται ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, υπό συνθήκες νοσοκομείου με ταυτόχρονη υποστήριξη,
- ✓ Στην οικογένεια προσφέρει ψυχολογική, ηθική και υλική υποστήριξη
- ✓ Στην πολιτεία προσφέρει σημαντικό οικονομικό όφελος που προκύπτει από το πολύ μικρό κόστος νοσηλείας στο σπίτι έναντι του υψηλού και με γεωμετρική πρόοδο αυξανόμενο κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο.³⁴

10.2. Καθήκοντα νοσηλευτή στην κατ'οίκον νοσηλεία.

- ◆ Να οργανώσει και εφαρμόσει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες .
- ◆ Να προσφέρει επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα της κοινότητας.
- ◆ Να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας της άρρωστης και της οικογένειάς της
- ◆ Να προσφέρει υποστήριξη, βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς της άρρωστης που συμμετέχουν στην φροντίδα.
- ◆ Να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- ◆ Να είναι σε θέση να βοηθήσει στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

Ο νοσηλευτής στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι εφαρμόζει κάθε είδους νοσηλευτική φροντίδα που δεν απαιτεί απαραίτητα ιδιαίτερο νοσοκομειακό εξοπλισμό. Ο ρόλος του είναι να διδάξει τους συγγενείς της ασθενούς και να τους βοηθήσει ώστε σταδιακά να αναλάβουν να φροντίζουν με ασφάλεια την άρρωστη.³⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο είναι να ανιχνευθεί η συγκεκριμένη κακοήθης πάθηση σε προκλινικό στάδιο, αν είναι δυνατόν με ένα απλό test. Αυτό λογικά θα πρέπει να έχει ως επακόλουθο τη μείωση των θανάτων από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ο σκοπός του προληπτικού ελέγχου είναι να ανιχνευθεί σε προδιηθητικό στάδιο. Η αποτελεσματικότητα του προληπτικού ελέγχου μπορεί να ελεγχθεί είτε διαπιστώνοντας μείωση των περιστατικών διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο συγκεκριμένο πληθυσμό γυναικών με την εφαρμογή του προγράμματος είτε διαπιστώνοντας διαφορές στην επίπτωση μεταξύ των γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο και αυτών που δεν υποβάλλονται.

Αλλά ο προληπτικός έλεγχος δυνατόν να παρέχει και άλλα οφέλη πέραν της μείωσης της συχνότητας και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη κακοήθη πάθηση. Εάν η θεραπεία της κακοήθους νεοπλασίας στο προδιηθητικό στάδιο είναι απλή και δεν απαιτεί ριζικές εγχειρήσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών που θεραπεύονται βάσει των αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου. Ακόμα, ο εφησυχασμός των γυναικών που έχουν αρνητικό test είναι κι αυτό προς όφελός τους.

Όμως, η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε προδιηθητικό στάδιο, με τον προληπτικό έλεγχο, στην ουσία σημαίνει ότι ανιχνεύεται ένα κακοήθες νεόπλασμα πολλά χρόνια πριν να καταστεί κλινικά έκδηλο. Αυτή η παράμετρος (lead time) ενδεχομένως να έχει δυσμενείς συνέπειες για την ασθενή, γιατί της προσδίδει άγχος πολλά χρόνια πριν, με το να γνωρίζει ότι παρουσίασε καρκίνο, που αντιμετώπιστηκε όμως επιτυχώς.

Οι περιπτώσεις των ασθενών που ανιχνεύονται με τον προληπτικό έλεγχο ότι πάσχουν από καρκίνο παραπέμπονται στον ειδικό γιατρό για επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης με την ιστολογική εξέταση αντιπροσωπευτικού παθολογοανατομικού υλικού. Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για προδιηθητικές ή ακόμα και οριακής κακοήθειας ανωμαλίες που, ενδεχομένως, να μην εξελίσσονταν σε καρκίνο, ακόμα και αν αφηνόταν χωρίς θεραπεία. Πάντως, το καρκίνωμα in situ του τραχήλου της μήτρας, καθώς και η βαριά δυσπλασία, εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνο, αν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Γίνεται, επομένως, αντιληπτό, ότι ο προληπτικός έλεγχος αυξάνει σε κάποιο βαθμό τον αριθμό των περιστατικών της συγκεκριμένης νεοπλασίας σε αρχικό στάδιο και προκαλεί ανεπιθύμητες παρενέργειες σ' αυτά τα άτομα με το να τους προσθέτει το άγχος και τις οποιεσδήποτε δυσμενείς συνέπειες από τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται. Αλλά δε θα πρέπει να υποτιμηθεί και το γεγονός, ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να προκύψουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις ή και ψευδώς αρνητικές από τον προληπτικό έλεγχο, με τις αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις.

Κάθε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου, επειδή απευθύνεται σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, απαιτεί τη διάθεση αυξημένων κονδυλίων που, ενδεχομένως, να επηρεάζουν δυσμενώς την παροχή άλλων υγειονομικών υπηρεσιών. Απαιτείται, επομένως, ο λεπτομερής υπολογισμός του πιθανού οφέλους και των πιθανών ζημιών,

πριν να αποφασισθεί η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου προγράμματος προληπτικού ελέγχου.⁴⁰

11.2. Πρόληψη και ανίχνευση του καρκίνου- νοσηλευτικός ρόλος

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρώνεται στην πρόληψη εμφάνισης τους καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση. Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη: Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Περιλαμβάνει:

- ◆ Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με κακοήθη νεοπλάσματα
- ◆ Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων
- ◆ Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς.

Δευτερογενής πρόληψη: Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση, ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης κακοηθών όγκων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- ◆ Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.
- ◆ Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- ◆ Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- ◆ Διαφώτιση του κοινού. Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόσει προγράμματα διαφώτισης του κοινού, ενημερώσεως γιατρών και νοσηλευτών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διάγνωσης, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών.^{21,22}

11.3. Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.

Τον Ιούνιο του 1985 οι Αρχηγοί Κρατών της Ε.Ο.Κ. που συνήλθαν στο Μιλάνο, έλαβαν το θεμέλιο ενός ειδικού προγράμματος, που οριστικοποίησαν στην επόμενη σύσκεψη τους στο Λουξεμβούργο το Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου και του έδωσαν τον γενικό τίτλο : « Η Ευρώπη Κατά του Καρκίνου».

Η υλοποίηση άρχισε αμέσως με τη σύνταξη ενός δεκαλόγου. Το πρόγραμμα έδωσε ιδιαίτερη έμφαση και σημασία σε τέσσερις τομείς:

1. Την πρόληψη του καρκίνου
2. Την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας.
3. Την κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού
4. Την έρευνα για καρκίνο.⁴²

Ο δεκάλογος του Ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου είναι ο ακόλουθος:

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο Το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
 2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
 3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
 4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
 5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε ίνες.
 6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις λιπαρές τροφές. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες αν:
 7. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
 8. Επισκεφθείτε το γιατρό όταν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- Για τις γυναίκες:
9. Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
 10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά το 50ό έτος.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Η νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσώπου δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται πως :

- ✓ Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών της άρρωστης με καρκίνο.
- ✓ Οι ευθύνες του νοσηλευτή στη νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.
- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή, εκτός από την άρρωση, επεκτείνεται στην πρόσφορα σωστής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και .Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι πολύ ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής (Ongology Nursing Society) με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Το 1978 κυκλοφόρησε το περιοδικό: Cancer Nursing: An International Journal for Cancer Care, για την κάλυψη της ανάγκης ενημερώσεως στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την αρρώστια, τη νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πάσχει απ αυτήν .Παράλληλα συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην άρρωση με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένη νοσηλεύτρια στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν όλες οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.1. Περιστατικό Α

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Κ. Π. ετών 39 εισήλθε στην γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 22/9/2002. Εισήλθε στην κλινική συνοδευόμενη από τον σύζυγο της .

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε θερμοκρασία 36,7°C, αρτηριακή πίεση 120/70 mmHg , σφύξεις 98/min και αναπνοές 18/ min. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό, τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια και τον σύζυγο της ήταν τα ακόλουθα: είναι έγγαμη, μητέρα δύο παιδιών, δημόσιος υπάλληλος και μόνιμη κάτοικος Πατρών.

Όσον αφορά το ιστορικό υγείας της πάσχει από έντονες ημικρανίες και στην οικογένειά της δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως αναφέρει η ίδια, η έμμηνος ρύση σε ηλικία 13 ετών και είχε φυσιολογική έμμηνος ρύση 28 ημερών. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 19 ετών και από τότε εκτελεί Test-Pap κάθε χρόνο. Τεκνοποίησε σε ηλικία 26 ετών με φυσιολογικό τοκετό και μέχρι τότε χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία. Ο επόμενος τοκετός ο οποίος ήταν κι αυτός φυσιολογικός ήταν σε ηλικία 28 ετών.

Στις 14/9/2002 είχε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για την προγραμματισμένη εξέταση Test-Pap και το αποτέλεσμα του κυτταρολογικού ελέγχου έδειξε επιχρίσματα θετικά με καρκινικά κύτταρα. Οι ανοσοϊστολογικές εξετάσεις του τραχήλου έδωσαν θετική ανοσοαντίδραση στο καρκινοεμβρικό αντιγόνο. Το στάδιο της νόσου είναι Ib. Η ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα λευκόρροιας και περιστασιακά σταγονοειδής αιμορραγία μετά τη συνουσία.

Στις 24/9/2002 εκτελέστηκε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε αδενοκαρκίνωμα ενδομητριοειδούς τύπου μέσης βαθμίδος διαφοροποίησης το οποίο εμφανίζει αδενικό και θηλώδη τρόπο ανάπτυξης στη θέση προέλευσης του ενδοτράχηλου. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίστηκε σκληρός, ενώ το τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου ελαφρά διηθημένο.

Στις 2/10/2002 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας που ανέδειξε: Διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου τα μήτρας και διήθηση που επεκτείνεται προς το σώμα της μήτρας. Ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος είναι ελεύθερος.

Η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση στις 13/11/2002. Έγινε ο κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς όπου τα

αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύση.

Την παραμονή του χειρουργείου έγινε η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία από νοσηλευτικής πλευράς και περιλαμβάνει την τοπική και τελική ετοιμασία.

Στις 13/11/2002 υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια της οποίας έγινε ολική υστερεκτομή ύστερα από ενημέρωση και συμφωνία της ίδιας και του συζύγου της.

Η ασθενής παρουσίασε καλή μετεγχειρητική πορεία και στις 29/11/2002 εξήλθε από το νοσοκομείο, αφού ενημερώθηκε από τον θεράποντα γιατρό ότι κάθε 6 μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Έντονα ψυχολογικά προβλήματα της ασθενούς που οφείλονται στην ενημέρωση ότι προσβλήθηκε από καρκίνο τραχήλου μήτρας και στον τρόπο θεραπείας</p>	<p>1. Η ασθενής να επανέλθει σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση στα επόμενα δύο 24ωρα</p>	<p>1. Ο νοσηλευτής να υποστηρίζει ψυχολογικά την ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια των ψυχολογικών τις διακυμάνσεων. 2. Το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέσει στην ασθενή χρόνο και υπομονή για να εκφράσει τις ανησυχίες της. 3. Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς και της οικογένειά της για τη φύση της νόσου και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει με απλούς όρους ώστε να γίνουν κατανοητά.</p>	<p>1. Όταν έγινε ανακοίνωση της νόσου ο νοσηλευτής ήταν παρόν και διαπίστωσε το shock που υπέστη η ασθενής και διέθεσε περισσότερο από δύο 24ωρα για την αντιμετώπιση των ψυχολογίας της. Ο νοσηλευτής εξήγησε ότι το στάδιο στο οποίο βρίσκεται έχει πολύ καλή πρόγνωση και πιθανότητα ίασης 100% αν η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνει έγκαιρα. 2. Μετά τα στάδια του θυμού και της μελαγχολίας η ασθενής αποδέχθηκε το γεγονός αλλά απομακρύνθηκε από την οικογένειά της. 3. Ο νοσηλευτής ανακοίνωσε στην οικογένεια τις</p>	<p>1. Μετά τη συζήτηση η ασθενής φάνηκε πιο ήρεμη και ψύχραιμη. 2. Μέσα σε τρία 24ωρα απέκτησε αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας και αποδέχτηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			αντιδράσεις της ασθενούς τους ενθαρρύνει και τους συστήνει να στηρίζουν την ασθενή ψυχολογικά χωρίς να της δείξουν ότι τη λυπούνται.	

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία για την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής.</p>	<p>1. Σωματική τόνωση της ασθενούς 24 ώρες πριν την επέμβαση</p>	<p>1. Να δοθεί διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. 2. Να εξασφαλιστεί παρεντερική χορήγηση υγρών</p> <p>3. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος</p>	<p>1. Χορηγείται τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη. 2. Χορήγηση ελαφράς τροφής τις δύο τελευταίες ημέρες πριν την επέμβαση. 3. Έξι ώρες πριν την επέμβαση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας 4. Χορήγηση ενδοφλέβια Dextrose 5% 1000 cc 1x1 για πέντε μέρες 5. Επισήμανση της αναγκαιότητας να κοιμηθεί νωρίς για να είναι ξεκούραστη και εξήγηση ότι η κόπωση και η αϋπνία δεν βοηθάνε στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία.</p>	<p>1. Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. 2. Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα 6 ώρες πριν την επέμβαση για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. 3. Επαρκής θρέψη της ασθενούς με Dextrose 5% γιατί περιέχει υδατάνθρακες. 4. Η ασθενής κοιμήθηκε χωρίς τη χορήγηση ηρεμιστικού.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	<p>2. Καθαριότητα της ασθενούς</p> <p>3. Πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων, θρομβοφλεβίτιδας</p>	<p>1. Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα 2. Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς.</p> <p>1. Εκπαίδευση ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις</p>	<p>1. Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με δύο υψηλούς υποκλυσμούς. Ο ένας έγινε το απόγευμα της παραμονής της επέμβασης και ο άλλος 6 ώρες πριν από την επέμβαση. 2. Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή την παραμονή της εγχείρησης.</p> <p>1. Γίνεται εκπαίδευση της ασθενούς για τη συχνή αλλαγή της θέσης της και να παίρνει βαθιές αναπνοές</p>	<p>1. Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης από τον χειρουργό. 2. Έγινε καθαρισμός του σώματος της ασθενούς που είναι απαραίτητος για την αποφυγή μόλυνσης του τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. 1. Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	1. Αποφυγή κίνδυνου από τη μόλυνση του εγχειρητικού πεδίου.	1. Να γίνει προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.	1. Έγινε τοπική πλύση των έξω γεννητικών οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια και του κόλπου, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου.	1. Επιτεύχθηκε ο καθαρισμός και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων.
4. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	1. Τελευταίος έλεγχος στην ασθενή και να εφαρμοστούν οι τελευταίες παρεμβάσεις, μια ώρα πριν την επέμβαση για την ομαλή διεξαγωγή της.	1. Να γίνει παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. 2. Να γίνει κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο και κένωση της ουροδόχου κύστης. 3. Ένδυση της ασθενούς	1. Το πρωί της ημέρας της εγχείρησης ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. 2. Ούρησε η ασθενής πριν φορέσει τη ρόμπα του χειρουργείου. 3. Ντύθηκε η ασθενής με τη ρόμπα του χειρουργείου και τα ποδονάρια, αφού πρώτα αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα της.	1. Τα ζωτικά σημεία ήταν καλά. 2. Εκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για την αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι. 3. Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ενδυμασία για το χειρουργείο που θα διευκολύνει το χειρουργό.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργείο	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. 2. Κατάλληλη θέση 3. Απονάρκωση. 4. Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς 2. Να γίνει έλεγχος των παροχτετεύσεων που φέρει και του τραύματος. 3. Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι με το κεφάλι στο πλάι. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς: ΘΕΡ/ΣΙΑ: 36,1° C ΑΠ : 120/70 mm Hg ΣΦΥΞΕΙΣ: 86/ min ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 14/ min 2. Έφερε καθετήρα Folley, μια περιφερειακή φλέβα και το τραύμα ήταν καθαρό. 3. Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή. 2. Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. 3. Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι. Η ασθενής ξύπνησε μετά από μία ώρα.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
6. Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση	1. Διακοπή της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα 2. Αναπλήρωση του όγκου αίματος μέσα σε μισή ώρα	1. Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ειδοποιηθεί ο γιατρός. Αν είναι μεγάλη η αιμορραγία να επιστρέψει στο χειρουργείο. 2. Μέτρηση του ΗCT 3. Ειδοποίηση της Τράπεζας Αίματος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει αίμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης χορήγησης.	1. Τοποθετήθηκαν πιεστικά επιθέματα στην είσοδο του κόλπου. 2. Η αιμορραγία ήταν μεγάλη δόθηκε εντολή να οδηγηθεί στο χειρουργείο για νέα απολίνωση 3. Ο ΗCT ήταν 27% και δόθηκε εντολή για χορήγηση μιας φιάλης αίματος. Η ομάδα και το Rhessus ήταν γνωστά γιατί είχε σταλεί δείγμα της ασθενούς πριν την εγχείρηση.	1. Η αιμορραγία σταμάτησε με τη νέα απολίνωση μέσα σε μία ώρα και ο όγκος του αίματος αναπληρώθηκε σε λιγότερο από δύο ώρες.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
7. Έντονος πόνος που οφείλεται στην ένταση της ασθενούς και την επέμβαση.	1. Μείωση στο ελάχιστο του πόνου της ασθενούς ή παροδική εξαφάνισή του.	1. Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων 2. Να εξασφαλιστεί ηρεμία και να δημιουργηθεί άνετο περιβάλλον. 3. Συχνή αλλαγή θέσης της ασθενούς για την ανακούφιση από των μελών της.	1. Συστηματική χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. (Aprotel amb. IM 1x2) 2. Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο για την εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος. 3. Γίνεται συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς. 4. Γίνεται ζεστό και φιλικό πλησίασμα της ασθενούς και συζήτηση μαζί της.	1. Μειώθηκε η ένταση του πόνου στο ελάχιστο δυνατό και δημιουργήθηκε μυϊκή χαλάρωση

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
8. Ναυτία- έμετος	<p>1. Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι εμετοί σε μισή ώρα</p> <p>2. Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>3. Πρόληψη της αφυδάτωσης με παρεντερική χορήγηση υγρών.</p> <p>4. Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p>	<p>1. Να προμηθευτεί η ασθενής με νεφροειδές</p> <p>2. Να τοποθετηθεί το κεφάλι της προς το πλάι για να προληφθεί η επανεισρόφηση των εμεσμάτων.</p> <p>3. Να εξασφαλιστεί η διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.</p> <p>4. Να ενημερωθεί η ασθενής πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.</p> <p>5. Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα, μετά από εντολή γιατρού.</p> <p>6. Να χορηγηθούν επιπλέον υγρά προς αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου.</p>	<p>1. Προετοιμάστηκε το κομοδίνο της ασθενούς με νεφροειδές, por-cotton, χαρτοβάμβακο.</p> <p>2. Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση</p> <p>3. Διατηρήθηκε καθαρή με προστασία κλινοσκεπασμάτων και νυχτικού κατά τη διάρκεια του εμετού, έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό.</p> <p>4. Ενημέρωση της ασθενούς για την αιτιολογία του εμετού.</p> <p>5. Χορήγηση επιπλέον υγρών N/S 0,9% 1000cc x 2 εμπλουτισμένα με 1 amb.Primperan.</p>	<p>1. Η ασθενής στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου απαλλάχτηκε σταδιακά από τη ναυτία και τους εμετούς.</p> <p>2. Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
9. Έντονο αίσθημα δίψας που οφείλεται στη νάρκωση	1. Αντιμετώπιση της δίψας λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροπίνη και λόγω απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα, ιδρώτας, εμετός)	1. Να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγρανση των χειλιών με por-cotton. 2. Να ενημερωθεί η ασθενής για το λόγο που δεν πρέπει να πει νερό.	1. Έγινε ύγρανση των χειλιών με por-cotton τις δύο πρώτες μέρες και την τρίτη δόθηκε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα 2. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι λόγω της νάρκωσης το ανατακλαστικό της κατάποσης δεν έχει αποκατασταθεί και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.	1. Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε σταδιακά.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
10. Πυρετός 38,8° C την τρίτη μετεγχειρητική μέρα	1. Επαναφορά της ασθενούς στη φυσιολογική της θερμοκρασία μέσα στις επόμενες τρεις ώρες.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθούν αντιπυρετικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. 2. Να γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας της ασθενούς. 3. Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά για αποφυγή αφυδάτωσης. 4. Να γίνει κρύο μπάνιο της ασθενούς και ν' αλλαχθούν τα κλινοσκεπάσματα, αν είναι αναγκαίο. 5. Να τοποθετηθούν παγοκύστες 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid, ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε μια amb. Aprotel IM. 2. Έγινε παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά τρίωρο. 3. Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα. 4. Έγινε κρύο μπάνιο αφού πρώτα έκλεισαν οι πόρτες και τα παράθυρα του θαλάμου. 5. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα . 	1. Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχής, αφού ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε δύο ώρες. Η θερμοκρασία της ασθενούς έφτασε στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
11. Καθημερινή ατομική καθαριότητα.	<p>1. Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χάλαση του μυϊκού τόνου.</p> <p>2. Διατήρηση των λειτουργιών του δέρματος. Απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών, των νεκρών κυττάρων.</p> <p>3. Διέγερση της κυκλοφορίας με την τριβή και την επίδραση του θερμού νερού.</p>	<p>1. Να εξασφαλιστεί η κατάλληλη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και η μοναχικότητα της άρρωστης.</p> <p>2. Συγκέντρωση όλων των απαραίτητων αντικειμένων πριν την έναρξη της εργασίας.</p> <p>3. Αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων.</p>	<p>1. Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο και χρησιμοποίηση παραβάν</p> <p>2. Εργαζόμαστε σύντομα και συστηματικά για να μην κρυώσει η ασθενής κι να μην κουραστεί.</p> <p>3. Επιμένουμε ιδιαίτερα και κάνουμε τριβή στις περιοχές που πιέζονται.</p>	<p>1. Προσφορά ανακούφισης και ευχαρίστησης της ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουμε για την αποφυγή κατακλίσεων.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
12. Περιποίηση χειρουργικού τραύματος.	1. Σταθερή επούλωση του τραύματος. 2. Αποφυγή μολύνσεων με όλα τα μέτρα αντισηψίας.	1. Να καθαριστεί το τραύμα, να απομακρυνθούν οι νεκρωμένοι ιστοί και να καθαριστούν με αποστειρωμένο νερό. 2. Να γίνει αντισηψία της τραυματικής περιοχής με Betadine Solution και αντιβιοτικό spray Nebacetin.	1. Έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποστειρωμένα 2. Η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό. (Water for injection) 3. Η αντισηψία του τραύματος έγινε με γάζα αποστειρωμένη σε λαβίδα, εμπλουτισμένη με μερκουροχρώμι με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια 4. Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με Betadine Solution και εφαρμογή αντιβιοτικού spray Nebacetin	1. Υπήρξε σταδιακή επούλωση του χειρουργημένου τραύματος. 2. Την 15 ^η ημέρα κόπηκαν τα εξωτερικά ράμματα από τον γιατρό 3. Την 16 ^η ημέρα αποφασίστηκε η έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο αφού πήρε όλες τις απαιτούμενες συμβουλές από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό

13. 2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Α. Μ. ετών 32 εισήλθε στην γυναικολογική κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 3/2/2003. Εισήλθε στην κλινική συνοδευόμενη από την μητέρα της.

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση ήταν καλή. Παρουσίαζε θερμοκρασία 36,1°C, αρτηριακή πίεση 130/80 mmHg, σφύξεις 84/min και αναπνοές 16/min. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό, τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια και τη μητέρα της ήταν τα ακόλουθα: είναι άγαμη, ιδιωτικός υπάλληλος και μόνιμη κάτοικος Πατρών.

Όσον αφορά το ιστορικό υγείας της πάσχει από υποθυρεοειδισμό που αντιμετωπίζεται με θυρεορμονική αγωγή και η μητέρα της πριν πέντε χρόνια υποβλήθηκε σε μαστεκτομή σε ηλικία 64 ετών.

Όπως αναφέρει η ίδια, η έμμηνος ρύση σε ηλικία 13 ετών και είχε φυσιολογική έμμηνος ρύση 28 ημερών. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 17 ετών και από τότε εκτελεί Test-Pap κάθε χρόνο. Δεν χρησιμοποίησε ποτέ της αντισυλληπτικά δισκία, δεν είχε ποτέ της άλγος κατά την σεξουαλική της επαφή, ενώ πριν δύο χρόνια σε Test-Pap διεγνώσθη τραχηλίτιδα όπου αντιμετωπίστηκε με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή από τον γυναικολόγο της.

Η ασθενής αναφέρει την εμφάνιση κολπικής αιμόρροιας πριν από 6 μήνες. Ο γυναικολόγος της σύστησε εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος.

Στις 4/2/2003 υπεβλήθη σε Test-Pap το οποίο ανέδειξε την ύπαρξη νεοπλάσματος επιθηλιακής αρχής χαμηλής βαθμίδας διαφοροποίησης με μορφολογικούς χαρακτήρες εστιακά συμβατούς με πλακώδες καρκίνωμα. Στις 7/2/2003 υπεβλήθη σε βιοψία τραχήλου. Η βιοψία έδειξε ότι τμήμα του τραχήλου, είχε ικανοποιητικό βαθμού δυσπλασίας, ως και καρκίνωμα in situ του πλακώδους επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίστηκε σκληρός, ενώ το τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου ελαφρά διηθημένο.

Στις 8/2/2003 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας που ανέδειξε: Διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου τα μήτρας στο δεξιό ημιμόριο του οποίου εμφανίστηκαν φυσαλίδες αέρος και διήθηση που επεκτείνεται προς το σώμα της μήτρας. Ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος είναι ελεύθερος.

Έγινε ο κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς όπου τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύσειν.

Σε διάστημα ενός μηνός από τις εξετάσεις η ασθενής προγραμματίστηκε να ξεκινήσει εξωτερική ακτινοθεραπεία για πέντε εβδομάδες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Πτώση του ηθικού της ασθενούς μετά την ενημέρωση για τη διάγνωση, απαισιοδοξία για τη ζωή.</p> <p>2. Έντονη ανησυχία και άγχος για τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας της.</p>	<p>1. Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής διάθεσης της ασθενούς.</p> <p>2. Ενθάρρυνση, ώστε να υιοθετήσει αισιόδοξη στάση απέναντι στην ασθένειά της.</p> <p>1. Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων αισθημάτων τις επόμενες δύο μέρες.</p> <p>2. Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειάς της και τους τρόπους θεραπείας.</p>	<p>1. Να δημιουργηθεί ζεστό, φιλικό και άνετο περιβάλλον ώστε να εκφράσει η ασθενής τα αισθήματά της.</p> <p>2. Να δείξει ο νοσηλευτής ειλικρινή συμπαράσταση.</p> <p>1. Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνση να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους της.</p> <p>2. Να δοθούν λεπτομερείς πληροφορίες για τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας.</p>	<p>1. Έγινε συζήτηση με την ασθενή για να εκφράσει τα αισθήματά της.</p> <p>1. Πραγματοποιήθηκε αναλυτικός και εποικοδομητικός διάλογος.</p>	<p>1. Η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη μετά το διάλογο. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά της και ανέφερε ότι είχε μεγάλη ανάγκη αυτή τη συμπαράσταση και κατανόηση.</p> <p>1. Η ασθενής εφησυχάστηκε και είδε την ασθένειά της από άλλη σκοπιά, έγινε πιο δυνατή.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>3. Η ασθενής παρουσίασε ναυτία και εμετούς μετά από την ακτινοθεραπεία.</p>	<p>1. Καταστολή της ναυτίας και του εμετού τις επόμενες τις ώρες. 2. Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. 3. Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς. 4. Διατήρηση της καθαριότητας της ασθενούς</p>	<p>1. Να εξασφαλιστεί νεφροειδές και χαρτοβάμβακο στο κομοδίνο της ασθενούς. 2. Να τοποθετηθεί το κεφάλι της ασθενούς στο πλάι για αποφυγή εισρόφησης των εμεσμάτων. 3. Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. 4. Να δοθούν περισσότερα υγρά στην ασθενή προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρησης του ισοζυγίου. 5. Να φροντίζεται η στοματική κοιλότητα της ασθενούς μετά από τον έμετο. 6. Έλεγχος των εμεσμάτων (ποσό συχνότητα, χαρακτήρα)</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση και της δόθηκε νεφροειδές. 2. Χορηγήθηκε συστηματικά μετά από ιατρική οδηγία amb. Primperan IV 1x 3. 2. Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά 3,5 lit N/S 0,9% 3. Πλύθηκε η στοματική κοιλότητα μετά από τους εμέτους. 4. Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων της ασθενούς. 5. Παρατηρήθηκαν τα εμέσματα τα οποία είχαν καφεοειδή χρώμα</p>	<p>1. Περιορίστηκαν οι έμετοι κι η ναυτία μέσα σε τρεις ώρες. 2. Η ασθενής δείχνει καλύτερα ήρεμη και χαλαρωμένη.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4. Η ασθενής παρουσίασε διάρροιες.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να περιοριστούν οι διάρροιες μέσα στην μέρα. 2. Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου της ασθενούς. 3. Διατήρηση της ατομικής καθαριότητας της ασθενούς. 4. Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθούν υγρά ώστε να αντικαθίστανται αυτά που χάνει. 2. Να καθαριστεί η ασθενής με ιδιαίτερη προσοχή, κυρίως στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμών. 3. Να εφαρμοστούν αδιάβροχα κάτω από τα κλινοσκεπάσματα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δόθηκαν οδηγίες στην ασθενή να τρώει ελαφρά και να πίνει πολλά υγρά. Έφαγε λίγο ζωμό, τσάι και φρυγανιές. 2. Πραγματοποιήθηκε σχολαστική καθαριότητα του δέρματος της ασθενούς. 3. Εφαρμόστηκαν ειδικές αδιάβροχες πάνες κάτω από τα κλινοσκεπάσματα. 	1. Οι διάρροιες περιορίστηκαν μετά το πρώτο 24ωρο.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Η ασθενής παρουσιάζει κόπωση και εξάντληση από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως: ναυτία, εμετός, διάρροια.	1. Μείωση των συμπτωμάτων 2. Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου	1. Να περιοριστούν οι δραστηριότητες που κουράζουν την ασθενή. 2. Να παρακολουθείται η διατροφή της ασθενούς αν είναι κατάλληλη και επαρκής. 3. Να περιοριστούν οι επισκέπτες στο θάλαμο.	1. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής σε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση, όπως διάβασμα. 2. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου με χορήγηση ηρεμιστικών μετά από ιατρική οδηγία, αν χρειαστεί. 3. Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον ώστε η ασθενής να μπορεί να ξεκουραστεί. 4. Η ασθενής έλαβε μικρά και αρκετά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας.	1. Η αδυναμία και η κόπωση υποχώρησε τις επόμενες μέρες.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
6. Η ασθενής παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα μετά την ακτινοθεραπεία.	1. Απαλλαγή και ανακούφιση της ασθενούς από τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας 2. Ενημέρωση της ασθενούς και ενθάρρυνσή της.	1. Να ελέγχεται η περιοχή που ακτινοβολήθηκε 2. Να αποφεύγεται η τοπική χρήση ερεθιστικών ουσιών 3. Να καθαρίζεται με προσοχή η περιοχή κι να τοποθετούνται κατάλληλες αλοιφές. 4. Να ενημερωθεί η ασθενής να προσέχει την ακτινοβοληθείσα περιοχή. 5. Να συνιστάται στην ασθενή να αποφεύγει τα στενά ρούχα που αυξάνουν τον τοπικό ερεθισμό.	1. Ελέγχθηκε η περιοχή που ακτινοβολήθηκε και εντοπίστηκε η περιοχή που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. 2. Δεν χρησιμοποιήθηκαν ερεθιστικές ουσίες. 3. Καθαρίστηκε η περιοχή με χλιαρό νερό και τοποθετήθηκε στην περιοχή αμυλούχα αλοιφή. 4. Η ασθενής δεν φόρεσε στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό.	1. Σημαντική βελτίωση της ακτινοδερματίτιδας τις επόμενες μέρες.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
7. Η ασθενής παρουσίασε ξηροστομία	1. Καταστολή της ξηροστομίας	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενθάρρυνση ασθενούς να παίρνει πολλά υγρά. 2. Περιποίηση και φροντίδα των χειλέων και του στόματος της ασθενούς για την σύντομη ανακούφισή της. 3. Να αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών στα χείλη. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δόθηκαν στην ασθενή αρκετά υγρά 2. Έγινε επάλειψη των χειλέων της με λιπαντική ουσία (βαζελίνη ή παραφίνη) ανά τακτά χρονικά διαστήματα 3. Έγινε υγροποίηση του στόματος με νερό με τη χρήση ενός σταγονόμετρου ή με μια γάζα που περιέχει τυλιγμένο πάγο. 4. Χορηγήθηκαν με ιατρική εντολή σταγόνες Mycostatin 5. Η ασθενής δεν χρησιμοποίησε ερεθιστικές ουσίες. 	1. Η καταστολή της ξηροστομίας επιτεύχθηκε κατά ένα μεγάλο ποσοστό και η ασθενής άρχισε να νιώθει πολύ καλύτερα.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
8. Η ασθενής παρουσίασε αλωπεκία	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μείωση της αλωπεκίας όσο το δυνατόν γρηγορότερα. 2. Ενημέρωση της ασθενούς ότι δεν είναι κάτι μόνιμο. 3. Βελτίωση της ψυχολογικής διάθεσης της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενισχυθεί η ασθενής ώστε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της σχετικά με την αλλαγή της εξωτερικής της εμφάνισης. 2. Να ληφθούν μέτρα ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα η αλωπεκία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι η αλωπεκία δεν είναι μόνιμη και ότι θα σταματήσει δύο με τρεις μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. 2. Συστήθηκε στην ασθενή να κάνει χρήση καπέλου ή ακόμα καλύτερα να προμηθευτεί μια περούκα. 3. Συστήθηκε στην ασθενή να προμηθευτεί ειδικά δυναμωτικά σαμπουάν και να μην λούζεται πολύ συχνά. 	1. Μειώθηκε η αλωπεκία, αλλά τελικά τα μαλλιά της ασθενούς έπεσαν και αναγκαστικά χρησιμοποίησε περούκα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο και τις συνεπακόλουθες εφαρμογές της στην Ιατρική Επιστήμη, ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες του αιώνα μας, τα μεγάλα άλματα στον τομέα της Ιατρικής διάγνωσης και αντιμετώπισης δεν μπόρεσαν να ξεπεράσουν το- προς το παρόν- άλυτο πρόβλημα της ουσιαστικής αιτιολογικής καταπολέμησης της νόσου του καρκίνου.

Δυστυχώς, όμως, δεν έχει επιτευχθεί το εξοντωτικό πλήγμα στην επάρατη νόσο, καθότι και ύπουλα εξαπλώνεται και η εκρίζωσή της είναι μάλλον αδύνατη όταν έχει επεκταθεί σε τέτοιο βαθμό που η θεραπεία και η επιβίωση της ασθενούς γίνεται πλέον ουτοπία.

Μένει συνεπώς να επικεντρωθεί η μαχητικότητα του ιατρικού κόσμου και των πολύτιμων αρωγών του στην έγκαιρη ανακάλυψη της νόσου με όλα τα σύγχρονα ή και παλαιότερα μέσα που διαθέτει.

Σημαντικό ρόλο καλείται να παίζει ο νοσηλευτής, μαζί βέβαια με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως κι άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της ασθένειάς του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του οριστεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο και τις συνεπακόλουθες εφαρμογές της στην Ιατρική Επιστήμη, ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες του αιώνα μας, τα μεγάλα άλματα στον τομέα της Ιατρικής διάγνωσης και αντιμετώπισης δεν μπόρεσαν να ξεπεράσουν το- προς το παρόν- άλυτο πρόβλημα της ουσιαστικής αιτιολογικής καταπολέμησης της νόσου του καρκίνου.

Δυστυχώς, όμως, δεν έχει επιτευχθεί το εξοντωτικό πλήγμα στην επάρατη νόσο, καθότι και ύπουλα εξαπλώνεται και η εκρίζωσή της είναι μάλλον αδύνατη όταν έχει επεκταθεί σε τέτοιο βαθμό που η θεραπεία και η επιβίωση της ασθενούς γίνεται πλέον ουτοπία.

Μένει συνεπώς να επικεντρωθεί η μαχητικότητα του ιατρικού κόσμου και των πολύτιμων αρωγών του στην έγκαιρη ανακάλυψη της νόσου με όλα τα σύγχρονα ή και παλαιότερα μέσα που διαθέτει.

Σημαντικό ρόλο καλείται να παίξει ο νοσηλευτής, μαζί βέβαια με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως κι άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της ασθένειάς του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Καρπάθιος Σ.Ε.** : «*Βασική Περιγεννητική Ιατρική & Γυναικολογία*», μέρος πρώτο , Αθήνα 1984, σελ: 23, 24, 24-25, 26, 26-27, 27, 32-33, 33)
2. **Pamela J. Shapiro** : «*Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*»,Μετάφραση Α. Σιορφανέ- Γ. Καραχάλιος, Εκδόσεις “Έλλην” , Αθήνα 2001, σελ: 27, 28, 31, 31-32.
3. **Παπανικολάου Ν. Α.** : «*Γυναικολογία*», Έκδοση 3^η , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σελ: 8,9, 10,11, 12,13-14,17,18-21,30-31,52,60,176-177,251,253,254,259,260,261-262.
4. **Παπαλουκάς Α. Χρ.** : «*Εγχειρίδιο Γυναικολογίας & Μαιευτικής*»,τόμος Α, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1985, σελ: 24,24-25
5. **Guyton M. D.** : «*Φυσιολογία του ανθρώπου*» , Μετάφραση Κούβελας Η.- Ευαγγέλου Α., Έκδοση 3^η , Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ 728-736.
6. **Πούγγουρα Π.** : «*Μαιευτική – Γυναικολογία*», Έκδοση 1^η , Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1983, σελ: 63-65
7. **Αραβαντινός Δ. Ι.** : «*Φυσιολογία της γυναίκας*»,Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1982, σελ: 62-67
8. **Μορτάκης Α. Ε.** : «*Μολύνσεις από τους HPV (ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων) του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας*», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1999, σελ. : 11-12,27,30,17,18,19,55-56,255-256
9. **Μανταλενάκης Σ. Ι.**: «*Σύνοψη Μαιευτικής & Γυναικολογίας*», Έκδοση Β, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ 486,488,495,496,498,499,500

10. **Steven A. Schroeder – Lawrence M.:** *«Σύγχρονη Διαγνωστική & Θεραπευτική»*, τόμος Α, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σελ: 827, 76-77
11. **5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κυτταρολογίας:** Οργάνωση της Ελληνικής Κυτταρολογικής Εταιρείας, Αθήνα 25-27 Μαΐου 2003, σελ: 38-39
12. **Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο- Ογκολογίας :** Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τόμος Α, Αθήνα 2002, σελ:92,93-94,95
13. **Σπηλιώτης Ι. Δ. :** *«Καρκίνος από την άγνοια...στο φόβο»*, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σελ:350, 356, 357
14. **Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο- Ογκολογίας :** Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ: 99,98-99
15. **Καλογερόπουλος Α. Π. :** *«Βασικά θέματα, Γενική γυναικολογία, Γυναικολογική ογκολογία, Ενδοκρινολογία αναπαραγωγή, Σύγχρονα ειδικά θέματα»* University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999, σελ: 194, 194-195,181-183,184,185,319,195,196,188-191,196-197,197-198,198,118,199-200,201,328,332,333.
16. **Παπαθανασίου Κ.:** *«Πρακτικός οδηγός για κολποσκόπηση»*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998, σελ: 21, 22
17. **Παπανικολάου Ν. :** *«Γυναικολογική ογκολογία»*, Θεσσαλονίκη 1987, σελ: 157
18. **Κρεατσάς Γ. Κ. :** *«Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική»*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1998, σελ:230-231,237-238,239,238,240-241,244,242,243,242-243,241,249.
19. **Κουρούνης Γ. Σ. :** *«Παθολογία τραχήλου μήτρας – Κολποσκόπηση»*, Αθήνα 1988, σελ: 65,26,17,21

20. **Novak's** : «*Γυναικολογία III*», 12^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σελ:1539,1544,1567-1568,1549-1551,1555-1556,1557-1560,1570,1557,1558
21. **Μαλγαρινού Μ .Α. – Κωσταντινίδου Σ. Φ. :** «*Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική*» , τόμος Β, μέρος 2^ο , εκδόσεις “Η Ταβιθά”, Αθήνα 1997, σελ: 97,110,113-116,117-118,157,158,158-159,160,163-164,92-97,168-169.
22. **Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. :** «*Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες*», τόμος 1^{ος} , Έκδοση Β, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ: 454,439,187,180,189,191-192,190,185,177
23. **Govan / Hart / Callander :** «*Γυναικολογία – εικονογραφημένη*», νέα έκδοση, Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1993, σελ: 248, 237,242,250,266-267
24. **Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G.:** «*Ο καρκίνος - διάγνωση και πρόληψη – θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*», Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σελ:33-35, 338,82,340,340-342,342,343,158-159
25. **Λωλής Ε. Δ. :** «*Γυναικολογία & Μαιευτική*», τόμος Β, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1998, σελ: 420-421, 448-449
26. **Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο- Ογκολογίας :** Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σελ: 270,279,280-281
27. **Γιαχνάκη Α.- Καρακίτσος Π.:** «*Ογκολογική Ενημέρωση*», τόμος 5^{ος} , τεύχος 3^ο , Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2003, σελ:164-165
28. **Εθνικό Συνταγολόγιο 2000,** Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα 2000, σελ: 399, 400-427

- 29.Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο- Ογκολογίας : Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σελ: 155, 155-156
- 30.Olson J. : «Κλινική φαρμακολογία διασκεδαστικά απλή», Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 1997, σελ:146-153
- 31.<http://www.flash.gr>
- 32.Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. : «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 2^{ος} , Έκδοση Β, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1997, σελ: 429-435, 457, 458, 458-459,459-469,462-464
- 33.Μαλγαρινού Μ .Α. – Κωσταντινίδου Σ. Φ. : «Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική» , τόμος Α, εκδόσεις “Η Ταβιθά”, Αθήνα 2001, σελ: 241-242, 242, 243-244, 244, 245, 245-248, 251-252
- 34.Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογικής και Ψυχο- Ογκολογίας : Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, Β τόμος, σελ: 144, 169-172
- 35.Αθανάτου Ε. Κ. : «Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική», Έκδοση ΣΤ, Αθήνα 2000, σελ:68-69, 64-67, 72,86,87,88-89,90-91,89,72-74
- 36.Τσίκος Ν. – Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ. : «Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II»,έκδοση Β βελτιωμένη, Εκδόσεις “Έλλην”, Αθήνα 1999, σελ: 143
- 37.Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: «Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1993, σελ: 9
- 38.Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ. : «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο», Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986. σελ: 17-19, 22-33

39. **Κυριακίδου Ε. Θ.** : *«Κοινοτική νοσηλευτική», Έκδοση 3^η βελτιωμένη, Αθήνα 2000. σελ: 354-355*
40. **Βασιλόπουλος Π.** : *«Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου – ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1997. σελ: 94-95*
41. **Μαρκίδου Σ.** : *«Διεθνής στρατηγική αντιμετώπισης του καρκίνου», 1^ο διεθνές συνέδριο, Αθήνα Μάρτιος 2001, σελ102-103.*
42. **Δοντας Ν.** : *«Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ:157*

